

MEHMET ÖZYURT

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ  
İLİŞKİ: TÜRKİYE ÜZERİNE EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA

İSTANBUL-2020



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME  
ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE ÜZERİNE  
EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA

MEHMET ÖZYURT

DANIŞMAN  
PROF. DR. ÖZGÜR ASLAN

SAĞLIK EKONOMİSİ ANA BİLİM DALI  
SAĞLIK EKONOMİSİ BİLİM DALI

İSTANBUL-2020





T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME  
ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE ÜZERİNE  
EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA

MEHMET ÖZYURT

DANIŞMAN  
PROF. DR. ÖZGÜR ASLAN

SAĞLIK EKONOMİSİ ANA BİLİM DALI  
SAĞLIK EKONOMİSİ BİLİM DALI

İSTANBUL-2020

**TEZ ONAYI**

Bu çalışma 10.07.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı, Sağlık Ekonomisi Tezli Yüksek Lisans Programı  
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**TEZ JÜRİSİ**

Prof. Dr. Özgür ASLAN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Selma SÖYÜK  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Suna MUĞAN ERTUĞRAL  
İstanbul Üniversitesi  
İktisat Fakültesi

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mehmet ÖZYURT

## TEŞEKKÜR

Günümüzde hâlen önemini korumakta olan “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Çalışma” konusuna yönelik hazırlamış olduğum yüksek lisans tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar gerekli tüm olanak ve yardımları esirgemeyen, görüş, öneri ve destekleri ile yardımcı olup, bana yol gösteren saygı değer tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Özgür Aslan’a ve hayatımın her anında daimi destekçilerim olan, başım her sıkıştığında yardımcı olan değerli aileme ve ayrıca çalışmakta olduğum kurum olan her bireyini ailemden gördüğüm, Nişantaşı Üniversitesi’nin değerli yönetimi, hocaları ve çalışma arkadaşlarıma en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İV
BEYAN.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER .....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
GRAFİKLER LİSTESİ.....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Sağlık Kavramı .....	5
2.2. Sağlıkın Belirleyicileri .....	7
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri .....	9
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Basamaklandırılması.....	13
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	14
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	15
2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....	16
2.4.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri .....	16
2.5. Sağlık Hizmet Sunumu .....	16
2.6. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri.....	17
2.7. Sağlık Ekonomisi ve Tarihsel Gelişimi .....	19
2.8. Sağlık Harcamaları.....	21
2.8.1. Sağlık Harcamalarının Önemi.....	22
2.8.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	23
2.8.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı .....	29
2.9. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Sağlık Harcamaları ve Finansmanı ...	34
2.10. Ekonomik Büyüme .....	40

2.10.1. Büyüme Modelleri .....	41
2.10.2. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri .....	51
2.11. Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki.....	55
2.12. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme ve Önceliklerin Belirlenmesi.....	57
2.12.1. Maliyet – Fayda Analizi:.....	60
2.12.2. Maliyet Minimizasyon Yöntemi: .....	60
2.12.3. Maliyet-Etkililik Analizi: .....	61
2.12.4. Maliyet-Değer Analizi: .....	63
3. TÜRKİYE ÜZERİNE EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA.....	66
3.1. Gereç ve Yöntem .....	66
3.1.1. Veri Seti .....	66
3.1.2. Analiz Aşamaları.....	67
3.2. Bulgular.....	69
3.2.1. Birim Kök Testi Analiz Sonuçları .....	69
3.2.2. Granger Nedensellik Test Sonuçları .....	74
3.2.3. Engle-Granger Eşbütünleşme Analiz Sonuçları .....	76
4. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	77
KAYNAKLAR .....	85
HAM VERİLER .....	98
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	99
ÖZGEÇMİŞ .....	100

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Ülke Gelir Gruplarına Göre Kentlerde Yaşayan Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Seyri (%).....	26
Tablo 2-2: Ülke Gelir Gruplarına Göre 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerisindeki Oran Seyri (%) .....	27
Tablo 2-3: Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamaları Seyri (\$) (2002-2017) .....	39
Tablo 2-4: İçsel Büyüme Teorilerinin Özeti.....	51
Tablo 2-5: Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri.....	59
Tablo 3-1: Analizde Kullanılan Değişken Tanımları ve Betimsel İstatistikleri .....	66
Tablo 3-2: 1975-2018 Kişi Başına Düşen GSYİH ADF Birim Kök Testi .....	70
Tablo 3-3: 1975-2018 KBDGSYİH 1. Dereceden Durağanlaştırma ADF Birim Kök Testi .....	71
Tablo 3-4: 1975-2018 Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları ADF Birim Kök Testi .....	73
Tablo 3-5: 1975-2018 KBDTSH 1. Dereceden Durağanlaştırma ADF Birim Kök Testi .....	73
Tablo 3-6: Verilerin Gecikme Aralığı Test Sonuçları .....	75
Tablo 3-7: Granger Nedensellik Analiz Test Sonuçları.....	75
Tablo 3-8: 1975-2018 KBDTSH ve KBDGSYİH Uzun Dönem Eşbütünlük Analizi	76
Tablo 4-1: Literatürdeki Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Çalışmaları .....	82

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Sağlığın Belirleyicileri .....	9
Şekil 2-2: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	13
Şekil 2-3: Sağlık Hizmetleri Basamaklandırması .....	14
Şekil 2-4: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Üçgeni .....	31
Şekil 2-5: Adam Smith Büyüme Döngüsü .....	44
Şekil 2-6: Beşerî Sermayenin İktisadi Büyümeye Etkisi .....	55
Şekil 2-7: Maliyet Etkililik Düzlemi .....	63

**GRAFİKLER LİSTESİ**

Grafik 3-1: 1975-2018 Kişi Başına Düşen GSYİH Seyri (\$) .....	70
Grafik 3-2: 1975-2018 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Kişi Başına Düşen GSYİH Seyri .....	71
Grafik 3-3: 1975-2018 KBDGSYİH Normal Veriler ve 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Verilerin Grafik Karşılaştırması .....	72
Grafik 3-4: 1975-2018 Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları'nın Seyri (\$) ..	72
Grafik 3-5: 1975-2018 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları Seyri .....	74
Grafik 3-6: 1975-2018 KBDTSH Normal Veriler ve 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Verilerin Grafik Karşılaştırması .....	74

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

ARDL: Autoregressive Distributed Lag Model (Dağıtılmış Otoresif Gecikme Modeli)

ADF: Augmented Dickey-Fuller (Serilerin Durağanlığının Testinde Kullanılan Birim Kök Testi Çeşidi)

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

EKK: En Küçük Kareler

GDP-PPP: Gross Domestic Product – Purchasing Power Parity (Satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış gayri safi yurt içi hasıla)

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYH: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

İİBF: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

KBDGSYİH: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

KBDTSH: Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması

Max: Maximum

MENA: Middle East and North Africa (Orta Doğu ve Güney Afrika)

NHS: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)

Min: Minimum

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)

Ort.: Ortalama

SB: Sağlık Bakanlığı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SHS: Sağlık Hesapları Sistemi

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

Std. Spm.: Standart Sapma

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USH: Ulusal Sağlık Hesapları

YÖK: Yükseköğretim Kurulu



## ÖZET

ÖZYURT, M. (2020). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Ekonomisi ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Türkiye için; sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin incelendiği bu çalışmada, sağlık harcamaları için; kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (KBDTSH) (\$) değişkeni, ekonomik büyüme için; satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla<sup>1</sup> (KBDGSYİH) (GDP-PPP) (\$) değişkeni kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (KBDTSH) (\$) değişkeni 1975-2018 dönemine ait yıllık veriler olup OECD'nin Türkiye veri tabanından (2019) temin edilmiştir. Satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış olan kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla değişkeni (KBDGSYİH) (GDP-PPP) (\$) için ise yine yıllık veriler WorldBank (2019) veri tabanından elde edilmiştir. Bu bağlamda 1975 yılından itibaren 2018 yılı dâhil olmak üzere yıllık verilerden oluşturulan 44 gözlem değeri ile analiz sonuçları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada kullanılan ekonometrik modeller: Granger Nedensellik Testi, Augmented Dickey Fuller Birim Kök Testi ve Engel-Granger Eş Bütünleşme Testi'dir. Çalışmaya konu olan veriler E-Views 10 paket programı ile analiz edilmiştir.

Elde edilen bulgular:

1975-2018 için kişi başına düşen toplam sağlık harcamasından, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılaya doğru tek yönlü pozitif bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Eşbütünleşme analizine göre; 1975-2018 dönemi için KBDTSH ve KBDGSYİH verilerinin uzun dönemde eş bütünleşik olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, GSYİH, nedensellik, eşbütünleşme

---

<sup>1</sup> Çalışmanın ilerleyen kısımlarında sadece gayri safi yurt içi hasıla olarak belirtilecektir.

## ABSTRACT

ÖZYURT, M. (2020). The Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: An Econometric Study on Turkey. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Education, Department of Health Economics. Master's Thesis. İstanbul.

For Turkey; In this study which examined the relationship between health expenditures and economic growth; for health expenditure, current health expenditure per capita (\$), for economic growth; gross domestic product (GDP) converted to international dollars using purchasing power parity (PPP) rates: (GDP-PPP) (\$) variables were used. Total health expenditure per capita (\$) variable used in the study; The OECD's annual data for the period 1975-2018 from Turkey database (2019) is obtained. For gross domestic product converted to international dollars using purchasing power parity per capita (GDP-PPP) (\$) variables, used WorldBank (2019) database. In this context, from 1975 to 2018, including the 2018, used of 44 observations, results of the analysis has been tried to put forward. Econometric models used in the study: The Granger Causality Test, the Augmented Dickey Fuller Unit Root Test and the Engel-Granger Co-Integration Test. Data were analyzed with E-Views 10 package program.

Results:

For 1975-2018, there is a one-way positive causality from per capita total health expenditure to gross domestic product per capita.

According to cointegration analysis; It has been concluded that the data of per capita GDP and total health expenditure per capita for the period 1975-2018 is cointegrated in the long run.

**Key Words:** Health expenditures, economic growth, GDP, causality, cointegration

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarih boyunca, sağlıklı yaşamak toplumların başta gelen hedeflerinden biri olmuştur. Sağlık olgusu, sonucunun ölmek ve dünyadan ayrıлып bir daha geri dönmek olması yönüyle diğer tüm ihtiyaçlardan farklılaşmaktadır. Sağlık, anlaşılması ve tanımı zor bir kavram olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de yaptığı "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" en kabul gören tanımdır. Bireylerin ve hastaların sağlık durumlarını ya da düzeylerini tanımlama ve göstermede kullanılan kavram da sağlık statüsü olarak tanımlanmaktadır (Köktaş, 2014: 1; Çelik, 2016: 25-26).

Ülkeler toplumlarının sağlık ihtiyaçlarını belirleyebilmek ve diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapabilmek gibi amaçlarla sağlık statü göstergeleri denen çeşitli ölçütler kullanılır. Dünya genelinde kullanılan başlıca sağlık statü göstergeleri olarak; ölüm oranları, hastalık oranları, doğumda beklenen yaşam süresi ölçütleri belirtilebilir (Çelik, 2016: 27). Bu ölçütler halk sağlığı, epidemiyoloji ve sağlık ekonomisi gibi bilim dallarının çalışma alanlarına girmektedir.

Sağlık ekonomisinin tanımlanması ve çalışma alanlarının belirlenmesi konusuna bakıldığında; "Williams sağlık ekonomisinde, ekonomi biliminin sahip olduğu bütün tekniklerin sağlık alanına uygulanabileceğini savunur. Bunun yanında Culyer de aynı paralellikte, sağlık ekonomisinde yer alan teorik temellerin çok az bir kısmının sağlık ekonomisine özgü olduğunu ve diğerlerinin çoğunlukla ekonomi bilimine dayandığını belirtmektedir" (Mutlu ve Işık, 2012: 16).

Lee ve Mills de benzer yaklaşımlar kullanmışlardır. Onlara göre ekonomik teorilerin, kavram ve tekniklerin sağlık alanına uygulanması sağlık ekonomisinin kesin bir tanımını vermektedir. Bu tanıma bakıldığında kaynakların birey ve toplum sağlığını geliştirecek alternatif faaliyetler arasında tahsis edilmesi, sağlık faaliyetlerinde ihtiyaç duyulan kaynakların miktarının belirlenerek karşılanması, sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren kurumların finansman ve organizasyonu, sağlık amaçları için tahsis edilmiş kaynakların etkin kullanımı ile birey ve toplum sağlığı, sağlık ekonomisinin ilgi alanı içerisindedir (Lee ve Mills, 1979: 3).

Sağlık ekonomisinin, ekonomi bilim dalından ayrıлып ayrı bir disiplin dalı olarak gelişmesi son 50 yılın eseridir denilebilir. Dünya çapındaki sağlık sektörünün

büyüklüğü ve yapılan sağlık harcamalarının önemli boyutlarda olması bunda etkili olmuştur. Sağlık ekonomisinin genel bir tanımını için; “kıt kaynakların, sağlık sektöründe nasıl tahsis edildiğini inceleyen bilim dalıdır” denilebilir (Çelik, 2016: 48). Son elli yılda sürekli büyüme içerisinde olan sağlık sektörü, ekonominin diğer alanlarında olduğu gibi kıt kaynakların etkin bir şekilde kullanılması gerekliliği ile karşı karşıya kalmaktadır (Mutlu ve Işık 2012: 1).

Toplumun hastalığa yakalanan bireylerinin ihtiyaç duyduğu ayakta veya yatarak tedavilerin sunulabilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme sağlanması, toplum sağlık ihtiyacını belirtir. Bu ihtiyaçlar ve bireylerin beklentilerinin karşılanması önemlidir. Çünkü sağlık ve sağlık hizmetlerinin sunumu, ekonomik yönünün olması yanında aynı zamanda sosyolojik yönü de olan bir faaliyettir. Fakat bu ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak olan kaynaklar sınırlı olduğundan bireylerin istek ve beklentilerinin tümünü karşılamak imkânsızdır. Bu durumda mevcut kaynakların mümkün olan en fazla sayıda istek ve beklentileri karşılayabilmesi için, sınırlı kaynaklar en iyi şekilde bir araya getirilmelidir. Bu hedefler doğrultusunda sağlık ekonomisi bilimi ortaya çıkmıştır (Çelik, 2016: 118-129).

Ülkeler, kısıtlı kaynaklarla, sonsuz gereksinimleri karşılamak üzere, merkezine insanı alan bir yaklaşımla, sağlık ekonomisi kurallarının yol göstericiliğinde bir sağlık sistemi kurma görevi ile karşı karşıya bulunmaktadırlar. Genelde her bir sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu ve üzerinde düşünülmesi gereken üç temel sorunsal vardır. Birincisi: Sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapılacaktır. İkincisi: Bu hizmetlerin en etkin şekilde nasıl gerçekleştirileceğidir. Üçüncüsü de: Bu hizmetlerin dağılımının nasıl olacağı konusudur (Mutlu ve Işık, 2012: 7). Bu nedenlere ek olarak sağlık ekonomisi alanında çalışan Smith ve Feldstein’e göre sağlık ekonomisinin önemi şu nedenlerden kaynaklanmaktadır:

- Ekonomik faaliyetlerin meydana geldiği her yerde kaynaklar sınırlıdır. Kullanım yerleri arasında tercih yapma zorunluluğu sağlık sektöründe, sağlık ekonomisinin yardımı ile çözülebilir.

- Sağlık ekonomisi, sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar arasındaki önemini gittikçe artırmaktadır. Sağlık

faaliyetlerinin gerçekleştirildiği bu bölümde yapılan bütün faaliyetlerde, kararların alınma süreci, bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde kilit bir rol oynadığından, sağlık ekonomisi büyük bir öneme sahiptir.

- Bilimsel alanda elde edilen ilerlemeler bilim dalları arasında bir etkileşim meydana getirmekte ve bu bağlamda alt disiplin dalları da gelişmektedir. Bu gelişme sağlık sektöründe kıt kaynaklardan daha fazla verim elde edilmesi konusundaki tekniklerin gelişmesine yardımcı olmaktadır.

Sağlık ekonomisinin ilgilendiği konuların başında sağlık harcamaları gelmektedir. Bunun yanında sağlık harcamalarını etkileyen etmenler de sağlık ekonomisinin çalışma alanı içerisindedir. Ülkelerin ekonomik büyüklüklerinin farklı olduğu bilinmekte, sağlık harcamalarına bakıldığında ise diğer harcamalar içerisindeki sağlık harcamalarının payının çok fazla değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Burada bilinmelidir ki sadece sağlığa yapılan harcamaların değil eğitim ve beslenme gibi diğer harcama türlerinin de ülkelerin sağlık statü değerlerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynadığıdır (Çelik, 2016: 308).

Ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği, ya da sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi etkileyip etkilemediği gibi sorunsalların açıklanmaya çalışıldığı bilimsel yazında, bu konu üzerine çok sayıda çalışma yapıldığı fakat ortak bir sonuca varılamadığı görülmektedir. Araştırmacıların bazıları sağlık harcamaları ve ekonomik büyümenin birbirini çift yönlü etkilediğini, bazıları ise sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru veya tam tersi bir yönde tek yönlü bir ilişkinin varlığını bulmuşlardır. Bazı araştırmacılar da bu iki faktör arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna varmışlardır.

Bu çalışmanın amacı da mevcut literatür çalışma sonuçlarının derlenmesi, Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla ilişkisinin araştırılmasıdır. Burada, 1975'ten, günümüzde yayınlanan son veriler olan 2018 yılı verilerine kadar süregelen yıllarda gerçekleşen toplam sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek, verilerin yıllar içerisinde nasıl değişim gösterdiğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu bağlamda ulaşılan sonuçlar ile mevcut literatür sonuçlarının

karşılaştırılması, sonuçlar için fark veya benzerliklerin nelerden kaynaklı olabileceğinin belirlenmesi, gerekli görüldüğü takdirde yeni politika önerileri sunulması ya da hâlihazırda uygulanan sağlık politikalarının desteklenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmanın genel bilgiler kısmında, sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve bu hizmetlerin sınıflandırılması, sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan sağlık göstergeleri, sağlık ekonomisi, sağlık ekonomisinin gelişimi, sağlığı etkileyen etmenler, sağlığın belirleyicileri, sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının önemi, sağlık harcamalarının sınıflandırılması, sağlık harcama düzeyinin belirlenme çalışmaları, sağlık harcamalarının artış sebepleri, sağlık harcamalarının finansmanı; ekonomik büyüme, ekonomik büyümenin türleri, büyüme modelleri, ekonomik büyümenin belirleyicileri, sağlıkta ekonomik değerlendirme ve önceliklerin belirlenmesi, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim tarihi konuları ele alınmıştır.

Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma kapsamında, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları (KBDTSH) ve ekonomik büyümenin belirteci olan kişi başına düşen satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış gayri safi yurt içi hâsıla (KBDGSYİH) verileri incelenmiş, gereç ve yöntemler kısmında; çalışmada kullanılacak ekonometrik analiz yöntemleri, Granger nedensellik testi, birim kök test analizi ve Engel-Granger eş bütünleşme testleri hakkında bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Bu ekonometrik modeller ve analizler ile ulaşılan sonuçlar, bulgular kısmında verilmiştir.

Son olarak da tartışma ve sonuç kısmında; literatürde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisini daha önce araştıran çalışmalar, kullandıkları ölçekler, kullandıkları ekonometrik analiz yöntemleri ve ulaştıkları sonuçlarla beraber bir özet halinde sunulmuştur. Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar ile daha önceki çalışmalarda ulaşılan sonuçlar karşılaştırılarak ortak bir sonuca varılıp varılamayacağı, önceki çalışmaların sonuçları ile benzerlik ve farklılıklar tartışılmış ve öneriler verilmeye çalışılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramı

Witter, (2001) sağlığın önemini bu cümle ile aktarır: “Sağlık temel bir ihtiyaçtır ve sağlık olmadan başka hiçbir şeyden zevk almak mümkün değildir”. Sağlıklı bir çevre yaratılması, hastalıkların önlenmesi ve sonuçta toplum sağlık statüsünün yükseltilmesi her toplumun önde gelen hedeflerindedir. Bu yüzden sağlık ve hastalık kavramları toplumları ve bireyleri yakından ilgilendiren en önemli kavramlarından (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 17).

Sağlık, tanımlanması çok problemlili ve zor bir kavram olarak belirtilmektedir. Çünkü tanımlar, tanımın yapılmaya çalışıldığı tarihsel dönemden ve o zamanki kültürden etkilenmektedir. Örneğin geçmiş 150 yıl için beklentilerin artışı ABD’de sağlığın tanımını zamanla; “hayatta kalabilmekten→hastalıklardan kurtulmaya”, “günlük işleri yapabilme yeterliliğinden→mutlu ve refahta hissetmeye” doğru evrilmiştir. Daha düşük beklentilerde olan kültürlerde ise, örneğin Afrika ülkelerinin çoğunda bazı hastalıklar o kadar çok yaygın görülmektedir ki orada bunlar hastalık bile sayılmamaktadır. Örneğin, küçük çocuklarda çok yaygın görülen göbek fitiği gibi (Larson, 1991: 1).

Sağlık kavramı için yapılan biyomedikal tanımların kısa bir tarihçesine bakıldığında; Hipokrat (İ.Ö 400’lü yıllar) tarafından da formüle edildiği gibi Yunanlıların sağlık görüşüne göre insan sağlığı; yaşam alışkanlıkları, iklim, havanın, suyun ve gıdanın kalitesi gibi çevrenin bütünlüğünden etkilenir. Dolayısıyla ile yapılan ilk tanımlarda, sağlığı insan vücudundaki; kan, balgam, sarı safra ve siyah safra ile beden, çevre ve insan yaşamı arasındaki denge olarak tanımladıkları görülür. Hastalığı da bu dengenin bozulmasının bir sonucu olarak tanımlamışlardır (Ahmed ve ark. 1979: 9).

Günümüze doğru yaklaştığımızda 1961’de Resmi gazetede yayımlanan kanuna<sup>2</sup> göre sağlık; “yalnız maluliyetin ve hastalığın yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve

---

<sup>2</sup> 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun

sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 1961). Yapılan bu tanımın Dünya Sağlık Örgütü’nün 1946’da yaptığı ve 1948’de yürürlüğe girip daha sonra hiç değiştirilmeyen sağlık tanımına benzer olduğu görülmektedir. DSÖ 1946’da New York’ta yapılan uluslararası sağlık konferansında 61 ülke temsilcisi ile birlikte sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu” olarak tanımlamışlardır (WHO, 1946: 95).

Söyük (2018)’e göre sağlığın DSÖ tarafından 1948’de yapılan bu tanımı incelendiğinde, sağlığın yalnızca bireysel olarak ele alınmasının eksik kalacağı, aynı zamanda toplumsal etkileşimin de ele alınması gerekliliğini belirtmektedir. Ayrıca kişilerin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasının ön koşulunun sosyal yaşantılarının sağlıklı olması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Sağlık kavramına getirilen farklı bir tanım ise Kesgin ve Topuzoğlu, (2006) tarafından yapılmıştır. Kesgin ve Topuzoğlu, (2006) sağlık kavramını, bir başa çıkma olarak tanımlarlar. Böyle bir tanımı kullanmalarının nedeni olarak tam bir iyilik halinin insanın biyolojisi açısından mümkün olamayacağını, vücudun iyi ve kötü hücrelerinin sürekli güç mücadelesi geçirdiğini savunuyor olmalarındandır.

Sağlığın tanımlarını gruplara ayırmak gerekirse, pozitif tanımlar ve negatif tanımlar olarak ikiye ayırmak mümkündür. Sağlığı, beden her bir hücresinin vücudun geri kalanıyla tam bir uyum içerisinde çalışan, aynı zamanda kişinin mutlu ve refahta hissettiği tam bir ideal durum olarak tanımlayan teoriler pozitif tanımlardandır (Larson, 1991: 12). Negatif tanımlar ise sağlığı genelde, hastalık veya patolojik anormalliğin yokluğu olarak tanımlamaktadırlar (Çelik, 2006: 25).

Son zamanlarda, sağlıklı olmak kadar, bu sağlık durumunun sürdürülebilirliği ve geliştirilebilmesi konusu da önem kazanmıştır. Burada bu hedeflere ulaşabilmenin tek aktörü olarak sağlık sektörünü görmek uygun değildir. Zira bir toplumun sağlığı sosyolojik ve ekonomik çevrelerle ilişkiye de bağlıdır. Burada ekonomik çevrelerin görevi sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştirilebilmesi için finansman kaynakları yaratmak iken, sosyolojik çevrelerin görevi de insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek fiziksel ve biyolojik çevre risk faktörlerinin ortadan kaldırılması çalışmalarını içerir (Yıldırım, 1994: 10). Bu durumda sağlığın belirleyicilerine de değinmek gerekir.

## 2.2. Sađlđın Belirleyicileri

“Henrik Blum, sađlđđı dđrt faktđrđn etkilediğini savunmuştur. Sağlık kavramına, bđtđnsel ve çevresel bir perspektif yaklaşımı getirmiştir. Sađlđđı etkileyen dđrt temel faktđr olarak; çevre, davranış, sağlık hizmetleri ve kalıtım faktđrlerini belirtmiştir” (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 18). Şekil 2-1’de dđrt temel faktđrđn birbirleriyle olan etkileşimi gđrđlmektedir. Okların kalınlđđı sađlđđı etkileme dđzey sıralamasını gđstermektedir. Bu dđrt temel etmenin sađlđđa etkisinin sırasıyla çevre, davranış, kalıtım ve en son olarak da sağlık hizmetleri tarafından belirlendiği savunulmaktadır. Bu faktđrlere ve sađlđđı etkileme konularına bakılacak olursa:

- **Çevre:** Çevre en genel anlamıyla doğadan insanı çevreleyen alana kadar her şeyi kapsar. 4 kategoride incelenebilir: Biyofiziksel, doğal, yapısal ve sosyal çevre. Biyofiziksel çevre, insan dışındaki dđnya olarak algılanır. Doğal çevre, dđnyada doğal olarak oluşan tđm canlı ve canlı olmayan organizmalar da dâhil olmak üzere canlılığı kapsayan ekosistemdir. Yapısal ve sosyal çevreler ise, insanlar tarafından inşa edilmiş, insanların gelişip etkileşimde buldukları kđltür, toplum ve yapıları ifade eder. Bunların hepsi de insan sađlđđını etkilemektedir. Sıcaklık, iklim, gıda gđvenliđi, solunan havanın temizliği, temiz suya ulaşımdan, doğal afetler ve etkilerine kadar tđm çevre faktđrlerinin insan sađlđđına etki ettiği belirtilmektedir (Kopnina ve Keune, 2013: 16-19).

- **Davranış:** Sağlık statđsđnđ etkileyen en önemli etkenlerden biri de bireyin davranışı, yaşam tarzıdır. Yaşam tarzı, bireyin toplum içerisinde kendi perspektifine gđre geliştirdiği her tđrlđ değer, tutum, davranış ve alışkanlıkları kapsamaktadır (Schulz ve Johnson, 2003: 18). Kişinin gđnlđk rutinlerinin neler olduğu, nasıl bir işte çalıştığı, fiziksel aktivite durumu, inanışları, sigara, alkol gibi zararlı maddeleri ne kadar ve ne sıklıkta tđkettiđi gibi tđm faktđrler bu başlık altında toplanabilir (Kopnina ve Keune, 2013: 17). Beslenme de sağlık girdileri, sağlık belirleyicileri arasında önemli bir yer almaktadır. Őlkelerin refah seviyelerine gđre bu bazen yetersiz beslenme şeklinde, bazen de aşırı ve obeziteye neden olacak besinlerle beslenme şeklinde gđrđlmektedir (Schulz ve Johnson, 2003: 19).

- **Kalıtım:** Genetik ve kalıtım, sađlđđı, yaşam sđresini ve bazı hastalıkların oluşumunu etkilemektedir (Sđyđk, 2018: 10). Her hastalık, her kişiyi aynı şekilde

etkilememektedir. Örneğin son 20 yılda osteoporoz, kemik kırıkları ve düşük kemik kalınlığı hastalığına sahip insanlarda yapılan araştırmalar göstermektedir ki, kişilerin yaşama alışkanlıkları yanında kalımsal olarak taşıdıkları bazı özellikler (en basiti ile ailedeki kemik mineral yoğunluk oranı, ya da kişinin kadın, yaşlı ve zayıf olması gibi) bu hastalıklara yatkınlıklarını da etkilemektedir (Afghani, 2009: 22-23).

Kalıtım, hastalıkların kuşaklar boyu aktarılmasında etkili olan bir faktördür. Bireylerin genetik özellikleri, içinde bulunduğu çevre ve davranış biçimi gibi faktörlerin etkileşimi sağlık düzeylerini belirlemektedir. Örneğin; kanser, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi hastalıklar genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve bireyin sağlık statüsünü etkilemektedir (Ağır ve Tıraş, 2018: 34).

• **Sağlık Hizmetleri:** Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler<sup>3</sup>” şeklinde tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015: 2).

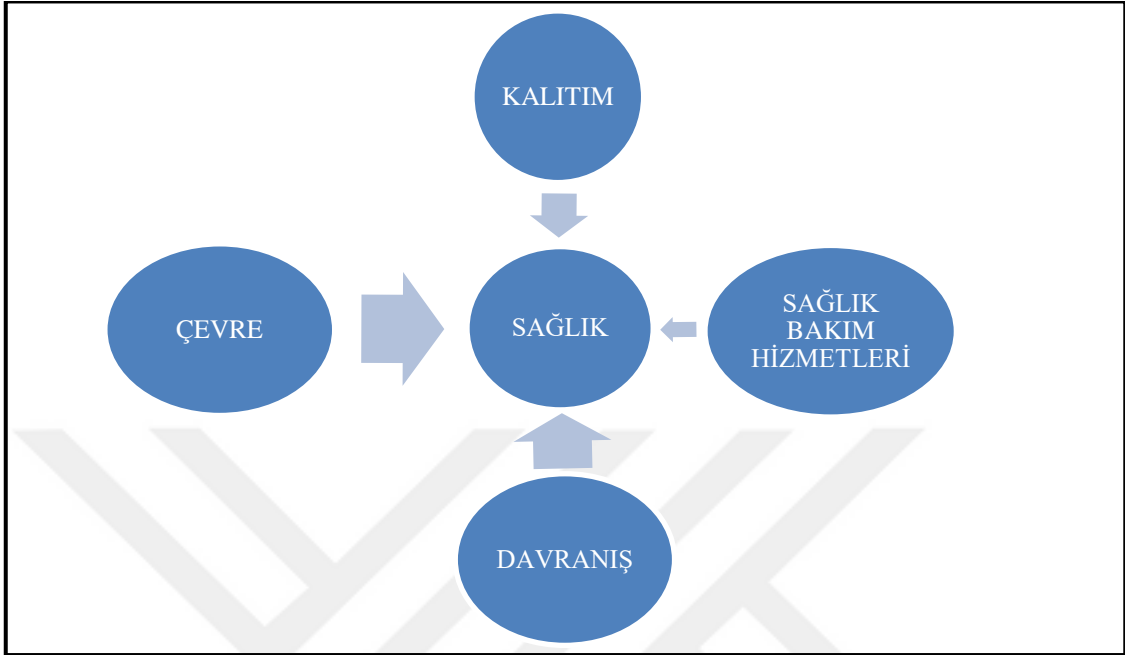
Blum’un bütünsel çevresel modeli ve daha sonrasında Schulz ve Johnson’ın çalışmaları ile de aslında sanılanın aksine sağlık hizmetlerinin sağlığı etkileyen en önemli faktör olmadığı belirlenmiştir. Blum sağlığı etkileme düzeylerine göre bu 4 faktörü; çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri olarak sıralamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 19). Amerika Birleşik Devletleri için 1966’da yapılan sağlık, eğitim ve refah düzeyinin belirlenme çalışması raporuna göre, sağlığı etkileyen faktörleri, en başta davranış alışkanlıkları, sonrasında çevre ve kalıtım, en son olarak da sağlık hizmetleri olarak sıralamışlardır (Cohen, 1969: 1-8).

Sağlığı etkileme düzeylerine göre sıralama bu şekillerde olmasına rağmen, ülkelerde genelde en fazla sağlık harcamalarının, sağlık bakım hizmetlerindeki tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelere ve bu hizmetlerin sunumu için gerekli doktor vb. personellere yapıldığı görülür (Schulz ve Johnson, 2003: 20).

---

<sup>3</sup> Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (Madde 4)

**Şekil 2-1: Sağlık Belirleyicileri**



**Kaynak:** Schulz, R. ve Johnson, A. C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance*. USA: Beard Books.

### 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetleri sektörü kendine has özellikleri olan ve bu özellikleri ile diğer mal ve hizmetlerden ayrılan bir sektördür. Bu özellikler için; teknoloji yanında daha çok emek yoğun olması, sağlık hizmetinin ikame edilemez ve ertelenemezlik özelliği, sağlık hizmetleri talep ve arz eşitsizliği, sağlık hizmet sunucuları ve kullanıcıları arasındaki bilgi asimetrisi durumu, hizmetlerin stoklanamaması, sağlık profesyonellerinin uzmanlaşma seviyesindeki yükseklik, sağlık sektörü pazarında eksik rekabetin olması gibi durumlar sayılabilir (Somunoğlu, 2012: 10). Ayrıca kamusal özellik, dışsallık özelliği, sosyal sorumluluk özelliğinin olması da sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri arasındadır. Bu özelliklere yakından bakacak olursak;

- **Sağlık hizmetlerinin emek yoğun olması:** Teknoloji, diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da üst düzeyde kullanılmaktadır. Ancak, sağlık hizmetleri sektöründe her ne kadar üst düzeyde teknoloji kullanılsa da hizmetlerin üretilmesinde ve sunulması aşamasında sağlık profesyonellerinin bireysel çabaları daha ön plandadır. Bu durum sağlık hizmetleri sektörünün emek yoğun bir özellik gösterdiğine işaret eder (Somunoğlu, 2012: 10). Tanı hizmetlerinde teknolojinin gelişimi ile makinalaşma

artmasına rağmen, cerrahi hizmetler ve özellikle de hasta bakımı hâlen emek yoğun olarak gerçekleştirilmektedir (Ateş, 2012: 4).

- **Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesinin yüksekliği:** Sağlık hizmetleri sektörü tıp alanında ve teknolojiye meydana gelen değişmelerle birlikte uzman personel ihtiyacının yoğun olarak hissedildiği sektörlerden birisidir. Sağlık hizmeti sunumu bir ekip işi olmasından dolayı farklı alanlarda kendini yetiştirmiş uzman, yarı uzman ve uzman olmayan kişiler bir arada çalışıp sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bunların, zamanında ve ihtiyaca yönelik koordinasyonunun sağlanması da ayrıca özel bilgi ve beceri gerektirmektedir (Tengilimoğlu, 2012: 46).

- **Sağlık hizmetlerinin ertelenemezliği:** Sağlık hizmetleri ihtiyacı genellikle rahatsızlık ya da hastalık belirtilerinin oluşmasıyla başlar. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın ne zaman belireceğinin tahmini zordur ve buna ek olarak sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır (Ateş, 2012: 5). Bu durumda ortaya çıkan sağlık hizmeti ihtiyacının aciliyetine göre de ertelenemez özelliği vardır. Özellikle aniden gelişen ve kişinin acı çekmesine ya da sağlığının tehlikeye düşmesine neden olacak durumların ertelenmesi mümkün olamamaktadır. Örneğin, apandisit teşhisi konan bir hastanın veya beyin kanaması olan bir hastanın hemen ameliyat edilmesi gerekir ve bu durumun ertelenmesi söz konusu olamaz. Bireye ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bir an önce sunulması gerekir. Aksi takdirde hayati tehlike ile sonuçlanabilmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018: 43; Tengilimoğlu ve ark., 2015: 75).

- **Sağlık hizmetlerinin ikame edilemezliği:** Tüketicilerin tüketim tercihlerinde mal ve hizmetler arasında rasyonel davrandıkları kabul edilir. Bireylerin tüketim tercihleri, malların veya hizmetlerin ikame veya tamamlayıcı mal veya hizmet olmasına göre değişkenlik gösterir. Birbirlerinin yerine geçebilecek, birbirlerinin yerine kullanılacak mal veya hizmetlerde tüketiciler, diğer birçok faktörün yanında öncelikle fiyat faktörüne göre tercihlerde bulunmaktadırlar (Çoban, 2009: 14). Fakat söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda böyle bir tercihin yapılabilmesi özellikle zorunlu, acil ve ertelenemez sağlık hizmetlerinde pek kolay değildir. Bunun bir ispatı gelirleri ne olursa olsun hastalık acısı çeken veya kronik rahatsızlığı olan bireylere sahip

ailelerde hane halkı harcamaları içerisindeki en büyük payı sağlık harcamalarının oluşturmasıdır (Mushkin, 1958: 786).

• **Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin dengesizliği:** Sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki eşitsizlik, birkaç faktörün birleşiminden farklı etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründeki mal ve hizmetler diğer mal ve hizmetler gibi standart ve homojen değildir. Üreticiler (sağlık hizmeti sunucuları) ve tüketiciler (hastalar) arasında bilgi asimetrisi durumunun varlığı, sağlığa duyulacak talebin önceden kestirilememesi, doktorların hem arz hem o arza talep yaratabilmesi, sağlık piyasalarında faaliyet gösteren kurumların kendi aralarında anlaşıp, ortaklaşa hareket edebilmeleri gibi faktörler, talep ve arz arasında eşitsizlik oluşturabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 62).

• **Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi:** Sağlık hizmetlerini kullanan insanlar, onları nasıl tanımlarsak tanımlayalım (hasta, müşteri, kullanıcı vb.) normal, sıradan insanlardır, yani sağlık hizmeti kullanırken, diğer birçok mal ve hizmeti kullanırkenki müşteriler gibi değildirler. Çünkü burada, hasta ve sağlık sunucusu arasında çok büyük bir güç ve bilgi asimetrisi mevcuttur. Hatta toplumun en bilgili, en araştırmacı hastaları bile olsalar, doktorların klinik bilgi beceri ile gelen uzmanlık bilgisine erişmeleri çok zordur. Bu durumdan dolayı çoğu hasta, doktorunun vereceği tavsiye ve sunacağı tedavi hizmetlerini koşulsuz kabul etmektedir (Walshe ve Smith, 2006: 5-6).

• **Sağlık hizmetlerinin kamusalılık özelliği ve sosyal sorumluluk taşıması:** Sağlık sektöründe, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu, çevre sağlığında temiz hava, temiz su, sağlığa yararlı besin temini, atıkların zararsız hale getirilip yok edilmesi gibi görevleri genelde kamu üstlenmektedir (Çağlayaner, 2014: 10). Çünkü salgın hastalıkların tedavisi ve yayılmasının önlenmesi için yapılan faaliyetler pozitif dışsallık etkisi ile bütün toplumun yararına olmaktadır ve bireyin kendi tercihine bırakılamayacak kadar önemli konulardır. Bu hizmetler, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her bireyi gerek katılım payı ücretleri gerekse de vergiler yoluyla maliyetlere katılmakta ve olumlu sonuçlardan toplumun tümü yararlanmaktadır (Odabaşı, 2001: 27-29).

Tengilimoğlu ve ark., (2015) kızamık, sıtma, verem gibi toplumun tamamını etkileyecek hastalıklarla mücadelede, gerekli sağlık ve önleyici hizmetlerin, kişinin para ödeyip ödeyememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmalıdır görüşünü savunurlar. Çünkü bu tür hizmetleri sadece ödeme gücü olanlara istekli olanlara verip kişilerin tercihine bırakmak, diğerlerine (ödeme gücü olmayanlar) bu hizmetleri vermemek insan haklarına aykırı olduğundan, söz konusu olamaz. Bu tür hizmetleri serbest piyasa koşullarına bırakmak mümkün olmamakta, kamunun ödeme gücü olmayanlara da bu hizmetlerin sunulabilmesi için aktif rol alması gerekli olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü ve çeşitli ülkelerin katılımı ile 1978'deki Rusya Federasyonu'nun Alma-Ata kasabasında (daha sonra oluşan bildiri bu ismi alacaktır) bildirinin 5. Maddesi<sup>4</sup>nde bu konu ilgili şöyle bahsedilir: Devletler, toplumlarının sağlığı için yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin sağlanması konusunda sorumluluk sahibidirler. Devletler toplumlarının sosyal ve ekonomik olarak üretken bir hayat sürmelerini mümkün kılacak sağlık seviyesine ulaşmalarını sağlamakla yükümlüdür, bunda temel sağlık hizmet sunumu bu hedefe ulaşmak için önemli bir anahtardır (WHO, 1978: 1).

• **Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği:** Bir ekonomik faaliyetin veya herhangi bir eylemin özel fayda ve maliyetlerinin dışında, topluma yansıyan maliyet ve fayda üretmesi dış etkiler veya dışsallıklar olarak bilinir (Ünal, 2013: 62). Sağlık hizmetlerinin kamusal özellikleri ile de birlikte; kişilerin, toplumsal sağlığı ilgilendiren bir hastalık veya hastalık etkenine karşı aldığı önlem ve tedaviler, toplumun diğer bireylerine de olumlu yansımaktadır. Bu daha önce karşılaşılabilen hastalık etkenlerinin ortadan kaldırılması şeklinde gerçekleşebilmektedir. Örneğin, bireylere uygulanan koruyucu sağlık hizmetlerinin esasta tüm toplumu hastalıklardan koruması gibi.

• **Sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabetin mevcut olması:** Sağlık pazarındaki belirsizlikler ve hekimlerin hem sağlık hizmetini üreten (sunan) hem de tüketicilerin (hastaların) vekili olmasından kaynaklanan ellerindeki güç, eksik rekabetin oluşma nedenlerindedir (Newhouse, 1987: 269).

---

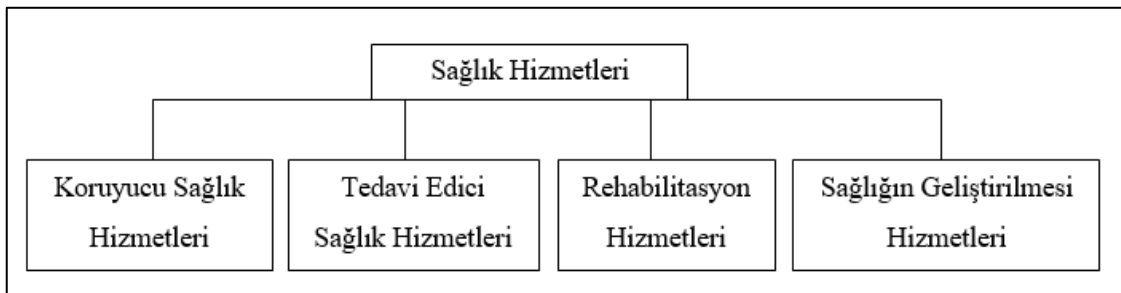
<sup>4</sup> WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, September 1978.

Sağlık hizmetleri piyasasında çok sayıda tüketici (hasta) olabilmesine karşın, sağlık hizmetleri sunumunun uzmanlık gerektirmesi sebebiyle arz edenlerin piyasaya girişiyle ilgili olarak da çeşitli sınırlamalar ve mevzuatların bulunması sağlık sunucularının piyasada az sayıda olmalarına, hatta bazı hizmetlerde tekelleşmelerine sebep olmaktadır (Çoban, 2009: 13). Walshe ve Smith, (2006)'nin de belirttikleri gibi sağlık hizmeti sunucularının sahip olduğu uzmanlık ve donanım tüketicilerin (hastaların) sahip olması mümkün değildir. Bu yüzden piyasadaki eksik rekabet durumu süreklilik gösterecektir.

#### 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Basamaklandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Şekil 2-2) (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 34). Bu hizmetler yine hizmetleri kapsamına, karmaşıklığına, verildiği kuruluşlara göre Şekil 2-3'te de görüleceği gibi birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak alt sistemlere ayrılabilir (Şekil 2-3). Bu ayırmada bilinmelidir ki her geçen yıl zamanla bu basamaklar arasındaki örtüşme giderek artmakta ve verilen hizmetler dinamik olarak birbiri içerisine girebilmektedir (Benson, 2006: 52).

##### Şekil 2-2: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



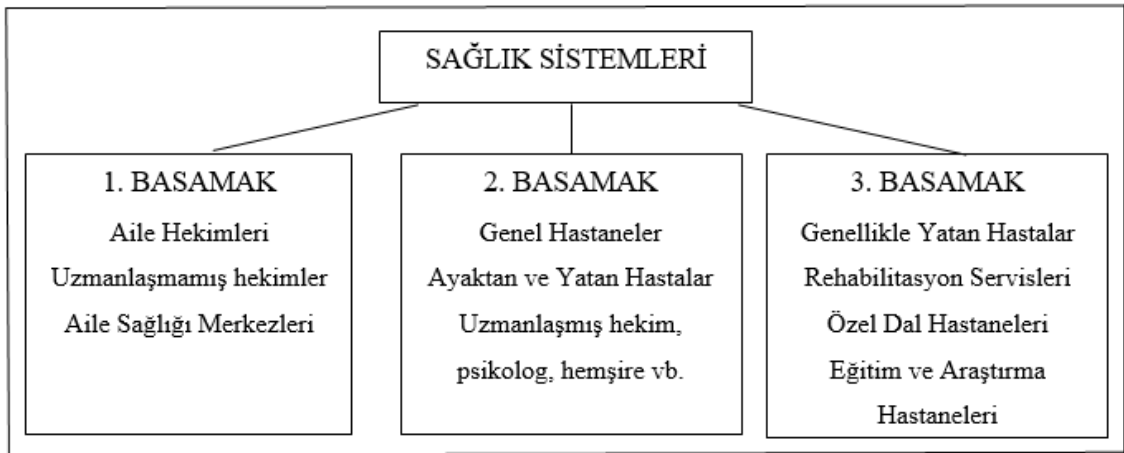
**Kaynak:** Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2. Baskı.

Benson (2006) sağlık hizmetlerini basamaklandırmanın hem bölgesel hem de ulusal sağlık sistemleri içerisinde, sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunu anlama ve gerekli analizleri yapmada kolaylık sağlayan, faydalı bir yöntem olduğunu belirtir. Tipik bir hasta şikayetleri ile 1. Basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvurur, burada hastalığının tanısı koyulur, daha özel tanı ve tedavi gereksinimi varsa 2. Basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk edilir. Bazı durumlarda ise, vaka o kadar

karmaşık ve son derece ilerlemiş olmaktadır ki, ancak 3. Basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda tanı ve tedavisi mümkün olabilmektedir.

Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010), bu basamakları büyükten küçüğe hizmet kapsamı için; 3. Basamak → 2. Basamak → 1. Basamak olarak: maliyetler açısından da 3. Basamak → 2. Basamak → 1. Basamak olarak, ulaşılabilirlik açısından ise, 1. Basamak → 2. Basamak → 3. Basamak şeklinde sıralamaktadırlar.

### Şekil 2-3: Sağlık Hizmetleri Basamaklandırması



**Kaynak:** Benson, L. (2006). *Healthcare Management* içinde (ed. Walshe ve Smith) *Healthcare systems: an overview of health service provision and service delivery*. New York: Open University Press.; Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2. Baskı.

#### 2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği 1. Basamak sağlık hizmetlerinin içeriğinin ne olacağına belirlenmeye çalışıldığı 1978 Alma-Ata konferansında, temel sağlık hizmetleri hakkında şu ifadeler yer verilmiştir: 1. Basamak sağlık hizmeti, hem topluluğun genel sosyal ve ekonomik gelişiminin merkezi işlevi hem de ana odağı olduğu ülkenin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetleri en azından şu faaliyetleri içerir: Toplumun sağlık sorunları ve bunların kontrol ve önlenmesi ile ilgili eğitim, gıda tedariki ve doğru beslenmenin teşviği, yeterli miktarda ve temiz su, sanitasyon, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama çalışmaları, bölgesel, endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi ve temel

ilaçların sağlanması faaliyetleri sayılabilir (WHO, 1978: 2). Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ayrılabilir.

• **Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** WHO, 1986'da çevre sağlığını: kimyasal, fiziksel ve biyolojik ajanların (hastalık etkeni) insan sağlığı üzerindeki doğrudan patolojik etkiler ve insan etrafındaki fiziksel ve sosyal çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkileri olarak tanımlar (WHO, 1986: 2). Çevreye yönelik koruyucu hizmetler için temiz içme suyu şebekesi, belediye hizmetleri, kanalizasyon çalışmaları, bitki sağlığı hizmetleri ve veterinerlik gibi hizmetler örnek verilebilir (Sargutan, 2005: 401).

• **İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Bu hizmetler ise daha çok Sağlık Bakanlığı, belediyeler, özel sektörlerce verilen bağışıklama, ilk yardım, eczacılık, evde bakım, ana-çocuk sağlığı merkezleri hizmetleri, aile hekimliği gibi hem kişilere hem de topluma yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleridir (Sargutan, 2005: 402).

#### 2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda ve kişilerin hastalanmalarıyla başlayan, muayene, tetkik ve tedavi süreçlerini kapsayan hizmetler olarak tanımlanabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde bireysel fayda, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazladır (Yıldırım, 1994: 13). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyetleri içerir ve hizmetin sunumu, kompleks bir şekilde organize olmuş ekipman ve personele sahip kuruluşları gerektirebilmektedir (Altay, 2007: 35).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ayakta, yatarak tedavi ve evde bakım olarak kategorilere ayrılabilir. Ayakta tedavi, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri arasında en az maliyetli hizmet türüdür. Çünkü hastalık henüz bu safhada çok fazla ilerlemediğinden, zamanında konulan teşhisle yapılan müdahaleler ve ilaç tedavisi ile kolayca önlenebilmektedirler. Yataklı tedavi hizmetleri ise görece diğer tedavi edici hizmetlere göre maliyeti en yüksek olanıdır (Akdur, 2006: 13).

### **2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Bedenen ya da ruhen engeli olan (gerek doğuştan gelen gerekse de sonradan hastalık veya kazalar sebebiyle gelen) bireylerin, başkalarına gereksinim duymadan kendilerine yetebilecek, tek başlarına yaşayabilmelerini sağlayabilecek duruma gelmeleri, yaşamlarını daha kolay hale getirerek onları topluma kazandırabilmek, onları yalıtılmış ortamdan kurtarıp tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini sağlamak amaçlarıyla verilen hizmetlere rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri denir. Rehabilitasyon; fizyoterapi, beslenme eğitimi, iş (meslek) rehabilitasyonu, kas tedavisi, kullanılacak ilaçlarla ilgili bilgilendirme, cinsel rehabilitasyon, konuşma rehabilitasyonu gibi çeşitli şekillerde yapılabilir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186; Akdemir ve Akkuş, 2006: 86).

### **2.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlıklı olan kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmak ve sağlıklarını geliştirmek için sağlanan hizmetler sağlık geliştirilmesi hizmetleridir. Burada temel sorumluluk bireylerin kendilerindedir (Kısa, 2002: 38). Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, bedenen, ruhen ve zihnen bireylerin yaşamlarının kalitesi ve yaşam sürelerinin yükseltilmesini hedeflemektedir. Günümüz hastalıklarının çoğunun, bireylerin yaşam tarzlarından kaynaklandığı bilinmektedir (Kavuncubaşı, 2010: 46).

Bireylerin sağlıklarının gelişiminde aktif rol almaları; eğitim verilen kurumlarda verilen eğitimleri benimseyip, uygulaması ve çevrelerine bu konu hakkında destek olmaları sağlık hizmetlerini geliştirecektir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde rol alan kuruluşlar; aile hekimlikleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, sağlık eğitimi merkezleri vb. olarak sıralanabilir (Öner, 2018: 8).

### **2.5. Sağlık Hizmet Sunumu**

Sağlık hizmetleri genelde ya devlet tarafından ya da özel sektör tarafından veya bu ikisinin birlikte hizmet sunması şeklinde gerçekleştirilir. Burada sağlık hizmetlerinin kim tarafından sunulacağını belirleyen temel faktör, sunulacak hizmetlerin hangi sağlık hizmeti sınıflandırılmasında yer aldığıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda pozitif dışsallık fazla olduğundan, daha çok kamu tarafı rol alır. Dışsallığın görece daha az olduğu sağlık hizmetlerinin sunumunda ise özel sektör aracılığıyla hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Çoban, 2009: 72).

Sağlık hizmet sunumunun, sadece devlet ya da sadece özel sektöre bırakılmasının sakıncaları vardır. Sadece özel sektörün hizmet vermesi, hem koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmadığı, hem de tedavi edici bazı hizmetlere mali nedenlerden dolayı ödeme gücü bulunmayan bireylerin bu hizmetlere gereksinim duyduklarında, hizmetlere erişememe, erişebilse bile bu hizmetleri ya alamama ya da ciddi mali borçlar altına girerek bu hizmetleri alabildikleri görülür. Sağlık hizmet sunumunun sadece devlet tarafından verildiği ülkelerde ise hem kaynakların verimsiz kullanımı hem de gereksiz (aşırı) sağlık hizmeti tüketimi görülebilmektedir. Kaynakların nasıl kullanıldığı ve elde edilen sonuçlar sağlık göstergeleri yardımı ile belirlenmektedir.

## **2.6. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri**

Sağlık tanımlarına da bakıldığında, tanımların çoğunda soyut ve ölçülmesi zor kavramlar kullanıldığı görülür. Tam iyilik hali, sosyal refah, uygun denge, yaşamın kalitesi gibi kavramlar sıkça kullanılır ve her kavrama bireyler, hekimler veya toplum farklı perspektiflerden baktığından, her biri için farklı anlamlar ifade eder. Bir birey için iyi hissetmek sağlık için yeterli iken, hekimler için bu yeterli olmayacaktır veya toplum sağlığı açısından bireyin sosyal rolünü yerine getirmesi sağlık göstergesi olarak kullanılabilir (Goldsmith, 1972: 213).

Cohen (1969), sağlık göstergeleri belirlemenin, ülkelerin sağlık durumlarını sayısal veriler ile tutmalarına, sağlık düzeylerini görmelerine ve iyileştirilmesine, diğer ülkelerin verileri ile karşılaştırma olanağı sağlayacağını belirtir. 1900-1966 yılları arası Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık düzey değişiminin araştırıldığı çalışmada gösterge olarak doğumda ve belirli yaşlardaki insanların geriye kalan yaşam yılları göstergesi, doğumda beklenen yaşam süresi ve yaşam boyunca beklenen yatağa bağlı hastalıkla geçirilecek yıllar, çeşitli hastalıklar için ölüm oranları gösterge olarak kullanılmıştır. Ayrıca bu göstergeleri, kadınlar ve erkekler, beyazlar ve beyaz olmayanlar diye gruplara ayırıp incelemişlerdir.

İlerleyen yıllarda göstergeler çeşitlilik göstermiş, genel olarak toplumun sağlık düzeyinin hangi düzeyde olduğu; çocuk ve bebek ölümü oranları, hastalık türleri ve

ölüm sebepleri, doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık sistemine ilişkin göstergeler ile ölçülmeye başlanmıştır (Karagül, 2002: 66).

- **Bebek ve çocuk ölüm oranları:** Toplumların sağlık seviyelerinin tespitinde en fazla kullanılan gösterge bebek ve çocuk ölümleri olmaktadır. Burada ayırım şu şekilde olmaktadır: Neonatal mortalite: Yaşamın ilk ayında ölme olasılığı. Postneonatal mortalite: Bebek ve neonatal mortalite arasındaki fark. Bebek mortalitesi: Doğum ile ilk doğum günü (1. yıl) arasında ölme olasılığı. Çocuk mortalitesi: Bir ila beş yaş arasındaki ölüm olasılığı. 5 yaş altı ölüm oranı: Doğum ile beşinci doğum günü arasındaki ölüm olasılığıdır (Sullivan ve Tureeva, 1994: 77).

Bebek ve beş yaşın altındaki çocukların ölüm hızı göstergeleri, ülkelerarası sağlık düzeylerinin kıyaslanmasında en çok kullanılan göstergelerdendir. Bu gösterge sağlık bakım hizmetlerinin ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyi konusunda önemli bilgiler vermektedir (Çelik, 2006: 30). Bu göstergelere yakından bakacak olursak;

- **Doğuşta beklenen yaşam süresi:** Doğuşta yaşam beklentisi, yeni doğan bir bireyin ortalama kaç yıl yaşayacağını belirten bir ölçüttür. İnsanların beklenen yaşam süreleri, çevre, davranış, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bunlardan vatandaşların yararlanabilme imkânlarıyla ilişkilidir. Farklı cinsiyet ve farklı coğrafi bölgelere göre ayrı ayrı hesaplanabilen doğuşta yaşam beklentisi göstergesi, ülkelerin sağlık seviyelerini yansıtan önemli göstergelerdendir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 59). Bu gösterge İngiltere gibi ülkelerde 1840'lı yıllarda sağlık statüsünün ölçümünde ve coğrafik eşitsizliğin belirlenmesinde kullanılmaya başlanmıştır (Toson ve Baker, 2003: 5).

Gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerinkine oranla doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Bu gösterge, ülke ve zaman boyutu arasında karşılaştırılan ölüm olaylarının ölçümünü özetleyen bir sağlık statüsü göstergesidir (Çelik, 2006: 32).

- **Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler:** Ülkede kişi başına düşen doktor sayısı, toplam doktor sayısı, sağlık sistemi için ayrılan kaynak miktarı vb. göstergeler toplumların sağlık düzeyinin belirteçlerindedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 59).

• **Ölüm Sebepleri ve Hastalık Türleri:** Toplumların fazla sayıda ve ölüme neden olan hastalık türleri ve bu hastalık türlerinin görülme sıklığı da diğer unsurlar gibi toplumun sağlık düzey göstergelerindedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 59). Vücudun sağlamlığı son zamanlarda sağlık statüsünün olası bir objektif ölçüsü olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılar bunun uzun ömürlülükle yakından ilgili olduğunu ve ölümün değil aslında yaşamın ölçüsü olarak bir avantaj sağladığını düşünmektedirler (Çelik, 2006: 33).

Buraya kadar çalışmada sağlık kavramı ve tanımlama çalışmaları, sağlığın belirleyicileri, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve bu hizmetlerin sınıflandırılması, sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan sağlık göstergeleri ele alınmıştır. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme konularını içeren sağlık ekonomisi, sağlık ekonomisi alanının gelişimi, sağlık harcamaları ve bu harcamaları etkileyen etmenler, sağlık harcamalarının finansmanı konusu ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve finansmanı konuları ele alınmış, daha sonra ekonometrik analiz aşamasına geçilmiştir.

## 2.7. Sağlık Ekonomisi ve Tarihsel Gelişimi

Boz ve Aslan (2018)’e göre ekonomi sözcüğü, Yunanca dilinde ev anlamına gelen “oikia” ve kural anlamına gelen “nomos” kökeninden gelmektedir. Dolayısı ile ev idaresi, ev yönetimi anlamlarında kullanılmaktadır. Zaman içerisinde ekonomi bilimi ile ilgili pek çok tanım yapılmış en genel anlamı ile sınırlı olan kaynaklar ile artan eğilimli insan ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan sosyal bir bilimdir denilebilir.

Sağlık ekonomisi kavramı ise, dar anlamda sağlık yöneticileri tarafından, sağlıkla para arasındaki ilişkili için kullanılmaktaydı. En genel anlamıyla ise, sağlık ekonomisi ekonomi biliminin kavram, yöntem ve teorilerinin sağlık alanına uyarlanması şeklinde tanımlanabilir. Sağlık ekonomisi ana konusu sağlık hizmetleri sunumu ve sağlığın geliştirilmesi için kullanılacak kaynak kullanımı ve etkinliğini ele alan bir bilim dalı olup temel işlevi sağlık hizmetlerinin yapılanmasının verimliliğini değerlendirmek ve bu yapılanmayı geliştirmek için uygun politika önerileri sunmaktır (Mushkin, 1958: 786). Günümüz sağlık ekonomisi çalışma alanları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri arz ve talep analizi

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılacak kaynak miktarı ve bunların verimliliği
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerin birey ve toplum sağlık statüsü üzerindeki etkileri
- Sağlık hizmetleri sunum ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi
- Ekonomik değerlendirme yöntemleri
- Sağlık düzeylerinin ölçülmesi ve karşılaştırmalı analizler (Sur ve Palteki, 2013: 337).

Sağlık ekonomisi bilim dalının bugünkü haline gelmesi son 40 yıllık bir sürecin ürünüdür denebilir. Bu yeni sayılabilecek bilim dalının gelişiminin ilk basamağı Milton Friedman'ın çalışmaları ve ikinci dünya savaşından sonra 1950'lerde ABD'de tıp fakültelerinde sağlık ekonomisi dersinin ders olarak okutulmaya başlanması olarak kabul edilir (Mutlu ve Işık, 2012: 25).

Sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak gelişmeye başlaması, Mushkin'in 1958'de kaleme aldığı "Toward a Defination of Health Economics" başlıklı ve sağlık ekonomisi alanını tanımlamaya çalıştığı makale ile başlar. Bu makalede Mushkin sağlık ekonomisini tanımlamış, hastalıkların ve neden oldukları ölümlerin yıllar içerisinde değişiminden, hastalıkların tedavileri için harcanan paraların giderek yükselmesinden, sağlık pazarında arz ve talebin öneminden, yapılacak sağlık sunumları için seçimlerin hangi metotlar ile yapılabileceğinden, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri dolayısı ile diğer sektörlerden farklılıklarını ele alır. Kendinden önceki ekonomistlerin sağlık alanını ele alırken karşılaştıkları problemin, nüfusun artış hızı ile sınırlı fiziksel sermaye arasındaki dengenin nasıl kurulacağı olduğunu belirtir (Mushkin, 1958: 785-788).

Mushkin'in çalışmasından sonra, alandaki bir diğer çalışma, Kenneth J. Arrow'un 1963'te yayınlanan "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" başlıklı çalışmasıdır. Arrow bu makalede, kaynakların sınırlılığından ve piyasadaki her mal veya hizmet sunucusu ile her tüketiciyi tatmin edecek kadar

kaynağın olmadığını belirtir. Burada ancak optimal bir bölüşüm yapılabileceğinden bahseder. Ayrıca sağlık sektöründe belirsizlik konusunu, pazarın kendine has özelliklerini incelemiş, insanların sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılmayacağını ve serbest piyasa ekonomisinin sağlık sektöründe işlemeyeceğini savunmuştur (Arrow, 1963: 941-973).

Arrow'un makalesinden sonra sağlık ekonomisi alanındaki çalışmalar çoğalarak devam etmiştir. 1980'li yıllarda ise özellikle sağlığın ölçülmesi alanında, QALY (*quality adjusted life years* - yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı) ve DALY (*disability adjusted life years* - maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılı) gibi kavramlar da literatüre girmiş sağlık ekonomisi alanında araştırma ve yayınlarda büyük bir gelişme görülmüştür (Tatar, 2009: 3).

Özetle; 1950'li yıllar ve ikinci dünya savaşından sonra sosyal refah devletlerinin gelişimiyle birlikte savunma, ulaşım, eğitim ve enerji ekonomileri geliştiği gibi sağlık ekonomisi de başta İngiltere olmak üzere daha sonra da diğer Avrupa ülkelerinde yaygın olarak çalışılmış, günümüze kadar gelişimini sürdürmüştür (Mutlu ve Işık, 2012: 25).

## 2.8. Sağlık Harcamaları

Ülkelerin sağlık hesaplarının tanımlanması sağlık harcama verileri, son yıllarda karar vericilerin, üzerinde önemle durdukları konular arasındadır. Çünkü amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içinde nasıl dağıtılacağı, hangi politikaların hayata geçirileceği kararlarında hem kamu hem de özel sektörü kapsayan doğru ve detaylı bilgilere gereksinimleri vardır (Erişti ve ark., 2004: xiii).

Sağlık Bakanlığı sağlık harcamalarını; "Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar" olarak kabul etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006: xii).

Yine başka bir tanıma göre sağlık harcamaları "sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm

koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalardır” denilmiştir (Erişti ve ark., 2004: xiii).

Türkiye’de sağlık harcamalarının hesaplanması sistemli olarak ilk defa Ulusal Sağlık Hesapları çalışması ile 1999 ve 2000 yılları için yapılmıştır. 2001 yılı ve sonrasında ise Türkiye sağlık harcamaları verileri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplanmakta ve rapor edilmektedir (Çelik, 2011: 63).

### **2.8.1. Sağlık Harcamalarının Önemi**

Ülkelerin bütçelerinden sağlık alanına ayırdıkları paylar değişken olmakla birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde yetersiz kalmaktadır. Kaynaklar ve verilmesi gereken hizmetler açısından, nüfusun artışı yanında ihtiyaçların da sınırsız bir şekilde artışı, sağlık hizmetlerine hem kaynak yaratma hem de erişilebilirlik konusunda sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 210).

Sağlık harcamalarının belirlenmesi ülkenin sağlık sektörüne ayırdığı kaynakların tespiti yönüyle önem taşıdığı kadar, sektörler arasında ve ülkeler arası mukayese yapabilme açısından da önem arz etmektedir (Balsak, 2004: 102). Son zamanlarda sağlık sektörüne ayrılan kaynakların sınırlı oluşu ülkelerin bu alana daha fazla kaynak ayırmaları konusunda baskı yaratmaktadır. Bu durum, aynı zamanda var olan kaynakların etkin bir şekilde kullanımı yanında, alternatif kaynak arayışını gerekli kılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 208).

Sağlık ekonomisinin en önemli problemlerinden biri, hangi harcamaların sağlık harcaması içerisinde sayılacağı konusudur. Yani sağlık harcamalarının kapsamı sorunudur. Bir yandan tıbbi bakım, diğer taraftan kozmetik hizmetler ve rekreasyon aktiviteleri, hatta içecek, barınma, gıda gibi harcamaların sağlık harcamalarına dahil olup olmayacağı tartışılan konulardandır (Tokalaş, 2006: 25). Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı tanıma göre; sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, sağlıkta araştırma geliştirme, gıda, içme suyu, hijyen harcamaları da sağlık harcamaları içerisine dahil edilmektedir. Ancak bu harcamalar uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006: xii).

### 2.8.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sağlık harcamaları, son yıllarda özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başta olmak üzere tüm dünyada artış göstermektedir. Hatta gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarında meydana gelen artış hızı, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır (Boz ve Sur, 2015: 25).

WHO, 2011'de sağlık harcamalarının belirleyicileri raporunda, 143 ülkenin 1995 – 2008 yılları arası verilerini kullanarak, gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının trajik artışının sebeplerini, bazı gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamalarının 3bin dolar seviyesinde olmasına, fakir ülkelerin bazılarında ise sadece 30 dolar olması, fakat sağlık çıktıları arasında yapılan harcama farklılıkları kadar bir fark olmayışının sebepleri gibi konuları araştırmıştır. Ülkelerin milli gelirlerinden sağlığa ayırdıkları payların %5 ila %15 arasında ve büyük farklılıklar gösterdiğini, gelir dışında demografik faktörlerin de bu farklılıkların sebeplerinden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca vergi temelli (beveridge) ve sigorta temelli (bismarck) sağlık harcamaları arasında bir farklılık gözlenmediği belirtilmiştir (WHO, 2011: 1).

Alanda çalışmaları olan bazı yazarların sağlık harcamalarının artış sebepleri olarak belirttikleri faktörlere bakılacak olursa: Hitiris ve Posnett; sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasının birçok nedeni olmakla beraber bunları iki ana başlık altında birleştirmenin mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan ilki ekonomik gelişmeler, ikincisi de toplumun demografik yapısındaki değişimlerdir (Hitiris ve Posnett, 1992: 173).

Newhouse, yaptığı çalışmalarda sağlık harcamalarının artış nedenlerini 3 ana unsura bağlamıştır: Birincisi; artan sağlık sigortası kapsamının ve dolayısıyla artan sağlık hizmet talebinin sağlık harcamalarını artırmasıdır. İkincisi; tıbbi teknolojinin gelişmesi ve yüksek sigorta kapsamı nedeni ile maliyetlerdeki artış olarak belirtilmektedir. Üçüncüsü ise; sağlık sektöründeki artan verimsizlik dolayısıyla sağlık harcamalarındaki artıştır. Diğer birkaç çalışmada ise; teknolojinin, artan harcamaların temel belirleyicisi olduğu sonucu rapor edilmiştir. Örneğin; “Bundorf, Royalty ve Baker 2001-2006 tarihleri arasında harcama artışını; fiyat ve miktar olarak ayırtmış, sonuç olarak ayakta tedavi hizmetlerinde ve ilaç endüstrisinde harcama artışının dörtte

üçünün; fiyattaki artıştan ziyade miktarlardaki artışlara atfedilebileceği sonucuna ulaşmışlardır” (Newhouse ve Chernew, 2012: 18).

İster az gelişmiş ister gelişmekte olan veya gelişmiş ülkeler olsun sağlık harcamalarındaki artış nedenleri genel olarak birbirine benzerdir. Temelde ekonomik, teknolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin yanında özellikle de gelir artışının sağlık harcamalarını artırdığı belirtilmiştir (Hansen ve King, 1996: 127). Tıp teknolojisindeki gelişmeler, küresel sağlık risklerinin yükselmesi, nüfus yapısının değişmesi, kronik hastalıkların artması, sigorta kapsamalarının genişlemesi, kişisel gelirin yükselmesi gibi etkenler sağlık harcamalarını arttıran önemli nedenler olarak kabul edilmektedir (Khanolkar ve ark. 2016: 34).

Mutlu ve Işık (2012), sağlık harcamalarını arttıran unsurları: Kişi başına düşen gelirlerin artması, kentleşme, sosyal değer yargılarının değişimi, eğitim düzeyinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması, demokratik düzenin yaygınlaşması, teknolojik gelişmeler ve yeni kazanımlar olarak belirtmişlerdir. Bu öğeler ve sağlık harcamalarını nasıl etkiledikleri aşağıda irdelenmeye çalışılmıştır.

### **2.8.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirdeki Artış**

Ülkeler yıllar içerisinde üretim tekniklerinde oldukça mesafe kat etmişlerdir. Bu da üretimde etkinlik ve verimliliği getirmiş, toplum bireylerinin gelirlerinin artmasını sağlamıştır. Gelirlerdeki artışlar, ülkede bireylerin, rahat bir yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerde talep fazlalığını getirir. Asgari ihtiyaçların garanti altına alındığı devletlerde, insanlar temel gereksinimleri dışında kalan hizmet ve mallara olan taleplerini daha fazla arttırmaktadırlar (Musgrave, 1969: 12). Daha uzun ve rahat bir yaşam, kişinin eğitilmiş ve sağlıklı olmasına da bağlıdır. Dolayısı ile kişilerin gelirlerinin artışı, yaşam koşullarının iyileşmesi için sağlık hizmetleri taleplerini de arttıracak beklenen bir gelişmedir (Mutlu ve Işık, 2012: 217).

Gelir artışının sağlık harcamalarını arttırma nedenlerinden bir başkası da kamu sağlık hizmetleri yanında özel sağlık hizmetine olan taleplerin de artışıdır. Yaşam standartları yükseldikçe kişiler daha kaliteli sağlık hizmeti alma arayışına girmektedirler. Çünkü sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının, kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması sebebiyle yapılan harcamalar kişinin kendine yaptığı

yatırımlar gibi görülüp, bundan dolayı herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir (Görgün, 1993: 74).

Hane halklarında ise toplam gelirlerin artması, farklı türlerden mal veya hizmet kullanımını arttıracaktır. Buna rağmen gelirdeki değişim, toplum veya bireyler tarafından tüketilen tüm mallarda ve hizmetlerde aynı düzeyde bir artış göstermeyecektir. Engels'in Belçika'daki ailelerin hane halkı tüketimlerinin incelendiği çalışmasında, tüketicilerin talep ettikleri mallar üç ana gruba ayrılarak incelenmiş, gıda mallarına yapılan harcamaların tüketicilerin gelirlerindeki artıştan daha küçük oranda arttığı, giyim ve barınma harcamalarının tüketicilerin gelirleriyle aynı yönde ve aynı oranda değiştiği, son olarak kültür, eğlence, sağlık, ulaşım harcamalarının ise gelirlerindeki artıştan daha yüksek oranda artacağı gerçeğine ulaşmıştır (Çelik, 2016: 121).

Literatürde sağlık harcamaları ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. 1977'de Newhouse, yine 1992'de Hitiris ve Posnett, 1992 yılında Gerdtham, OECD ülkelerinde yapmış oldukları çalışmalarda sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörlerden birinin gelir düzeyi olduğunu belirtmişlerdir (Newhouse, 1977: 115; Gerdtham ve ark., 1992: 63; Hitiris ve Posnett, 1992: 173).

#### **2.8.2.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi**

Toplumların kabul gördüğü sosyal değer yargıları son yıllarda hızlı bir şekilde değişmekte, bununla birlikte istek ve ihtiyaçlar da farklılaşmaktadır. Geçmişte, doğru kabul edilen çoğu değer ve görüş artık yerini ihtiyaçlara göre şekillenen yeni değer ve görüşlere bırakmaktadır (Tıraş, 2013: 55).

Ortalama doğumda beklenen yaşam sürelerinin artışı, modernleşmenin getirdiği hastalıklar ve benzeri nedenler dolayısıyla kişiler sosyal güvenlik hizmetlerini daha fazla talep eder hale gelmektedirler. Bu durum da sağlık harcamalarını artıran bir diğer unsurdur (Balsak, 2004: 109). Sosyal değişimle birlikte özellikle emekli olan insanların birçok konuda destek ihtiyaçları artmaktadır. Sağlık hizmetleri de bu ihtiyaçların bir parçasını oluşturmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça vücudun bazı organları işlevini yitirmekte ve vücudun fonksiyonları ağırlaşmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 5).

### 2.8.2.3. Kentleşme

İktisadi gelişme ve hızlı sanayileşme, kentleşme olgusunu beraberinde getirmiştir. Ekonomik gelişme gereğince insanlar üretimde daha fazla rol almakta, zaman içerisinde birlikte yaşama zorunluluğunu ortaya çıkmaktadır. Kentleşme kırsal yaşamdan farklı özelliklere sahiptir. “Kentleşme, ekolojik ve teknolojik bir düzene sahip fiziksel bir alt yapı, kurumlardan oluşan toplumsal bir örgüt ve farklı tavır ve davranışları içinde barındıran bir küme olarak değerlendirilebilir” (Karasu, 2008: 257).

Tablo 2-1 ülke gelir gruplarına göre kentlerde yaşayan nüfusun, toplam nüfus içerisindeki oranlarını göstermektedir. Buna göre, yüksek gelirli ülkelerde, kentleşmenin daha belirgin bir artış gösterdiği, düşük gelirli ülkelerde de kent nüfus oranının artış gösterdiği fakat 2015 yılında sadece %31.6’ya ulaşabildiği görülmektedir. Türkiye’deki 1960’larda kentlerdeki nüfus oranının %31.52 olup, 2015 yılında %73.61 gibi yüksek bir orana çıkması dikkat çekicidir.

**Tablo 2-1: Ülke Gelir Gruplarına Göre Kentlerde Yaşayan Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Seyri (%)**

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015
<b>Türkiye</b>	31,52	38,23	43,78	59,20	64,74	70,83	73,61
<b>Yüksek Gelirli Ülkeler</b>	63,77	68,75	72,01	74,66	77,09	80,29	81,18
<b>Düşük Gelirli Ülkeler</b>	12,77	16,72	20,15	23,76	26,64	29,90	31,60
<b>Dünya</b>	33,62	36,57	39,37	43,05	46,70	51,66	53,92
<b>OECD Üye Ülkeler</b>	62,51	67,46	70,51	73,21	75,72	79,05	80,01

**Kaynak:** The World Bank (2019). <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=TUR#>  
Erişim Tarihi: 06.05.2019.

Ülkelerin ekonomilerinin gelişmesi ile kentleşme, kırsal bölgelerle kıyaslandığında kentlerin daha iyi sağlığa erişim alternatifleri içerdiği görülür (Moore ve diğ., 2003: 269). Sağlığa erişimin kolaylaşması; daha önce var olan fakat sağlığa erişim olanaklarının kırsalda yetersiz olmasından dolayı sağlık hizmet alım talebi oluşturmayan durumlar, kentleşme ile sağlık hizmet alım talebini artırdığı, bunun da sağlık harcamalarını arttırdığı belirtilebilir (Mutlu ve Işık, 2005: 214).

#### 2.8.2.4. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi

Kılıç ve Özbek (2018), Türkiye ve OECD ülkeleri için 1995-2013 yılları arası verileri kullanıp, eğitim harcamaları, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada, panel veri analizleri sonucu, eğitim harcamaları artışının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda eğitim harcamalarının artışının sağlık harcamalarını da artırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Sağlık harcamaları ve eğitim harcamaları arasında uzun dönemli çift yönlü bir nedensellik olduğunu belirtmişlerdir.

#### 2.8.2.5. Yaşam Süresinin Uzaması

İnsanların yaşam sürelerinin uzunluğu, diğer bir ifadeyle ortalama yaşam süresi, ülkedeki sağlık bakım hizmetleri kalitesi etkenine ve ülke vatandaşlarının bu hizmetlerden yararlanabilme imkânına bağlıdır (Karagül, 2002: 56). Tablo 2-2’de görüldüğü gibi; Dünyanın yüksek gelirli ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranları 1960 yılında %8.58, 1970 yılında %9.77, 1990’da %12.10, 2015’te %16.78 olarak belirtilmektedir. Bu artışın düşük gelirli ülkelerde daha yavaş olduğu yani yaşam süresinin uzama beklentisinin, yüksek gelirli ülkelerde olduğu kadar bir artış göstermediği aşikârdır. Buradan iki sonuç çıkarılabilir. Ortalama yaşam süresinin ve gelirin artması, sağlık harcamalarını artırdığı gibi, sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının artması da ortalama yaşam süresini artırmaktadır.

**Tablo 2-2: Ülke Gelir Gruplarına Göre 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerisindeki Oran Seyri (%)**

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015
<b>Türkiye</b>	3,19	3,99	4,72	4,61	6,09	7,21	7,80
<b>Yüksek Gelirli Ülkeler</b>	8,58	9,77	11,21	12,10	13,54	15,17	16,78
<b>Düşük Gelirli Ülkeler</b>	2,90	2,91	3,03	3,08	3,16	3,27	3,34
<b>Dünya</b>	4,97	5,31	5,89	6,16	6,89	7,64	8,28
<b>OECD Üye Ülkeler</b>	8,41	9,52	10,82	11,60	12,96	14,62	16,18

**Kaynak:** The World Bank (2019). <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=TUR#>  
Erişim Tarihi: 06.05.2019.

Sonuç olarak, ortalama ömrün uzaması ve nüfusun yaşlanması, doğumda yaşam beklentisinin artması ve doğum oranlarının azalması ile ilgili bir olgudur. Yaşlanan

kişilerin sağlık hizmetine olan ihtiyacı artmakta ve yaşlılar için yapılması gerekli olan sağlık bakım harcamaları da, artma eğilimine girmektedir denilebilir (Bhat, 2005: 215).

#### **2.8.2.6. Teknolojik Gelişmeler**

Teknolojik gelişmeler, eski ürün ve hizmetleri veya bunlara alternatif olarak yeni ürün ve hizmetlerin daha az maliyet ile üretebilmesini olanaklı kılmaktadır. Her iki durumda da belirli kalitede bir çıktı üretmek, daha az maliyetle mümkün olacaktır. Bununla birlikte ürün ve hizmetlerin satışında, bir hasta gününün ortalama maliyetinde, tedavi edilen bir vakada veya günlük doktor ziyareti sayısında bir yükselmeyi de beraberinde getirebilmektedir. Bunun sonucu olarak da kişi başına sağlık harcaması artış gösterebilmektedir.

Stano, Goodman ve Sherman yapmış oldukları bir çalışmada, kaliteyi sabit tutmak şartı ile 100 hastalık vakasının tedavisinin teknolojik gelişmeler sonrasında ortalama sunuş maliyetlerinin düştüğünü belirtmişlerdir. Fakat yaptıkları bir diğer çalışmada ise, tedaviyi mümkün kılan tamamen yeni bir teknolojiye geçişin, tedavi sonucu daha kaliteli çıktılar sunmasıyla beraber, hizmetin sunuş maliyetlerinde bir artış söz konusu olduğunu bulmuşlardır. Bunun hastalar için iyi; fakat maliyetinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısı ile tipik bir hastalık için hasta veya sigorta şirketi daha fazla ücret ödeyecektir ve bu da sonuç olarak toplam sağlık harcamalarının artmasına sebep olacaktır (Stano ve ark., 2017: 180).

Sağlık bakımını geliştirmek amacıyla son yıllarda teknoloji alanında çok büyük gelişmeler sağlanmıştır. Gelişen teknoloji hem doktorların hastalarına kesin tanı koymalarını kolaylaştırmakta, hem de tanısı konulamayan ve tedavi edilmesi mümkün görülmeyen bir çok hastalığın tedavi edilmesine imkan sağlamaktadır (Khanolkar ve ark., 2016: 34).

#### **2.8.2.7. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması ve Yeni Kazanımlar**

Barış ve Erdoğan (2018), 21. Yüzyılda, ekonomik büyüme ve demokrasi ilişkisini araştırdıkları, literatür taraması olan çalışmalarında, demokratikleşmenin, demokrasinin yaygınlaşmasının ekonomik büyümeyi olumlu etkilediği sonucuna ulaşan çalışmaların, genel kabul gördüğünden bahsetmişlerdir. Demokratikleşmenin ekonomik

büyüme arttırması, yine ekonomik büyüme ile artan kişi başına düşen gelirin arttışını sağlayacak ve sağlık harcamalarının artmasının nedenlerinden biri olacaktır.

### **2.8.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı**

Witter (2001)'e göre bir ülkenin sağlık sistemi yerel, sosyal ve politik tercihlerden farklı farklı etkileneceği gibi başlıca şu nihai hedefi taşır; daha iyi sağlık hizmet sunumu, eşit, adil ve dayanışmayı içeren sağlık hizmet sunumu. Sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği konusu da bu nihai hedefler çerçevesinde şekillenmektedir. Çoğu ihtiyaçlar için (örneğin yiyecek, barınma vb.) bireyler neye ihtiyaçları varsa direk cepten ödeme yapıp ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Fakat sağlık ihtiyacını diğer ihtiyaçlardan ayıran; talep öngörülemezliği, maliyetlerinin çok yüksek olabilmesi, yoksul insanların yeterli sağlık hizmeti alamama durumları, hastalık durumunda karşılaşılan işgücü kaybı gibi faktörler sağlık harcamalarının bir finansal sistem ile ele alınmasını gerektirmiştir.

Toplumlar ve bireylerin sağlık hizmetlerine talepleri sonsuz olmasına karşın bu hizmetler için ayrılan paylar sınırlıdır (Ateş, 2012: 98). Sağlık sektöründeki sürekli büyüme, sektörün kaynak ihtiyacını devamlı olarak arttırmakta, bu durum yeni finansman kaynakları arayışını ortaya çıkarmakta, var olan finansman yöntemlerinin ise tutarlı, verimli ve etkin bir şekilde kullanımını gerektirmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 275; Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

#### **2.8.3.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları ve İşlevleri**

Sağlık hizmet finansmanının genel amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabileceği sürdürülebilir bir sistem oluşturmaktır. Bunun için, hangi sağlık hizmetlerine harcama yapılacağı, ne kadar kaynak gerektiği, bu kaynağın nasıl ve kimlere dağıtılacağı konuları üzerinde çalışır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010: 88; Arık ve İleri, 2016: 46).

Sağlık hizmetlerinin finansmanının temelinde üç işlevi bulunmaktadır. Bunlar, fon toplama, fonların havuzlanması ve fonların gerekli sağlık hizmet sunucularına dağıtımının yapılmasıdır. Fon toplama; sağlık sistemi için sağlanacak fonların, bireylerden, çalışanlar ve işverenlerden toplanma yöntemlerini ve ödemeleri toplayacak

kurumları belirleyen kaynak oluşturma sürecidir (Mossialos ve Dixon, 2002: 4; İstanbulluoğlu ve ark., 2010: 86).

Cutler ve Reber, (1998)'in de belirttikleri üzere sağlık finansmanında fon toplama yöntemleri genelde; vergiler yoluyla, sosyal sağlık sigorta primleri yoluyla, özel sağlık sigorta primleri yoluyla, cepten ödemeler ile, bireysel tıbbi tasarruf hesaplarıyla ya da borçlar ve bağışlar ile yapılmaktadır.

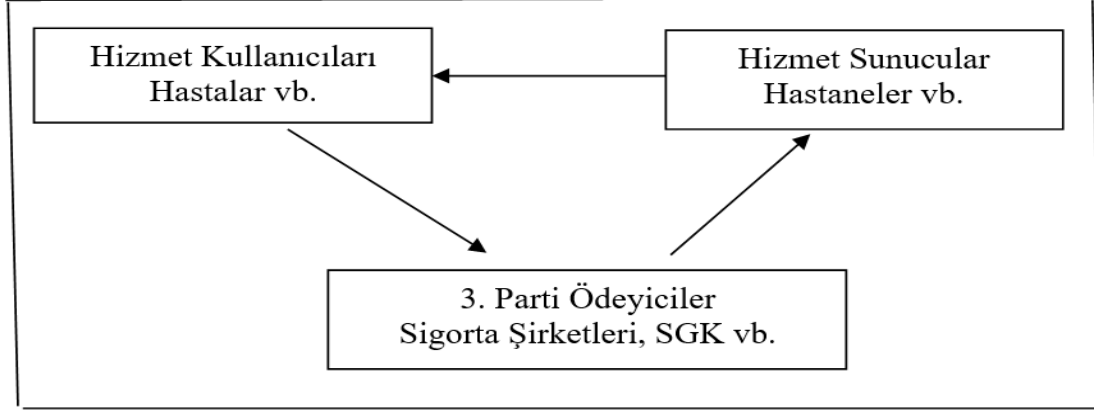
Sağlık finansmanında fon havuzu kavramı kullanılmaktadır. Fon havuzunun amacı sağlık talebindeki belirsizlik ve beraberinde gelebilecek finansal risklerin havuzu oluşturulan tüm bireyler tarafından paylaşılmasıdır. Ayrıca ülkelerde tek bir fon havuzun bulunması önerilmektedir. Toplanan fonların tek bir fon havuzunda tutulup yönetilmesi hem risklerin hem de gelirlerin ülkedeki tüm bireyleri kapsayacak şekilde dağıtımına imkân verecektir. Bu yüzden fon havuzlamanın tek bir kuruluş veya olabildiğince az kuruluş tarafından yapılması önerilmektedir (Çelik, 2006: 169).

Sağlık finansmanın üçüncü işlevi, çeşitli fon toplama yöntemleri ile fon havuzunda toplanan kaynakların hangi kurum ve kuruluşlara dağıtımının yapılacağıdır. Bilindiği üzere sağlık hizmet ve ürünleri profesyonel pratisyen hekimler, hastaneler, özel kuruluşlar, kamu kurumları gibi çeşitli kuruluşlar tarafından verilebilmektedir. Bu yüzden bir ülke sağlık sistemini finanse etmek için sağlık felsefesine, finansman politikasına, finansman biçimine ya da finansman biçimlerinin kombinasyonuna karar vermek durumundadır (Çelik, 2006: 170; Evans, 1997: 444).

### **2.8.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri**

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu ve kullanıcıları (hastalar, tüketiciler) arasında kaynakların dönüşüm süreci Mossialos ve Dixon'un belirttiği üzere temel olarak Şekil 2-4 gibi işlemektedir.

**Şekil 2-4: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Üçgeni**



**Kaynak:** Mossialos, E., Dixon, A. (2002). Funding Health Care: an Introduction. *Funding health care: options for Europe*'den uyarlanmıştır.

Burada, sağlık sunucuları sağlık hizmetlerini, hizmet kullanıcılarına (hastalar) sunar (iletir), hizmet kullanıcıları vergi veya primlerini sigorta şirketlerine öderler, sigorta şirketleri hizmet sunuculara yaptıkları anlaşmaya göre finansman sağlar. Burada bir istisna hizmet kullanıcısının isterse sağlık hizmetlerini doğrudan satın alabilmesi durumudur. Ama temelde sağlık hizmetleri finansmanının bu şekilde işlediği belirtilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 2).

Kaynakların dağıtımını da denilen bu sistemde herhangi bir ülkenin sağlık sisteminde toplam gelirler ve toplam harcamaların eşit olması beklenir. Bir denklem kurmak gerekirse; Evans (1997)'in belirttiği gibi bu eşitlik denklemi şu şekilde kurulabilir: Vergiler (T-taxation), zorunlu veya sosyal sigorta katkıları (SI-social insurance), cepten ödemeler veya kullanıcı katkıları (C-charges), gönüllü veya özel sigorta primleri (PI-private insurance) olmak üzere bunların toplamının toplam harcamaya eşit olacağı, yani bunun da fiyat (P-price) çarpı mal ve hizmet miktarına (Q-quantity) eşit olacağını belirtir. Yine bunların da sağlık sunucularının belirli bir süredeki (genelde yıllık) ortalama girdilerinin miktarı (W) ve bu girdilerin ortalama fiyatının çarpımına da eşit olması beklendiği belirtilir. Denklem (2.1) şeklinde sembolize edilebilir:

$$T + SI + C + PI = P \times Q = W \times Z \quad (2.1)$$

Denkleminde eşitliğin birinci kısmı (T+SI+C+PI) bir sağlık sisteminde sağlık hizmetleri için toplanan fonları göstermektedir. Denklemin ikinci kısmı (PxQ) sağlık

hizmetleri için yapılan toplam harcamaları, denklemin üçüncü kısmı da (WxZ) sağlık hizmet sunucularının bu sağlık hizmetlerini üretmek için kullandıkları toplam fonu göstermektedir (Evans, 1997: 443-444).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; genel vergi kaynaklı finansman, kamu sigorta sistemi, özel sigortacılık ve cepten ödeme olarak dört ana grupta toplanabilir. Ülkeler kendi politikalarına göre, bu yöntemlerden birini veya birkaçının kombinasyonunu kullanabilmektedir (Akdur, 2000: 42; İstanbulluoğlu ve ark., 2010: 90).

• **Genel Vergi Kaynaklı Finansman:** Bu finansman yöntemi Beveridge'nin 1942 yılında "Social Insurance and Allied Services" ismi ile yazdığı raporda yoksulluğun sebepleri, buna karşı alınabilecek önlemlerin, ancak sosyal sigorta ile olabileceğini belirtmesi ile başlar (Beveridge, 1942: 5). Burada temel fikir, sağlık hizmetleri arz ve talebi için devlet bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır. Yani sağlık hizmetleri prim toplamadan tamamen vergiler ile finanse edilmekte ve bu, kamunun sorumluluğunda olmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının tamamen vergiler ile sağlanabilmesi için ülkenin gelişmiş ülke statüsünde ve kalkınma sorunu olmayan bir ülke olması gerektiği belirtilmektedir (Çakır, 2016: 9).

Genel vergi kaynaklı finansman ilk olarak Beveridge'nin raporu etkisi ile 1942'de HNS (National Health Services) adıyla İngiltere'de uygulanmaya başlanmıştır. İlerleyen yıllarda diğer Avrupa ülkelerinde kullanılmaya devam etmiş, bazı ülkelerin de karma sağlık finansman yapıları içerisinde yerini almıştır. Daha sonraki yıllarda ismi Beveridge Yöntemi olarak da anılacaktır.

• **Kamu Sağlık Sigorta Sistemi:** Sosyal sağlık sigortası da denilen bu yöntem ilk olarak 1883 yılında Almanya'da Bismarck öncülüğünde uygulanmıştır. Ortaya çıkış nedeni, belirli bir ücret seviyesi altında çalışan, çeşitli sosyal risklerle karşılaşan ve sağlık hizmetlerine erişemeyen işçilerin, zorunlu bir hastalık fonuna üye edilmesi ve hem işçi hem işverenden alınacak katkılarla birlikte devletin desteğiyle de finansman havuzu oluşturulması ve sağlık hizmetleri finansmanında kullanılması ve çalışanların sosyal güvencelerinin sağlanması idi. Zamanla sakatlık ve yaşlılık gibi başka sigorta türlerinin oluşumuna ve birçok ülkede kullanımına öncülük etmiştir (Ron ve ark., 1990: 21-59; Çakır, 2016: 10).

Primli sosyal güvenlik de denilen ulusal vergiler yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanları arasında kaynakların nereye aktarılacağına tercihini yapmayı da gerektirmektedir. Vergilerin ulusal olarak toplanmasının avantajı; yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmak, sağlık hizmetlerine erişimin bir hak olarak görülmesi olasılığı ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlık statüsü veya gelir gibi özellikler nedeniyle kısıtlanmamasıdır (Preker ve ark., 2002: 143; Çelik, 2006: 174).

• **Özel Sigortacılık:** Bu yöntem genellikle geliri yüksek olan ülkelerde uygulama alanı bulmakta, gelişmekte olan ülkelerde de kullanım oranı artış göstermektedir. Ortaya çıkışındaki temel sebepler sağlık hizmetleri için gereken harcamaların belirsizliği, talep belirsizliği ve risk paylaşımıdır. Özel sebepler ise, ülkelerin sosyal güvenlik kapsamında sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz, kalitesiz olabilmesi dolayısıyla memnuniyetsizliğin artışı, tüketici istek ve taleplerinin değişimi, sosyal sigorta sistemlerinin bazı sağlık hizmetlerini kapsamaması gibi sebepler belirtilebilir (Çelik, 2006: 182; Özer ve ark., 2014: 2).

Özel sağlık sigortaları çeşitli özelliklerde olabilmektedir. Gerek primleri toplama yöntemine göre gerek prim oranlarını belirleme yöntemine göre gerekse de kapsayıcılıklarına göre farklılık gösterebilmektedirler. Prim hesaplama yöntemlerinden en çok kullanılanı bireysel riske göre hesaplamadır. Bunun yanında grupsal (örneğin aynı iş yerinde çalışanlar için) veya toplumsal olarak da hesaplanabilmektedir (Mossilas ve Dixon, 2002: 19).

Tamamen özel sigorta ile sağlık hizmetlerini finanse eden ülkelerdeki tehlike, sistemin başarısızlığı riskidir. Sistemin başarısız olma durumlarında (yaşlı, düşük gelirli veya özürülülerin sağlık hizmetlerine ulaşamamaları, sigorta şirketlerinin daha az riskteki kişileri seçebilmeleri gibi) buna hızlıca çözüm üretilmemekte, alternatif sigorta kolları arayışları başlamaktadır. Bu yüzden ülkeler, toplumun belirli kısmının zorunlu sağlık sigortasına sahip olmasını planlamakta, bunun yanında kişilere özel sağlık sigortalarını da seçme hakkı tanınmaktadır (Yaşar, 2007: 41-44).

• **Cepten Ödeme Modeli:** Kullanıcıların sağlık harcamaları için cepten ödeme modelleri birkaç farklı şekilde olabilmektedir. Bunlar tamamen üçüncü taraf sigorta şirketlerinin ödemenin tamamını üstlenmesinden (sıfır maliyet paylaşımı), tam kullanıcı

ödemesine (tamamen cepten ödeme ile karşılanan maliyetler) kadar farklı pozisyonlarda görülebilmektedir (Robinson, 2002: 179).

Rubin ve Mendelson (1996) cepten ödemeleri doğrudan ve dolaylı ödemeler olarak iki ayrı gruba ayırırlar. Doğrudan ödemeler hasta tarafından bilinen ve ödemenin doğrudan hasta tarafından hizmet sunucusuna yaptıkları ödemelere denir. Kullanıcının hekim ziyareti başına sabit ücret ödemesi, aldığı hizmet başına ödeme, sigorta kapsamı dışında kalan yüzdeliğin ödenmesi gibi ödemeler doğrudan ödemelere örnektir. Dolaylı ödemeler ise, kullanıcı katkıları denilen ödeme türüdür.

Kullanıcı katkıları; 1970 ve sonrasında dünyada neoliberalizm akımının etkileriyle birlikte sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artış göstermesi ve ülkeleri yeni finansman kaynakları bulmaya yöneltmesi sonucunda yeni bir cepten ödeme modeli ortaya çıkmıştır (Mossilas ve Dixon, 2002: 7). Bunda bir diğer etken 1978 Alma-Ata konferansında alınan kararlar olmuştur. Sağlık hizmetlerinin toplumun her bireyine ulaştırılma hedefi yeni ek kaynakları gerektirmiş ve bunun diğer kamu hizmetlerinden alınacak kullanıcı katkıları ile elde edilebileceği ortak görüşüne varılmıştır (WHO, 1978: 1).

## **2.9. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Sağlık Harcamaları ve Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve bunun iyileştirilme uğraşı sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde değil tüm Dünya genelinde geçmişten beri sürekli yeni arayışları gerektirmiştir. Bu arayış Türk Sağlık Sistemlerinde ilk olarak Selçuklu döneminde başlamış, Osmanlı’nın kuruluş ve büyüme döneminden günümüze kadar sürekli gelişen bir dinamik içerisinde devam etmiştir (Beylik ve ark., 2015: 184).

Selçuklular döneminde hekimlik eğitimi usta-çırak ilişkisi ile yürütülmekteydi. Ayrıca sağlık sisteminde tüm darüşşifa (hastaneler) ve tüm hekimlerin bağlı olduğu “hekimbaşı” denilen bir kurum vardı. Kurum sağlık hizmet sunumu, tabip, cerrah gibi sağlık personellerinin atamalarını gerçekleştirmekte idi. O dönemde hekimbaşı kurumu altındaki sağlık hizmeti sunan kurumlar sadece saray ve askerlere yönelik hizmet sunmaktaydı. Bunlar dışındaki normal halk ise sadece serbest çalışan hekimlerden ücret karşılığı hizmet alabiliyordu (Beylik ve ark., 2015: 184; Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Osmanlı Devleti sürekli gelişmekte olan Avrupa karşısında her alanda geri kalmaktaydı ve çareyi askeri yeniliklerde aramaktaydı. Bunun için 1826 yılında Yeniçeri Ocağı ortadan kaldırılmış yerine Nizamı Cedid ordusu kurulmuştur. Dolayısı ile Batılı anlamdaki ilk tıp okulu yine bu ordunun tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak Askeri Tıbbiye ve tıp okulu Mektebi Tıbbiye kurulmuş, 40 yıl boyunca devletin tek tıp okulu olmuştur. 1861'de Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname adlı bir yasa yayınlanarak, ülkede hizmet verebilecek hekim ve ebelerin Mektebi Tıbbiye diploma sahibi olmaları zorunlu kılınmıştır. Siviller için sağlık hizmeti verecek olan kurum Sivil Tıbbiye ise 1867'de kurulmuştur. Mektebi Tıbbiyenin asıl amacı askeriye hekim yetiştirmek iken, Sivil Tıbbiyenin amacı da ülke çapında hekim yetiştirmektir. Okul 1909'a kadar 725 hekim yetiştirmiştir (Çağlayaner, 2014: 47; Aydın, 2004: 189-190).

Osmanlı döneminde çağdaş sağlık hizmetlerinin başlangıcı kabul edilen 1827 yılında Mektebi Tıbbiye'nin açılmasından, Cumhuriyet dönemi ilk sağlık hizmetlerinin gelişimi, 1923'te Refik Saydam dönemine kadar olan önemli aşamalar daha çok politik ve askeri nedenlere bağlı olarak gelişim göstermiştir. Örneğin 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Hastanesi, Türkiye topraklarında, düzenli ve tertipli kurulmuş ilk hastane olarak kabul edilir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49; Çağlayaner, 2014: 10).

Cumhuriyet dönemine doğru gelindikçe sağlık hizmetlerinin daha çağdaşlaşmaya başladığı görülür. 1913 yılında Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi yürürlüğe konur ve devam eden yıllarda il merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri ve Sıhhiye Meclisleri<sup>5</sup> kurulmaya başlanır. Her ilde bir sıhhiye müdürünün, tabipler ve sıhhiye meclisinin bulunması planlanır ve ilgili kurum ve müdürlerin görev tanımları yapılır. Böylece sağlık sisteminin genel idari yapısı belirlenmiş olmaktadır (Aydın, 2004: 201-203).

Beylik ve ark. (2015) günümüzde gelinen kurumsallaşma ve örgütlenme anlayışının ilk somut adımının TBMM'nin kuruluşundan sayılı günler sonra, 3 Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığı<sup>6</sup>'nın kurulması ile olduğunu belirtirler. O dönemde teşkilat yapısı dikey örgütlenmişti. Belirli illerde tam teşekküllü hastaneler kurulurken, ilçelerde

<sup>5</sup> İlçe ve kasabalardaki sağlık sorunlarının görüşülüp, gerekli girişimlerinin yapılmasını sağlayıcı ve bir tür toplum katılımını sağlayan bir kurum.

<sup>6</sup> İlk kurulduğunda adı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti olmuştur.

tanı ve tedavi merkezleri kurulmuştur. 1921’de Sağlık Bakanlığı’na getirilen Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar bu görevde kalmıştır. Sağlık hizmetleri gelişim tarihinde bir döneme adını veren isimlerden Dr. Refik Saydam’ın yaptığı çalışmalar, Türkiye sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurdun her tarafına yayılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, ülkenin sağlık alanındaki politikalarının oluşturulması konusunda büyük bir öneme sahiptir.

Osmanlı Devleti zamanında ve Cumhuriyetin ilk yıllarında toplum sağlığını bozan hastalıklar genelde bulaşıcı hastalıklar (frengi, sıtma, çiçek hastalığı, verem, trahom gibi) olmuştur ve bu hastalıklarla mücadele edilmiştir. Dönemin uygulamada karşılaştığı sorunlardan biri sağlık insan gücünün yeterli olmaması olarak belirtilir. Tıp fakülteleri mezunlarının tamamını kapsayan mecburi hizmet yasası 1924 yılında getirilmiş, yardımcı sağlık personeli yetiştirmeye de önem verilmeye, ebe ve hemşire okulları açılmaya başlanmıştır (Dirican, 1970: 187-188).

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, daha sonraları kendi adıyla anılacak “Birinci On Yıllık Sağlık Planı”nı yürürlüğe koymuştur. Tüm sağlık hizmetlerini (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirmiştir. Behçet Uz Planı’nın amaçlarından en önemlisi sağlık hizmetlerini tüm ülkeye yaymaktır. Bunun için ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayırmak, her bölgenin kendi çerisinde örgütlenmesini sağlamak ve her bölgede 40 köy için bir sağlık merkezi kurmak planlanmıştır (Akdur, 2008: 3-4).

1961 yılında Nusret Fişek, sağlığın sosyalleştirilmesi konusunda öncü olmuştur. Sosyalleştirme kanunu<sup>7</sup> ile sağlığın entegrasyonu, sürekli ve yaygın bir şekilde sunulabilmesi hedeflenmiştir. Fişek, sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerinde de çalışmış, prim toplama esasına dayalı bir finansman yöntemi yanında sağlık personelinin sözleşmeli olarak çalıştırılabilmesini kanuna eklemiştir. Sözleşmeli sağlık çalışanı maddesi geçmiştir, fakat sağlık finansmanı için prim toplama maddeleri çıkarılmıştır (Aksakoğlu, 2008: 13-14).

Sosyalleştirme ile vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada sunulması, kamu

---

<sup>7</sup> 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu (1961)

sektörü sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, hekimlerin kamu sektöründe uygun maaşlarla çalıştırılması, bunun haricinde hasta muayene ve tedavisiyle ek kazanç sağlamayacakları, iş saatlerinde sağlık ocaklarında muayenelerin ücretsiz olması planlanmıştır. İlk yıllar başarılı ve verimli işleyen bu sistem, 1970’li yıllara doğru duraklama ve gerileme dönemine girmiştir (Dirican, 1970: 190-191).

1970’li yıllarda tüm dünyada sağlık sektöründe özelleştirme yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu Türkiye’ye de yansımıştır. 1980’li yılların sonlarına doğru artık sosyalleştirme ortadan kaldırılma sürecine girdiği belirtilir. Bunda hekimlerin tam süre yasasının kaldırılması, kamu çalışanlarının serbest meslek uygulayamaz maddesinin kaldırılması, hekimlerin maaşlarının yarıya indirilmesi etkili olmuştur. Bu durum hekimlerin özel muayenehane açmasına hastalarını da oraya yönlendirmesine sebep olmuştur. Bunun sonucu olarak koruyucu sağlık hizmetleri zayıflamıştır. Bu dönemin olumlu tek yanı hekimler için zorunlu hizmetin devreye alınması olarak belirtilmiştir (Aksakoğlu, 2008: 28-29).

1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” yürürlüğe girmiştir. Bu kanunda en önemli maddelerden biri devlet hastanelerinin de kendi gelirlerini kendileri finanse edebilen, personeline ilişkin kararları kendi verebilen birer sağlık işletmesine dönüşebilmelerinin yasalaşması olduğu belirtilmektedir. Kanunun bu maddesinde sağlık işletmesi kavramından, sağlık işletmelerinin gelir, gider ve harcama kalemlerinden söz edilir (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987: 2; Çakır, 2016: 88).

Sağlığın finansmanı kısmında sosyal güvenlik kurumları ilk olarak 1967 yılında 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın uygulanmasıyla, tek çatı altında toplanmıştı. 1972’de BAĞ-KUR uygulamasına geçilmiş, 1992’de yeşil kart uygulamasına geçilmiştir. Son 20 yılda ivme kazanan sağlık sorunları, beraberinde yeni çözüm odaklı arayışları da getirmiştir. İş güvenliği, işçi güvenliği, hekim sağlama gibi birçok alanda eksiklikler meydana gelmiştir ve bu da yatırımların yöntem ve miktarının değiştirilmesine, yeni sağlık politikalarının belirlenmesine zemin hazırlamıştır. Sosyal güvenlik kurumları 2003 sağlıkta dönüşüm programı ve genel sağlık sigortası uygulaması çerçevesinde tekrar tek çatı altında toplanacaktır (Yurdadoğ, 2007: 591).

1990’lı yıllardan sonra Türkiye sağlık sistemleri alanında reformlar ivme kazanmıştır. 1990’da sağlık hizmetleri master planı oluşturulmuş, Dünya Bankası

desteği ile de 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir. Projede, sağlık hizmet sunucusu ile sağlık hizmet deyicisinin birbirinden ayrılması gerektiği önerilmiştir. 1992 Ulusal Sağlık Kongresi tüm sağlık sektörü taraflarını bir araya getirmiş, kongrede sağlık sektörü örgütlenmesi ile ilgili kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. 1993 yılında tekrar toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresi ile oluşan dokümanda genel olarak, genel sağlık sigortası kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, sevk sisteminin etkinleştirilmesi, aile hekimliğinin geliştirilmesi gibi ana temalar belirlenmiştir (Yılmaztürk, 2013: 182).

Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi planı 1996-2000 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında sağlık reformu başlığı altına belirtilmiştir. Ayrıca mevcut durumda, sağlık alanı kaynaklarının etkili kullanılmadığı, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın bir arada olmasının doğru işlemeyişi, bu yüzden hizmet sunumu ve finansmanını birbirinden ayırmak gerektiği açıklanır. Reform kapsamında ayrıca, aile hekimliği modeline ve işleyen bir sevk sistemine geçmek, Sağlık Bakanlığı'nı ülke genelinde hizmet standartları koyucu, sağlık politikaları belirleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturmak planları belirtilmiştir (Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995: 41-48).

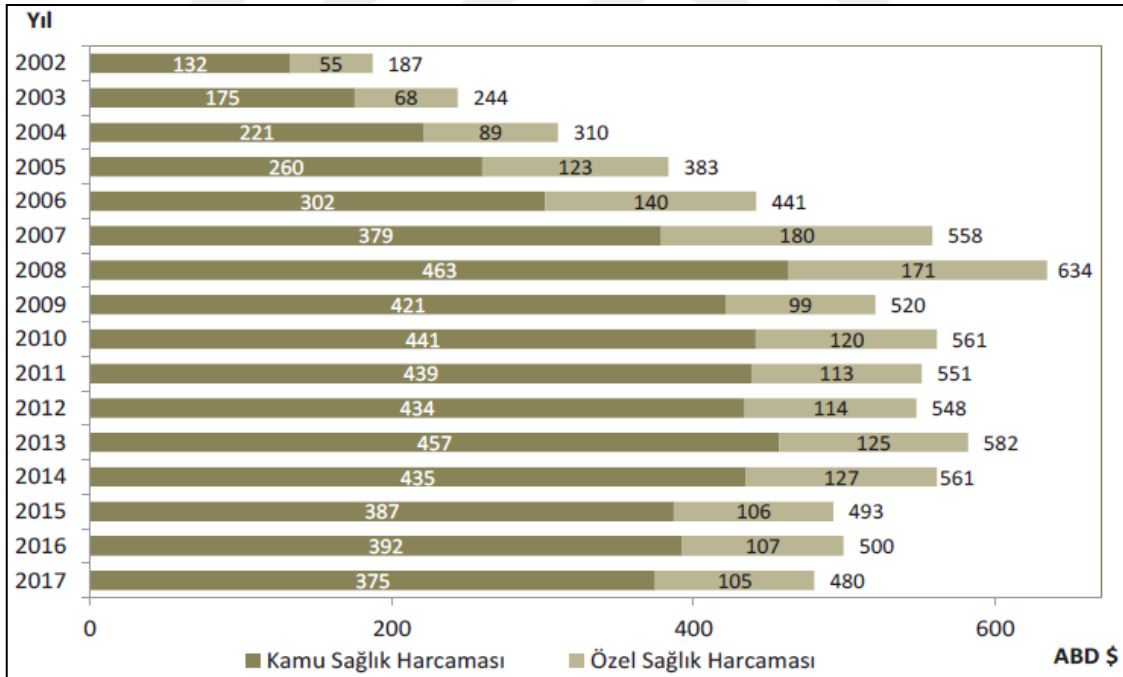
Acil eylem planı ve herkese sağlık başlıkları ile 2002'de reformların ana başlıkları ve takvimi yeniden belirlenmiş ve 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile uygulanmaya başlanmıştır. Burada temel ilkeler; etkililik, hakkaniyet, verimlilik, sürdürülebilirlik, insan merkezlilik, katılımcılık, gler ayrılığı, desantralizasyon olarak belirtilmiştir. Dağınık bir Şekilde olan sağlık sigorta kurumları (SSK, Yeşil Kart, Bağ-Kur gibi) tek çatı altında toplanmaya başlanmıştır. Aynı Şekilde toplumun farklı sosyal güvencelere sahip bireylerinin tümünü genel sağlık sigortası altında toplama çalışmaları başlamıştır. SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın, planlayan ve denetleyen olarak rol alması, sağlık hizmetlerine erişimin kolay bir hale getirilmesi, sağlık işletmelerinin özerk bir yapıya sahip olması, etkili sevk sistemi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık bilgi sistemlerinin aktif kullanımı, yüksek motivasyonlu ve eğitimi sağlık personelleri yetiştirilmesi hedeflenmiştir (Akdağ, 2012: 51; Eligzel, 2019: 79).

2003 yılından günümüze kadar yapılan çalışmalar ile, sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleşmiş, toplumun tamamını kapsayacak genel sağlık sigortası

getirilmiş, acil servis hizmetleri ücretsiz hale getirilmiş, aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, toplum sağlığı merkezleri kurulmuş, gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçilmesi için katılım payı getirilmiş, evde sağlık hizmetleri uygulaması başlatılmış, koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, özel hastane fark ücreti önce % 70'ten %90'a, daha sonra da %90'dan %200'ye yükseltilmiştir. Kamu kaynaklarının verimli kullanılmaya başlandığı, sağlığa erişim noktasında engellerin aşıldığı belirtilmiştir (Akdağ, 2012: 52; Yamaç, 2016: 67-70).

Sağlık harcamaları finansmanına bakıldığında günümüzde Türkiye'nin karma bir yapı kullandığı görülür. Fakat sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortaya dayalı finansman yöntemi diğer finansman yöntemlerine göre daha ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Aynı şekilde Tablo 2-3'te görüleceği gibi kamu sağlık harcaması da özel sağlık harcamasına göre daha yüksektir (Erol ve Özdemir, 2014: 27).

**Tablo 2-3: Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamaları Seyri (\$) (2002-2017)**



**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 06.04.2019.

Tablo 2-3 Türkiye için kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarının yıllar itibari ile değişimini göstermektedir. 2002'de 187 dolar toplam sağlık harcamasının 132 dolarının kamu, geriye kalan 55 dolarının ise özel sektör tarafından yapıldığı, 2017 yılına gelindiğinde kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının 480

dolara yükseldiği, bunun 375 dolarının kamu, 105 dolarının özel sektör aracılığı ile yapıldığı görülmektedir.

## 2.10. Ekonomik Büyüme

Ekonomi bilimciler yıllarca ülkeler arasındaki farklı büyüme oranlarının nedenlerini ve ülkeler arası refah farklılıklarının nelerden kaynaklanmış olabileceği konularına ilgi duymaktadırlar (Kar ve Taban, 2003: 145). Bundan dolayı da ekonomik büyüme, her dönem önemini korumakta ve bilim insanlarınca üzerinde çalışılan konulardan olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelerle olan aralarındaki gelişme farklarının nedenlerini tespit edip, gelişimlerini hızlandırmak için kullandıkları oldukça önem taşıyan bir konu olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde refah seviyesinin artışının, üretim kapasitesinin artışına bağlı olduğu belirtilebilir (Tıraş, 2013: 66).

Kibritçioğlu (1998) ekonomik büyümeyi; kişi başına düşen reel hasılanın artışı olarak tanımlamaktadır. Burada reelin anlamı milli hasıla hesaplanırken fiyat değişimlerinden arındırılmış olarak hesaplanmasıdır. Yani enflasyon, üfe veya tüfedeki fiyat değişikliklerinden arındırılarak milli gelir hesaplanmaktadır ki bunun avantajı, büyümenin gerçekçi bir büyüme olarak hesaplanmasına olanak sağlamasıdır. Zira bu fiyat farklılıklarından arındırılmadan yapılacak hesaplama yanıltıcı olacaktır. Çünkü ekonomik büyümenin fiyatlar genel düzeylerindeki artışlardan da kaynaklı olabileceği yapılan çalışmalar ile belirtilmektedir. İktisadi büyüme; ülkelerin mevcut üretim olanakları eğrilerinin genişlemesi olarak da ifade edilebilir. Diğer bir deyişle ekonominin mal ve hizmet üretebilme kapasitesinin gelişmesi, mal ve hizmet üretebilme yeteneğinin artışı şeklinde de tanımlanabilir (Filiz, 2010: 6; Mert, 2017: 130).

Burada ekonomik büyümenin tanımı yapılırken büyüme ile en çok karıştırılan ve bazen büyüme yerine kullanılan kalkınma kavramına da değinmekte fayda vardır. Ekonomik büyüme ve kalkınma kavramları II. Dünya Savaşından sonra iktisadi ve siyasi arenada en çok kullanılan kavramların başında gelmektedir (Karataş ve Çankaya, 2010: 10). Ekonomik büyüme, ekonominin nicel (GSMH'nin büyüklüğü, büyüme oranı, kişi başı gelir vb.) yönüyle diğer bir ifadeyle rakamları ile alakalı iken, iktisadi kalkınma kavramı ekonomilerin üretim yapılarındaki niteliksel değişimleri ifade

etmektedir. Ekonomik kalkınma hem nitel hem nicel yönlü bir olgudur ve büyümeye kıyasla oldukça geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Kalkınma bir bütün olarak gelişmeyi ifade eder ve ekonomik büyüme kavramını da kapsar. Toplumsal yaşam kalite ve standartlarının artışı diye de belirtilebilen kalkınma kavramı, gelişme aşamasında olan tüm ülkelerin ortak hedeflerindedir (Karagül, 2002: 9-63).

Büyüme hakkındaki bilimsel yazın incelendiğinde 1980'lere kadar Neo Klasik büyüme teorilerinin etkin olduğu görülmektedir. Neo Klasik teoriler temelde, büyümenin teknolojik gelişmeler tarafından belirlendiğini savunur. Teknolojik gelişmenin de dışsal faktörlerden etkilendiğini ileri süren neo klasik teoriler, büyümenin nasıl gerçekleştiğini açıklamakta eksik kalmıştır. Neo Klasik teorilerin bu eksikliğini, öncülüğünü Robert Lucas ve Paul Romer'in yaptığı 1980'li yıllarda ortaya çıkan, İçsel Büyüme Teorisi gidermiştir (Jones, 2001: 2). İçsel büyüme teorisi, neo klasik teoriden farklı olarak sermayenin sadece fiziksel sermayeden değil, beşeri sermaye ve bunun artan getirisinden etkileneceğini savunur (Taban ve Kar, 2006: 161).

Özetle, ekonomik büyüme teorileri, klasik iktisat teorilerinden, içsel büyüme teorilerine kadar birçok farklı teori ve modeller etrafında ele alınıp, ekonomik büyümenin nasıl gerçekleştiğine ilişkin sorulara cevap aranmıştır (Filiz, 2010: 8).

### **2.10.1. Büyüme Modelleri**

İnsanların daha fazla üretim yapabilmesi ve buna paralel olarak daha fazla tüketim yapabilmesi ekonomik büyümenin bir sonucudur. Bundan dolayı, büyümeyi sağlayacak faktörleri belirleyebilmek toplumların refah seviyelerini yükseltebilmeleri için önemli kabul edilir. Geçmişten günümüze değin, ülkelerin ekonomik büyümelerinin hangi faktörlerden etkilendiği birçok ekonomistin ilgi alanında olmuş, geliştirdikleri büyüme modelleri ile ifade edile gelmiştir (Taban, 2010: 1). İnsanların yaşam standardını ve refah seviyesini doğrudan etkileyen ekonomik büyüme, klasik iktisat teorisyenlerinin ortaya attığı teorilerden, günümüzde geçerliliğini koruyan büyüme modellerine kadar birçok model ve teori ile incelenmeye çalışılmıştır. Büyüme sürecinin arkasındaki temel belirleyicilerin neler olduğunun ortaya konması da bu konuda yapılan çalışmaların esasını oluşturmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018: 67).

Büyüme modelleri incelenirken Merkantilist Akım, Fیزیokrasi Akımı, Klasiklerin Büyüme Teorileri, Modern Büyüme Teorileri ana başlıkları altında toplanabilir. Bu teorilere yakından bakacak olursak;

#### **2.10.1.1. Merkantilist Akım**

Merkantilist akım, Avrupa iktisadi düşüncesinde ve ulusal ekonomi politikalarında 1500 - 1800 yılları arasındaki üç yüz yıllık dönemi kapsayan bir akımdır. Buna ek olarak ekonomik anlamda ticari kapitalizmin bir diğer adıdır (Kazgan, 1993: 35). İtalyanca *mercante* (tüccar) kelimesinden türetilerek kullanılan merkantilizm, bir düşünceler topluluğunun genel ilkelerini ifade eder (Küçükkalay, 2011: 171).

Merkantilistlere göre, devletin zenginleşmesi devletle ekonominin birlikte çalışmasına bağlıdır. Bir diğer anlamda hazinenin genişlemesi amaçlanmalıdır ve bunun güçlü lokomotifini dış ticarettir düşüncesini savunmaktadırlar. Ülkeye kıymetli madenlerin girişlerinin artırılması ve ülkede kıymetli maden stoklarının oluşturulması bu düşünce akımının önerileri arasındadır. Merkantilizm, olabildiğince yüksek ihracat fazlası oluşturarak ulusal paranın güçlü tutulması temeline dayandırılmıştır. Bu akımın en önemli temsilcileri; Cantilyon, William Petty, Thomas Mun ve Jean Bodin'dir (Savaş, 1997: 138).

Merkantilistlere göre ekonomi ile devletin birlikte çalışması, devletin dış ticareti yönlendirme görevini üstlenmesi ile olacaktır. Ülkelerin zenginliğinin tek ölçüsü kıymetli madenleridir. Devlet dış ticareti kontrol altına alarak, kıymetli madenlerin ülkeden çıkışına engel olmalı, diğer ülkelerden ise kıymetli maden girişini artıracak hamlelerde bulunmalıdır. Yani devlet ithalatı azaltıcı ihracatı artırıcı yönde politikalar uygulamaya koymalıdır gibi görüşlere sahiptirler (Özsağır, 2008: 3).

#### **2.10.1.2. Fیزیokrasi Akımı**

Fیزیokrasi akımı, yalnızca ticaret ve sanayiye önem veren merkantilizme, bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda devletin ekonomiye müdahale etmesine karşı çıkmaktadırlar. Bu akım üretim ve zenginlik konusunda ilk araştırmaları yapan Fransız reformcularının öğretisidir (Kazgan, 1993: 56). İktisadi düşünce tarihinde bütüncül, tutarlı bir yöntem izleyen, aynı zamanda da bir ekol niteliği gösteren düşünceler ilk kez fizyokratlar tarafından ileri sürülmüştür denilebilir. Bu ekol, yaklaşık

olarak 18. Yüzyılın ikinci yarısının başlarında **Dr. François Quesnay** (1694-1774) tarafından kurulmuş ve sistemli düşünceler ileri sürülmeye başlanmıştır (Küçükkalay, 2011: 194).

Tarımsal kapitalizmin bir diğer adı olan fizyokrazi akımı, tek üretim alanı ve net gelir elde edilebilecek alanın tarım olduğunu, ülkelerin ancak tarım sektörlerini iyileştirerek ekonomik büyümeyi sağlayabileceklerini savunurlar. Dolayısı ile vergilerin de sadece bu alandan toplanması gerektiğini, ticaret ve sanayi ile uğraşanlardan veya sadece toprak sahibi olanlardan vergi alınmaması gerektiğini savunur. Çünkü tarım dışındaki işlerde çalışanların işlerini sürdürmeleri için yaptıkları harcamaların, elinde sonunda tarımla uğraşanların cebine gireceğini belirtmektedirler (Öner, 2018: 49; Alataş, 2014: 23).

### 2.10.1.3. Klasiklerin Büyüme Teorileri

Klasik okulun temsilcileri şunlardır: Adam Smith (1723-1790), Thomas Malthus (1766-1834), David Ricardo (1772-1823), Jean-Baptiste Say (1767-1832), Karl Marx (1818-1883), John Stuart Mill (1808-1873) ve diğerleri olarak sayılabilir (Öner, 2018: 50).

- **Adam Smith**'in “Ulusların Zenginliği adlı çalışmasına göre, iktisadi büyümenin kökeninde iş bölümü ve uzmanlaşma vardır. İşçi aynı işi tekrar tekrar yaparak becerisini geliştirir ve her seferinde üründen daha fazla üretebilir hale gelir, yani işçinin verimliliği artar. İşçi bir ürünün tümünü üretmek yerine o ürünün üretimindeki bir aşamaya odaklanırsa, bir aşamadan diğerine geçişte ortaya çıkacak zaman kaybından tasarruf edilir ve verimlilik artacaktır. Ayrıca, bir ürünün tümünün üretilmesi yerine üretimin aşamalara ayrılması daha çok makine kullanılmasını gerektirir ve bu da verimliliği artıracaktır. O halde, iş bölümü ve uzmanlaşma verimliliği artırmaktadır. Verimlilik artışı kişi başına gelir ve satın alma gücü artışı anlamına gelmektedir. Satın alma gücü arttıkça piyasa çapı genişlemektedir. Piyasa çapı yani talep artışı üretim artışını teşvik etmektedir. Üretimi arttırmak için daha çok makine kullanmak gerekmektedir ve bu, sermaye birikimi hızlandırır. Sonuçta iş bölümü ve uzmanlaşma artmaya ve büyüme döngüsü işlemeye devam edecektir görüşlerine sahiptirler” (Şekil 2-5) (Mert, 2017: 136-137).

**Şekil 2-5: Adam Smith Büyüme Döngüsü**



**Kaynak:** Mert, M. (2017). *Kalkınma ve Büyüme İktisadi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

“Smith’e göre bu şekilde gerçekleşen büyüme döngüsü kaynakların tümünün kullanıldığı zamana kadar devam eder ve kaynakların tümü kullanıldığı zaman büyüme durmaktadır” (Mert, 2017: 137).

Smith’in ekonomik büyüme kuramını özetleyecek olursak (Gürak, 2006: 75);

- Teknolojik yenilikler gereklidir.
- Büyümenin temel nedeni üretimde “iş bölümüdür”.
- İş bölümü ile verimlilik artışı olacağından, çalışan kişi başına artan verimler yasası geçerlidir.
- Uzun dönemde büyüme duracaktır.
- Nitelikli işgücü ile ekonomik büyüme arasında doğrudan bir ilişki yoktur fakat dolaylı olarak, iş bölümü sonucu verimliliğin artışı ile büyüme arasında ilişki kurulabilir.

• **T. Robert Malthus:** “An Essay on the Principle of Population” yani “Nüfus İlkesi Üzerine Bir Deneme” başlıklı 1798’de yayınlanan yayını ile ekonomi bilimine katkı sağlamıştır. Malthus’un nüfus teorisi, ölüm oranları, doğum oranları ve nüfus artış hızları ile ilgilidir. Ölüm oranının kişi başına düşen gelir düzeyi tarafından belirlendiğini savunur. Yani, kişi başına düşen gelirdeki artış beslenme kalitesini ve sağlık tesislerinin kullanım oranını artırarak yaşam beklentisini yükseltecektir. Ayrıca, gelirlerdeki artış, yoksul kesimin doğurganlık oranlarını artırarak ülkelerin genel doğum

oranlarında bir artışa sebebiyet verecektir. Uzun vadede, yeni doğanlar işgücü piyasasına girecek fakat bu durum işgücü ücretlerinin düşmesine sebep olacaktır. Malthus'a göre, sadece hastalıklar, açlık ve savaşlar, nüfus artışını yavaşlatabilecektir. Fakat nüfusun bu faktörlerle değil de doğum kontrolü, evlilik erteleme gibi ahlaki faktörlerle sınırlandırılması gerektiğini ve maaşların asgari geçim kaynağının altına düşmesinin önüne geçilmesi gerekliliğini belirtir (Küçükkalay, 2011: 233).

Malthus'un teorisini özetlersek, nüfusun geometrik olarak artış gösterirken gıda maddelerinin ise aritmetik olarak artış gösterdiğini belirtmek mümkündür. Nüfus artışı ile işgücüne olan talep aynı ölçüde artmayacağından, ücretler düşme eğilimine girecektir. İşgücüne ödenen ücretlerin asgari ücret seviyesinin altına düşmesi devlet tarafından gerekli müdahaleler ile önlenmelidir. Aksi takdirde yoksulluğun başlaması ile yetersiz beslenme ve beraberinde hastalıklar gelecek ve bu nedenle işgücü arzı azalacaktır. İşgücü arzının azalması, az da olsa ücretlerin tekrar yükselme eğiliminde olmasına yol açacaktır (Ersoy, 2015: 278; Güneş, 2009: 134).

- **David Ricardo** klasik büyüme modellerinin kurulmasında önemli bir katkıya sahiptir. Bu yüzden literatürde klasik büyüme modelleri Ricardo büyüme modeli olarak da anılmaktadır. Ricardo'nun teorisine göre tasarruflar yatırımlara öncülük etmektedir ve yüksek yatırımlar da beraberinde ekonomik büyümeyi getirmektedir. Bir toplumda birikimin azalması yatırımları da azaltacak, dolayısı ile ekonomik büyüme hızını da azaltacaktır (Yılmaz, 2005: 65).

D. Ricardo'ya göre büyümenin bir durma noktası vardır. Büyüme belli bir noktaya ulaştıktan sonra oluşacak sermaye birikiminin ve gerçekleşen nüfus artışının sona ereceğini, bu nedenle, büyüme aşamasının da sona ereceği ve ekonominin durgunluğa sürükleneceğini savunur. Bu noktaya ulaşıldığında Ricardo'ya göre, ekonomik büyümeyi kapitalistlerin yapacağı yeni yatırımlar sürdürecektir. Yani, biriken sermayenin yeni yatırımlara aktarılması ile ancak ekonomik büyüme sürdürülebilecektir. Fakat, zamanla artan maliyetlerin kârları düşüreceğine, yavaş da olsa durma noktasındaki büyümenin sürdürülebilir fakat eskisi kadar hızlı bir büyüme olmayacağını, büyümenin giderek durağanlaşacağı ancak istikrarlı bir halde kalacağını savunur (Ersoy, 2015: 151).

- **Karl Marx**; eski büyüme okulunun son temsilcisiydi. Marx'ın büyüme modeli artı değer ve yatırım miktarı üzerine kurulmuştur. Ayrıca klasik iktisatçılar içerisinde teknolojik yeniliklere önem veren Marx büyüme modelinin içinde yatırımlar (I) ve nüfus artışı (n) yanında, teknolojik yeniliklerin de (A) olması gerektiğini savunmuştur. Marx'ın teknolojik yenilikleri de içeren büyüme modeli aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

$$g = f(I, n, A)$$

Büyüme modeli artı değer ve yatırım miktarı üzerine inşa edilmiştir. Rekabet nedeniyle gerekli olan teknolojik yeniliklerin amacı emeğin verimliliğini, dolayısıyla artı değeri artırmaktır. Emeğin verimliliğinin artması demek, üretimde aynı sürede daha az emek kullanımı ile aynı veya daha fazla meta üretimi anlamına gelmektedir. Çünkü metaların değerini belirleyen şey içerdikleri soyut emek – zaman miktarıdır (Gürak, 2006: 79).

Ekonomik büyümenin; artı değeri artırmakla olacağı, bunun da ya işgücünü uzun süreler çalıştırmak ya ücret haddini düşürmek ya da işgücünün veriminin artırılması veya hepsinin bir arada kullanılması ile olacağı belirtilir. Zamanla hem sermaye birikimi hem de artı değer artan biçimde çoğalacaktır. Fakat bu bir süre sonra işgücünün sömürüldüğü, birim emek-zamanda elde edilen metanın daha da fazlaşması amacıyla, daha fazla yatırımı gerektirecek bir hal alacaktır. Bu noktadan sonra sermayenin organik bileşimi olan teknolojiye yatırım ve işgücünün emeği bileşimi, azalan kâr oranlarını ve en nihayetinde de krizi getirecektir (Kazgan, 1993: 304; Gürak, 2006: 81).

#### 2.10.1.4. Modern Büyüme (Harrod-Domar) Teorisi

- Harrod ve Domar, “yaşadıkları dönemin pratik sorunları ile ilgilenmişlerdir. Özellikle 1929 buhranı, kapitalist ekonomilerde her arzın kendi talebini yaratmadığını ve talep yetersizliği sorununun hükümet politikalarıyla çözülebileceğine işaret etmiştir. Harrod ve Domar'ın açıklamaları da talep yönlü politikaların gerekliliğine ilişkin çözümlerinin teorik kökenini içermektedir. Gerek Harrod gerekse de Domar'a göre bir ekonomide bir kez arz ile talep veya planlanan yatırım ile planlanan tasarruf arasında bir dengesizlik gerçekleştiğinde bu dengesizliğin kendiliğinden dengeye ulaşamayacağı,

tersine dengeden giderek uzaklaşılacağı açıklanmıştır. Bir başka deyişle, iktisadi büyüme sürecinin kararsız olduğunu savunmuşlardır” (Mert, 2017: 140).

Branson ve Kanyılmaz (1995)’a göre de işsizlik artışı ekonomiyi daraltacaktır. Bunun sonucu olarak ekonomideki genel fiyatlar düşüş gösterecektir. Diğer yandan, sermaye stokunun yeterince verimli kullanılamaması, kâr, talep ve yatırımların azalmasına neden olacağından, statik yaklaşımların sermaye stokunun tam kullanımını gerektiren dinamik yaklaşımlarla yer değiştireceğini belirtmektedirler.

Harrod – Domar modeline göre, başlangıçta kapasite noksanı veya talep fazlası varsa, üretici bu oluşacak fazla talep nedeni ile talep beklentisini yükseltir ve yatırım harcamalarını artırır. Talebin bir unsuru olduğundan dolayı yatırım harcamalarının artışı ile, zaten fazla olan talep daha da artar. Yatırımlar kapasiteyi arttırsa da talep artışı daha fazla olur ve ekonomik dengeden giderek uzaklaşılır. Bu durumda ekonominin dengeye ulaşamayacağı veya ulaşsa bile dengenin korunamayacağı bıçak sırtı kavramı ile ifade edilmektedir. Bıçak sırtı, ekonominin dengeyi muhafaza ederek büyümesinin veya dengeye kendiliğinden erişmesinin çok zor olduğuna işaret eden bir mecazdır (Mert, 2017: 144).

#### 2.10.1.5. Neoklasik (Solow) Büyüme Modeli

- **Solow**, 1956’da “Ekonomik büyüme teorilerine bir katkı” isimli bir çalışma yayınlamıştır. Bu çalışması ve literatüre yaptığı katkıları ile Ekonomi Nobel ödülünü 1987’de kazanmıştır. Çalışmaları ve Solow modeli diye isimlendirilen modeli, neden bazı ülkelerin giderek zenginleşirken, bazılarının da giderek yoksullaştığını açıklamada bir kilometre taşı olarak kabul edilmektedir (Jones, 2001: 20).

Solow modeli iki eşitlik üzerine kurulmuştur. Üretim fonksiyonu ve sermaye birikim eşitliği fonksiyonu. Üretim fonksiyonu girdilerin çıktıları üretmek için nasıl bir araya geldiklerini (kombine olduklarını) tanımlar. Solow, girdileri iki kategoriye ayırmaktadır. Sermaye (K) ve işgücü (L). Çıktı için de (Y) kullanılırsa üretim fonksiyonu (2.3) şeklinde yazılabilir (Jones, 2001: 22).

$$Y = f(K, L) = K^{\alpha} L^{1-\alpha} \quad (2.3)$$

Burada  $\alpha$ , 0 ile 1 arasında bir değer alır. Bu denklemden de görüleceği üzere girdi ve çıktıları arasında doğru orantı vardır. Eğer girdiler üç katına çıkarılırsa, çıktı da aynı şekilde üç katına çıkacaktır.

Piyasadaki firmalar, her bir işgücü birimi için ücret öderler ( $w$ ) ve üretimin bir periyodu için kiraladıkları (kullandıkları) sermaye için ödeme yapmaktadırlar ( $r$ ). Sektörde yeterli sayıda firma olduğu varsayılmaktadır. Firmaların kârlarını maximize etmeleri aşağıdaki şekilde fonksiyon halinde yazılabilir (2.4)

$$\max_{K,L} f(K,L) - rK - wL \quad (2.4)$$

Solow modelinin ikinci anahtar eşitliği, sermayenin nasıl biriktiğini tanımlamasıdır. Bu eşitlik, denklem 2.5 gibi belirtilebilir.

$$\Delta K = sY - dK \quad (2.5)$$

Stok sermayedeki değişim  $\Delta K$ , brüt yatırım tutarı  $sY$ , üretim sürecinde meydana gelen değer dūşüklüęü  $dK$  ile ifade edilmektedir. Solow'un büyüme modelinde eşitlik 2.3 çıktının nasıl işgücü ve sermaye ile üretildiğini, eşitlik 2.5 ise sermayenin zaman geçtikçe nasıl biriktiğini göstermektedir. Solow modeline göre ekonomik büyüme belirli bir zaman kadar devam eder, fakat bir noktadan sonra büyümenin yavaşlayacağını ve en nihayetinde durma noktasına geleceğini savunur (Jones, 2001: 35). Model durağanlaştığında, ekonomik büyümeyi belirleyecek temel faktör nüfus artış hızı ve teknoloji olacaktır. Bu modelde tasarruf oranı ile durağanlaşan sermaye-işgücü ve kişi başına gelir değerleri doğru orantılı olarak hareket eder (Kar ve Taban, 2003: 148).

Solow modeli ülkelerdeki farklı ekonomik büyüme seviyelerini şu şekilde açıklamaktadır: Daha çok yatırım yaparken, diğer ülkelere göre daha düşük bir nüfus artış hızına sahip ülkeler giderek daha da zenginleşmektedir. Çünkü zamanla her işçi için daha fazla sermaye ayırmaya olanak tanımakta ve bunun sonucu olarak da işgücü üretkenliğinin artması ekonomik büyümeyi sağlamakta diye açıklanmaktadır (Jones, 2001: 35-43).

- **Diğer Neo-Klasikçiler**

Neo-klasik iktisat teorilerinin bugünkü iktisat biliminin oluşmasında önemli bir yeri olduğu kabul edilir (Küçükkalay, 2011: 251). 1950’ler ve 1960’larda ilk neoklasik büyüme teorileri ortaya atılmış, teknoloji ile işgücünün üretkenliğinin artacağı, ancak kullanılmayan kapasiteden dolayı istenen büyümenin elde edilememesi gibi problemler ortaya çıktığı belirtilmektedir. Devletin ekonomiye müdahalesinin bir istikrar ihlalleri faktörü olduğu düşünülmüştür. Bu okulun temsilcileri Leon Walras (1834-1910), William Stanley Jevons (1835-1882), Carl Menger (1840-1921), Alfred Marshall (1842-1924), John Bates Clark (1847-1938), Friedrich von Wieser (1851-1926), Irving Fisher (1867-1947) olarak belirtilebilir (Öner, 2018: 55).

Neo-klasik iktisatçılar, her ne kadar kendi aralarında birtakım düşünsel farklılıklar gösterseler de izledikleri yöntem ve sahip oldukları temel ilkeler bakımından ortak inançlara sahiptirler. İsimlerinden de anlaşılacağı gibi, onlar “klasik iktisadın rasyonel birey, mikro analiz veya rekabet gibi kavramlarını kullanarak, yolunda gitmeyen klasik iktisadın yeniden toparlanıp bir bilim kimliği kazanmasına yardımcı olmuşlardır” (Küçükkalay, 2011: 254).

#### 2.10.1.6. İçsel Büyüme Teorileri

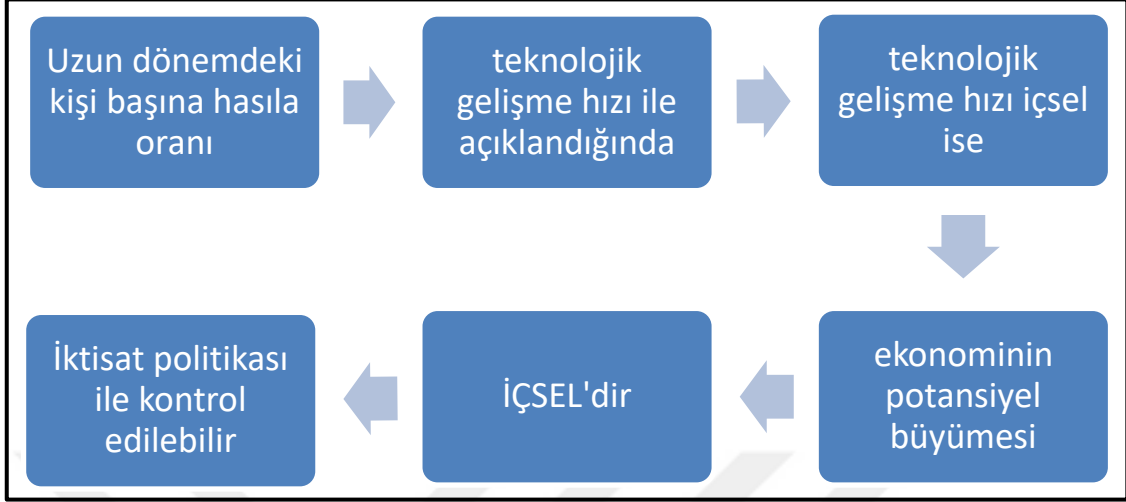
Robert E. Lucas, Paul M. Romer ve Robert Barro’nun katkılarıyla neo-klasik büyüme modellerinden sonra yeni büyüme modelleri geliştirilmiştir. Teknolojik gelişmenin içsel bir faktör olarak görüldüğü içsel büyüme modelleri, teknolojik gelişme hızının nasıl yükseltilebileceğini açıklamaya çalışan modellerdir (Taban, 2010: 37; Mert, 2017: 170).

- **Romer**, uzun dönem büyümesinin ve teknolojik gelişme hızının, artan verimlere dayanan araştırma sektörünün tasarım olarak ölçülen marjinal ürününün artırılması sonucunda yükseltilebileceğini savunmuştur (Mert, 2017: 170). Güvel (2011)’in belirttiği üzere, Romer modelinde büyümenin sürükleyici gücü; saf bilgi birikimidir. Ülkeler arasındaki büyüme ve gelir farklılıklarının açıklanabilmesi, zaman içindeki bilgi stokunun belirleyicilerini, bazı ülkelerdeki firmaların bilgi edinmeye diğerlerinden daha çok harcama yapmalarını belirleyen faktörler ile bilginin yoksul ülkelere anında aktarılabilmesini sınırlandıran faktörlerin açıklanmasına bağlı tutmuştur. Yeni teknolojik gelişmelerin içsel olduğunu ve modelin sınırları içerisinde açıklanabileceğini

öngörmektedir. Uzun dönemde teknolojik gelişme hızı ne kadar yüksekse, saf bilgi birikim hızı da o kadar yüksek olacak, bu da ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkileyecektir.

- **Lucas**, bir ekonomide sermayenin sadece fiziksel sermaye stoğundan ibaret olmadığını, beşerî sermayeyi de içerdiğini öngörmekte ve öğrenmenin becerili işgücü oranını artıracığı, yani işçinin üretim dışında eğitime zaman ayırması durumunda, ayırmadığı duruma kıyasla ölçüğe göre artan getiri olacağını ve uzun dönemde büyüme hızının yükseleceğini izah etmiştir. Beşerî sermaye stokuna ayrılacak kaynakların ülkeler arası gelir ve yaşam standardı farklılıklarını açıklayabilme potansiyeline sahip olduğunu savunmaktadır (Güvel, 2011: 105; Mert, 2017: 170).

- **Barro**, özel sektör ve kamu sektörü arasında bir iş bölümü ve kamu politikası olduğunu savunur. Barro'ya göre devlet, özel sektörün verimliliğini artıracak görevleri üstlenip ve bu görevleri uygulamalıdır (Taban, 2008: 107). Gürak'a (2006) göre; Barro yaptığı analizler sonucu şu sonuçlara ulaşmıştır: Kamu politikaları, kapalı ekonomilerde ortalama büyüme hızı üzerinde nicel açıdan büyük etki yapabilir. Vergilerin etkileri, önemli oranda yeni beşerî sermaye için gerekli üretim teknolojisinin yönüne bağlıdır. Ancak bu konu ile ilgili enformasyon yetersizdir. Bu durum beşerî sermaye malının aslında birçok farklı faaliyetten oluştuğunu gösterir ve onun temel içeriği hakkında yeterince bilgiye sahip olamayacağımızı savunur. Uzun dönemde, kamu politikalarının büyüme hızını etkileme potansiyeli olduğunu ve genellikle refah ile ilgili kamu politikalarının nicel etkisinin, büyümenin dışsal teknolojik yeniliklerle gerçekleştiği Neo-klasik modellere kıyasla çok daha fazla olduğunu savunmaktadır. İçsel büyüme teorileri Tablo 2-4 gibi özetlenebilir.

**Tablo 2-4: İçsel Büyüme Teorilerinin Özeti**

**Kaynak:** Mert, M. (2017). *Kalkınma ve Büyüme İktisadı*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Sonuç olarak, ekonomistlerin, hangi ekonomik ekolden olursa olsun üzerinde uzlaştıkları konu, II. Dünya Savaşından sonra ülkelerde, devletin ekonomik hayatta daha fazla yer aldığı ve uygulanan politikalar ile özel sektör için düzenleyici rolünün giderek arttığı yönündedir (Landau, 1986: 35). Ekonomik büyüme modellerinden sonra ekonomik büyümenin belirleyicilerine bakmak faydalı olacaktır.

### 2.10.2. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri

Bir ekonominin uzun dönemde büyümesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar içerisinde doğal kaynaklar, nüfus artışı ve işgücü, fiziksel sermaye, teknoloji ve beşerî sermaye büyümenin temel kaynakları olarak sayılabilir. Bunun yanında ülkedeki kurumsal yapı, hükümet, girişimcilik, coğrafya, kültür ve sosyal yapı gibi etkenler de ekonomik büyümede etken olarak görülmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018: 77).

#### 2.10.2.1. Doğal Kaynaklar

Kaynak (resource), üretim-fayda yaratma faaliyetinde kullanılan tüm unsurlara denir. Doğal kaynaklar, üretim faktörleri içerisinde sayılan, toprağın hem altında hem de üstünde bulunan, arazi, maden, su, petrol, doğal gaz rezervleri, ormanlar, denizler, göller vb. gibi tüm doğal kaynakları kapsamaktadır. Bir doğal varlığın kaynak olarak nitelendirilebilmesi için, o doğal kaynağın mal veya hizmet üretiminde kullanılması gerekir, bu ise bilgi gerektirir (Ünsal, 2014: 8-9).

Tüketilen mal ve hizmetleri düşünül­düğü zaman doğal kaynaklar olmadan bu mal ve hizmetlerin üretiminin mümkün olmadığı görülür. Bütün mal ve hizmetlerin kaynağı nedir ve verilebilmeleri neye bağlıdır diye bakıldığı zaman bunların doğal kaynaklar olduğu anlaşılır. Doğal kaynaklar kısaca, insanın üretim esnasında doğada hazır bulduğu ve üretime koştuğu tüm yararlı unsurlar diye tanımlanabilir (Çelik, 2006: 18).

Mal ve hizmet üretimi, işgücü ve sermaye yanına doğal kaynakların da getirilmesini gerektirebilir. Bir ülkenin doğal kaynaklar açısından zengin olması ekonomik büyümeyi olumlu etkileyebilir. Fakat tek başına doğal kaynaklar büyümeyi gerçekleştiremez. Nitekim, Arjantin ve Brezilya gibi doğal kaynak bakımından zengin olan bazı gelişmekte olan ülkeler, bu kaynakların mal ve hizmete dönüştürülmesi konusunda çok başarılı olamamışlardır (Alkin ve ark., 2008: 465).

#### **2.10.2.2. Nüfus Artışı ve İşgücü**

Bir ülkenin ekonomik büyümesi o ülkenin işgücü kalitesi ve işgücü miktarına bağlı olarak belirlenir. Çalışabilir yaştaki nüfusun büyüklüğü işgücü arzını etkiler. Nüfus, nitelik ve nicelik bakımından ekonomi üzerinde dönüştürücü etkilere sahip olduğu gibi, ekonomideki dönüşümler de nüfusun yapısını etkilemektedir. Çünkü nüfus hem tüketim, üretim ve bölüşüm süreçlerinin tamamında yer alan hem de bu işlemlerin sonucundan etkilenen bir unsurdur (Taban ve ark., 2013: 29).

Nüfus artışı işgücü artışını da getirir, emeğin marjinal verimliliği, ortalama verimlilikten daha hızlı bir oranda artırdığı sürece (azalan verimler kanunu işleyinceye kadar) ekonomik büyümeye pozitif katkı sağlayacaktır (Taban ve ark., 2013: 29). Fakat, azalan verimler kanunu işlemeye başladıktan sonra meydana gelecek olan işgücü artışı, üretimde artış sağlamayacak ve ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyecektir. Anlaşılacağı gibi, ekonomik büyüme sadece nüfus ve işgücü artışına bağlı değildir. Eğer böyle olmuş olsaydı doğurganlık oranı yüksek az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkelerden çok daha hızlı bir büyümeye sahip olurlardı. Dolayısıyla, nüfus ve işgücünün artışı da diğer faktörler gibi tek başına büyümenin belirleyicisi olmayıp sadece büyümeyi etkileyen faktörlerden biridir (Ağır ve Tıraş, 2018: 78).

### 2.10.2.3. Fiziksel Sermaye

Fiziki sermaye, “mal ve hizmet üretiminde kullanılan üretilmiş kaynaklar stoku ya da, mal ve hizmet üretimini kolaylaştıran, toplumun biriktirdiği aktif varlıklar olarak tanımlanabilir” (Özsağır, 2008: 11). Ekonomik büyüme fiziksel sermayeye ihtiyaç duyar (Kar ve Ağır, 2006: 52).

Üretimde kullanılacak sermayenin birikimi, mevcut gelirin bir kısmının gelecekte yapılacak üretim ve elde edilecek geliri artırmak amacıyla yatırıma dönüştürülmesiyle gerçekleştirilmektedir. Mal ve hizmetlerin üretimi, sermaye ve işgücünün bir araya getirilmesini gerekli kılmaktadır. Bir ülkede çok sayıda işgücüne karşılık, yetersiz miktarda sermaye varsa veya sermaye birikimi yetersiz ise işgücünün üretken olmasını beklemek gerçekçi olmayacaktır (Alkin ve ark., 2008: 462). Sermaye de büyümeyi hedefleyen bir ülkenin en önemli kaynaklarından birisini oluşturmaktadır. Fiziksel sermayenin artışı, tasarrufların artmasına, dolayısı ile ödünç verilebilecek fon miktarının artmasına ve yatırımların artmasına yol açacak, yatırımlar da ekonomik büyümeyi getirecektir (Ağır ve Tıraş, 2018: 102).

### 2.10.2.4. Teknoloji

Ekonomik büyümeyi belirleyen temel faktörlerden birisi de teknolojidir. Teknoloji, bir mal veya hizmet üretimi için gereken bilgi, teknik ve organizasyonun tümü anlamına gelir (Taban ve ark., 2013: 31). “Teknoloji düzeyi; en geniş anlamıyla üretim süreci, ürünün kendisi, üretim ve yönetim organizasyonu, pazarlama ve satış sonrası servis ile ilgili bilgi ve deneyimlerin toplamı veya stoku olarak tanımlanabilir.” Teknoloji stoğundaki artış, diğer bir deyişle teknolojik gelişme, ekonomik bakımdan anlamlı olabilmesi ancak, bir firmada kâr veya zarar etmeyi göze alacak biçimde, bir yenilik olarak uygulanmaya koyulması ile gerçekleşir (Kibritçioğlu, 1998: 5).

Romer, ekonomik büyümenin kaynağını kârlarını en üst düzeye çıkarmak isteyen yatırımcıların meydana getirdikleri teknolojik gelişmelere bağlar (Romer, 1990: 1). Teknolojik değişimlerin ülkelerdeki bilimsel çalışmalarla doğrudan ilişkili olduğu belirtilir. Çünkü nüfusun eğitim düzeyinin yüksek olması, teknolojik yenilik oluşturma potansiyelini artıracaktır. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre daha iyi eğitilmiş bir nüfusa sahip olduklarından, teknolojik yeniliklerin oluşturulmasında ve

geliştirilmesinde gelişmekte olan ülkelere göre bir üstünlüğe sahiptirler (Alkin ve ark., 2008: 463).

Teknolojik gelişmeler ekonomik büyümenin gerçekleştirilmesinde etkili bir rol oynamaktadır. Firmaların AR-GE çalışmalarıyla ortaya çıkan teknolojik gelişmeler firmaların rekabet gücünü artırıp pazar paylarının büyümesini ve kârlılıklarının da artmasını sağlar. Ülke genelindeki firmalarda gerçekleşecek bu durum beraberinde ekonomik büyümeyi getirecektir (Korkmaz, 2010: 2).

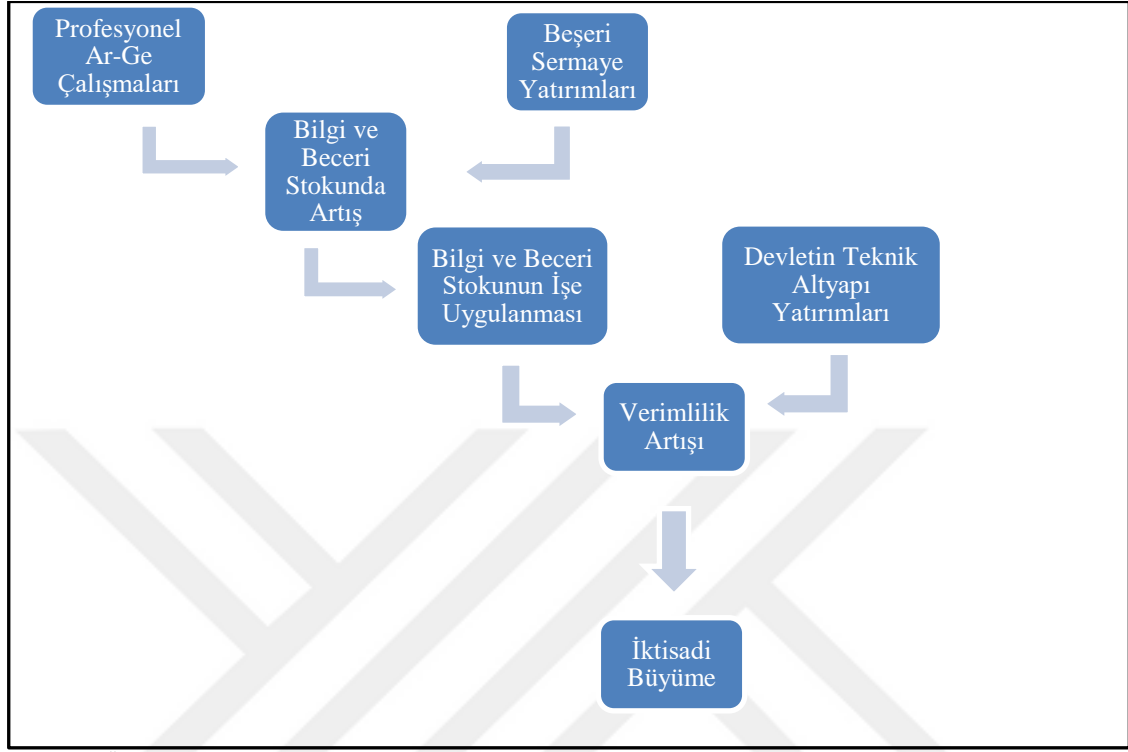
#### **2.10.2.5. Beşerî sermaye**

Beşeri sermaye “bir toplumun gerek zihinsel çalışmalarında gerekse de kas gücü ile olan çalışmalarında sahip olduğu bilgi ve beceri bütünü olarak tanımlanabilir” (Yıldırım, 2000: 670). Bir diğer ifade ile beşerî sermayeye emek de denilebilir. Çünkü emek, üretim faktörlerini, bilgi ve becerilerini kullanarak bir çıktı haline dönüştüren bir faktördür. Bu yüzden iktisatçılar tarafından üretime katılan her türlü emeğe beşerî sermaye denir (Özsağır, 2007: 45).

Schultz (1961)’a göre ekonomik büyüme teorisi şuna işaret eder; kişi başına düşen gelir beşeri sermaye stoğunun bir fonksiyonudur ve sağlığın beşeri sermaye stokunun önemli bir unsuru olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Schultz ekonomik büyümenin işçilerin iş bulmak ve iş değiştirmek için daha fazla iç göç gerektirdiğini de vurgulamaktadır. Genç kadın ve erkeklerin, yaşlı işçilere göre, bu göç hareketini gerçekleştirmek için çok daha hazır bulduklarını belirtir.

Şekil 2-6’da görüleceği üzere büyüme sürecinin temelini AR-GE çalışmaları ve beşeri sermaye yatırımları oluşturmaktadır (Özsağır, 2008: 10). AR-GE uzun dönem için verimliliğin ve refahın bir belirleyicisi olarak kabul edilir (Jones ve Williams, 2000: 1). Beşerî sermayenin ise ülkenin ekonomik gelişmişliğinin ve rekabet gücünün değerlendirilmesinde kilit rol oynadığı savunulur (Korkmaz, 2010: 2). AR-GE ve beşerî sermaye, ülkede bilgi stoğu oluşturmaktadır. Bilgi stoğu ile edinilen becerilerin işlere uygulanması, bunun yanında devletin teknik alt yapı yatırımlarının da katkısıyla verimlilik artışı sağlanmış olur. İşgücü ve iş yapış süreçlerindeki bu verimlilik artışı ekonomik büyümeyi getirmektedir (Özsağır, 2008: 10).

**Şekil 2-6: Beşerî Sermayenin İktisadi Büyüme Etkisi**



**Kaynak:** Özsağır, A. (2008). Dünden bugüne büyümenin dinamiği. *KMU İİBF Dergisi*.

Sonuç olarak yenilikler, teknolojik ilerleme ve ekonomik büyümenin önündeki engelleri kaldırmaktadır. Buna ek olarak eğitimin, emeğin verimliliğini artırması ve beşeri sermaye birikimi yaratmasıyla, girişimlerin teknolojideki değişimi yakalama hızını ve araştırma verimliliklerini artıran bir taşma etkisi (spill over effect) yaratacağı da belirtilmektedir (Sari ve Soytas, 2006: 181). Ekonomik büyümenin belirleyicileri konusundan sonra sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki konusu ele alınıp daha sonra sağlık sektöründe ekonomik değerlendirme yöntemleri ve önceliklerin belirlenmesi konusu ele alınmış ve sonrasında ekonometrik çalışma aşamasına geçilmiştir.

### 2.11. Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki

Ekonomik büyümenin belirleyicileri arasında sayılan doğal kaynaklar, nüfus artışı ve işgücü, fiziksel sermaye ve teknoloji nihayetinde beşeri sermaye ve sağlık unsuruna bağlıdır. Çünkü ne doğal kaynaklar ne nüfus artışı ne de fiziksel sermayenin oluşu bir ülkede tek başına ekonomik büyümeyi getiremeyecektir. Dünyada bu faktörlere sahip fakat bunları nitelikli mal ve hizmetlere dönüştürme konusunda

başarısız durumda olan dolayısı ile ekonomik büyüme anlamında gelişmemiş ülkeler mevcuttur (Alkin ve ark., 2008: 465).

Bloom ve arkadaşları (2001), sağlığın ekonomik büyüme üzerine etkisini teori ve kanıtları ile araştırdıkları çalışmalarında; makroekonomistlerin beşeri sermayenin ekonomik büyümede etkili olduğunu kabul ettikleri fakat beşeri sermaye unsuruna sadece eğitim açısından bakıldığını belirtmektedirler. Temel argümanları, dar bir bakış açısı ile beşeri sermayenin sadece eğitim ile tanımlanmasının, sağlığı ve sağlığın insan sermayesinin hayati bir yönü ve dolayısıyla ekonomik büyümenin güçlü bir unsurunu olduğunun gözardı edilmesi anlamına geldiğidir. Bu yüzden eğitime ek olarak iş deneyimi ve sağlık unsurlarının da hesaba katılarak ekonomik büyüme üretim fonksiyonunun genişletilmesini önermişlerdir.

Eğitim unsuru yanında iş deneyimi ve sağlık unsurlarını da ekleyip ekonomik büyümeye etkisini araştırdıkları çalışmalarında Bloom ve ark. (2001), iyi sağlığın toplam çıktı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve ölçülebilir bir etkisinin olduğunu belirtmektedirler. Bir nüfusun ortalama yaşam süresindeki bir yıllık iyileşmenin üretimde yüzde 4'lük bir atışa katkıda bulunduğunu hesaplamışlardır. Ortalama iş deneyimlerinde ülkeler arasındaki farklılıkların çok az olduğunu ve sadece ekonomik büyümelerdeki küçük farklılıkların iş deneyimi ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Son olarak, ortalama eğitimin ulusal çıktı üzerindeki etkilerinin, bireysel eğitimin kazançlar üzerindeki etkileri ile tutarlı olduğunu ve eğitimin fark edilebilir bir dışallık yaratmadığını belirtmişlerdir (Bloom ve ark., 2011: 21).

Barro (1996) sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini araştırdığı çalışmasında, yine içsel büyüme teroilerinin büyümede sadece eğitim unsurunu ele aldıkları fakat sağlık unsurunu gözardı ettiklerinden bahseder. Bu yüzden büyüme için yeni bir model önerisi sunarak, sağlık unsurunu da denklemin içine ekler. Denklemi aşağıdaki şekilde kurar (Denklem 2.6):

$$Y = A.K^{\alpha}S^{\beta}H^{\gamma}(Le^{xt})^{1-\alpha-\beta-\gamma} \quad (2.6)$$

Denklem 2.6'ya göre  $Y$  çıktı,  $K$  fiziksel sermaye girdileri,  $S$  işgücünün eğitim düzeyi,  $H$  işgücünün sağlık düzeyi,  $L$  çalışma saatleri miktarını göstermektedir.  $A > 0$  katsayısı ise dışsal temel teknoloji seviyesini gösterir.  $\alpha > 0$ ,  $\beta > 0$ ,  $\gamma > 0$  ve

$0 < \alpha + \beta + \gamma < 1$  varsayımları altında, 4 faktörün sabit getiri, her bir faktörün ise ayrı ayrı azalan getiri kanununa uyduğu varsayılmaktadır.  $x \geq 0$  dışsal teknolojik ilerlemenin birim emek üzerindeki etkisini gösterir. İşgücü girdisi,  $L$ , nüfusun toplamına eşit varsayılmıştır, böylece nüfus içerisindeki çalışan oranı değişkenliklerinden etkilenilmemiş olunur. Denklem temel fikri, çıktının sadece fiziksel sermaye, işgücünün eğitim düzeyi ve çalışma saatlerine değil; aynı zamanda işgücünün sağlık düzeyine de bağlı olduğudur (Barro, 1996: 1-25).

Ay ve arkadaşları (2003) içsel büyüme teorilerinde beşeri sermayenin ekonomik büyümenin önemli bir faktörü olarak değerlendirildiğini, beşeri sermaye düzeyini artırmanın ise ve eğitim alanındaki gelişmelerin yanında sağlık alanındaki gelişmelere de bağlı olduğunu belirtmektedirler. Spence ve Levis (2009) bireysel olarak sağlıklı insanların diğerlerinden daha zengin olmalarının nedenlerini daha fazla, daha uzun ve daha tutarlı çalışabilmelerine bağlar. Aksine engelli veya hasta olan bireylerin daha az çalışabileceği ve hane halkına ekonomik yük getireceğini belirtmişlerdir. Makroekonomik açıdan bakıldığında ise ülkelerin ekonomik büyümelerinin, sağlık düzeylerini iyileştirdiği bilinmektedir, bunun tersinin de geçerli olup olmadığı çeşitli araştırmalara konu olmuş ve sağlığın da ekonomik büyümeyi teşvik ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılı Makroekonomi ve Sağlık Komitesi, ülkelere ekonomik büyümeyi teşvik etmek için sağlık harcamalarını artırmalarını tavsiye etmiş, böylece sağlık statüsünün artarak kişi başına düşen geliri de yükselteceğini belirtmiştir.

Bireysel sağlığın ve toplumsal sağlığın ekonomik büyümeye etkisinin yanında bunun başarısını etkileyen bir faktör de, ülkelerin sağlığa ayrılacak sınırlı kaynakların hangi hizmetlerin sunumu için aktarılacağı konusudur. Burada da bu kararların verilmesi için, çeşitli ekonomik değerlendirme tekniklerinden elde edilen çıktıların karşılaştırılması yolundan faydalanılmaktadır. İlerleyen bölümde konu ile ilgili olarak sağlıkta ekonomik değerlendirme ve önceliklerin belirlenmesi konusuna değinilmiştir.

## **2.12. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme ve Önceliklerin Belirlenmesi**

Sağlık hizmetleri sunumunda sermaye, teknoloji ve insangücü gibi kaynaklar diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sınırlıdır. Bu durumda mevcut kaynakların etkin

kullanılıp kullanılmadığı, bu kaynakların öncelikli olarak hangi sağlık programlarının uygulanmasına ayrılacağı ve/veya sağlık hizmet üretim ve sunumunda hangi teknolojilerin seçileceği gibi üzerinde düşünülmesi gereken sorunları ortaya çıkarmıştır. Bütün ülkelerin nihai hedeflerinde birey ve toplumlarının yaşam sürelerinin uzatılması ve yaşam kalitelerinin artırılması olduğu görülür. Burada önemli olan önceliklerin belirlenmesi noktasında alınacak kararların somut verilerle desteklenmiş, tutarlı ve şeffaf bir biçimde alınmasıdır. Bu da yapılacak seçimlerde ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımını giderek daha önemli bir hale getirmektedir (Çalışkan, 2009: 314).

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme aşağıdaki konulara cevap aramaktadır (Çelik, 2016: 271):

- Bir sağlık hizmetini sunma veya belirli bir tedavi yöntemi uygulamanın maliyeti,
- Verilen hizmet ya da tedavi sonucu doğan yararların neler olacağıın tespiti,
- Bu sağlık hizmeti ya da programının aynı kaynakları kullanarak yapılabilecek diğer faaliyetler ile karşılaştırıldığında yapmaya değer olup olmadığı,
- Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların başka bir şekilde kullanılması yerine bu şekilde kullanılmasından memnuniyet duyulup duyulmadığı konularıdır.

Ekonomik değerlendirme alternatif eylem tarzlarının karşılaştırmalı analizini içerir. Ekonomik değerlendirme genellikle rakip alternatifler arasındaki seçim olarak formüle edilir. Sağlık alanında bazen alternatif programın bir tedavi olması bile gerekmez, bir tedavinin alternatifi hiçbir şey yapmamak da olabilmektedir. Tedaviyi uygulamanın maliyeti ve sonuçları ile hiç müdahale etmemenin maliyet ve sonuçları karşılaştırılabilmektedir (Drummond ve ark., 2015: 4).

Sağlık alanında ekonomik değerlendirmenin rasyonel karar alma sürecinde gerekli olduğu kabul edilir. Fakat burada çözülmesi gereken en önemli problem alternatiflerin karşılaştırmayı olanaklı kılacak şekilde belirlenmesidir. Çünkü, bir sağlık programının sadece çıktıları, ya da sadece maliyetleri göz önüne alınarak, herhangi bir alternatifi ile karşılaştırılmadan yapılan karar alma süreci rasyonellikten uzak bir karar alma süreci olacaktır (Çalışkan, 2009: 315).

Drummond ve arkadaşlarının belirttiği üzere ve Tablo 2-5'te de görüleceği gibi, projelerin değerlendirilmesi aşamasında sorulacak iki temel sorudan ilki; iki ya da daha fazla alternatifin karşılaştırılıp karşılaştırılmadığıdır, diğer soru da; alternatiflerin hem sonuçları hem de maliyetlerinin incelenip incelenmediğidir. Bu iki sorunun oluşturacağı matriste verilecek yanıtlara göre çeşitli durumlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, tabloda gösterilen 1a, 1b ve 2 alanları tekil değerlendirmeleri belirtir, yani proje alternatifleri ile değerlendirilmemiştir. Bu değerlendirmeler ya yalnızca sonuçların ya yalnızca maliyetlerin ya da ikisinin birden incelendiği durumlarda olabilmektedir. Fakat alternatif projelerle karşılaştırma yapılmadığından tam bir değerlendirme sunmamaktadırlar.

Projelerin tam etkinliklerin ölçülebilmesi ancak 4 nolu bölgede gösterilen koşulların sağlandığı değerlendirmelerdir. Yani proje hem iki ya da daha fazla alternatifi ile karşılaştırılmalı, hem de bu karşılaştırma maliyetler ve sonuçların da incelenmesini içermelidir (Drummond ve ark., 2015: 12).

**Tablo 2-5: Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri**

İki ya da daha fazla alternatif karşılaştırıldı mı?	Alternatiflerin hem sonuçları hem de maliyetleri incelendi mi?			
	Hayır	Hayır		Evet
		Yalnızca Sonuçlar	Yalnızca Maliyetler	
	<b>1a</b> Sonuç Tanımlama	<b>1b</b> Maliyet Tanımlama	<b>2 Kısmi Değerlendirme</b> Maliyet-Sonuç Tanımlama	
	<b>3a</b> Tıbbi Etkililik veya Etkililik Değerlendirmesi	<b>3b</b> Maliyet Analizleri	<b>4 Tam Ekonomik Değerlendirme</b> Maliyet-Etkililik Analizi Maliyet-Fayda Analizi Maliyet-Yarar Analizi	

**Kaynak:** Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., ve Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (Fourth edition) Oxford: Oxford University Press.'den uyarlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme için ilgili faaliyetlerin hedeflenen sağlık çıktısı ile katlanılan maliyetlerinin bir arada değerlendirilmesi gerekir. Bu hedefle dört ana ekonomik değerlendirme yöntemi geliştirilmiştir. Bunlar maliyet-fayda analizi, maliyet-minimizasyon, maliyet-etkililik ve maliyet-değer analizleridir. (Çalışkan, 2009: 319).

### **2.12.1. Maliyet – Fayda Analizi:**

Bu analiz yönteminde tedavi alternatiflerinin hem yararları hem de maliyetleri parasal birimlere çevrilip, karşılaştırmalarda bu parasal birimler kullanılmaktadır. Seçilen aksiyonun toplam faydası, tekil faydaların toplamı, maliyetler ise fırsat maliyetlerin toplamıdır. Maliyet-fayda analizinde çıktılar para birimi ile ifade edildiğinden diğer yöntemlere nazaran kullanım alanı daha geniştir (Hauck ve ark. 2004: 7).

Kullanım alanı diğer yöntemlere göre geniş olmasına rağmen, bu yöntemde özellikle sağlık sektöründe karşılaşılan en büyük problem, programın sağlayacağı faydaların parasal olarak ifadesi olmaktadır. Sağlık sektöründe maliyet-fayda analizi uygulanacak tedavinin maliyeti ve elde edilecek çıktının parasal birimlerle ifadesinin ve tedavinin katlanılan maliyetlere değip değmeyeceğinin incelenmesidir. Burada temel amaç faydaların veya ulaşılan sonuçların alternatif program ve yöntemlere (fırsat maliyeti) göre değerlendirilmesidir. Eğer fayda maliyetten yüksek ise amaç gerçekleştirilmeye değerdir (Çelik, 2016: 276).

### **2.12.2. Maliyet Minimizasyon Yöntemi:**

Maliyet minimizasyon yönteminin diğer yöntemlerden farkı bu yöntemin aynı sonucu veren sağlık hizmetleri için kullanılabilmesidir. Maliyet-fayda ya da maliyet-etkinlik analizlerinde böyle bir kısıtlama yoktur. Maliyet minimizasyon metodu sağlık dışında da yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Belirli bir amacın gerçekleştirilmesi için maliyeti en düşük olan yol tercih edilmektedir. Örneğin belirli düzeyde bir ilacın ülkenin değişik yörelerine gönderilmesi sırasında maliyeti en düşük yöntemin tercih edilmesi gibi (Mutlu ve Işık, 2012: 165).

Maliyet minimizasyon yöntemi iki ya da daha fazla müdahaleye aynı derecede ulaşılabilen ilgili çıktıları gösteren epidemiyolojik bulguların öncelikli olduğu bir analiz yöntemidir. Etkililiği eş olması şartı ile aynı sonucu veren alternatiflerden en ucuzunun seçilmesidir (Çelik, 2016: 279).

Maliyet minimizasyon yönteminin sağlık hizmetlerine uygulanması ile ilgili şöyle bir örnek verilebilir. Örneğin belirli bir hastalığın tedavisi için önerilen üç yöntem olsun ve bu üç yöntemle aynı sonuç elde edilsin:

- ✓ Aşı ile tedavi,
- ✓ Serumla tedavi,
- ✓ Yatarak tedavi gibi.

Bu üç yöntemin de aynı sonucu veriyor olması halinde en ucuz olan ile tedavi yöntemi tercih edilmelidir. Çünkü diğer yöntemlerde yatak ve hasta bakıcı maliyetleri söz konusudur. Ancak mesela aşı ile bu maliyetler minimize edilebilmektedir. Bu yöntemin önündeki en büyük sınırlama yöntemlerin hepsinin de aynı sonucu sağlaması gereğidir (Mutlu ve Işık, 2012: 165).

### **2.12.3. Maliyet-Etkililik Analizi:**

Maliyet etkililik/maliyet fayda analizleri tıbbi müdahalelerin fayda ve maliyetlerini karşılaştırmaya yarayan formel metodlardır. İkisi arasındaki tek fark maliyet-etkililik analizinin kullandığı ölçekler; klinik çıktılarının etkililiği, örneğin ölüm oranları, tedavinin hasta yaşamına ekleyeceği extra yıllar, kaliteye uyarlanmış yaşam yılları gibi ölçeklerdir. Fakat maliyet-fayda analizi bu çıktıları, bu ölçekleri parasal bir değere çevirip öyle kullanmaktadır (Sloan, 1996: 3-4). Dolayısı ile bu modelin maliyet fayda analizine göre en önemli avantajlarından birisi parasal olarak ifade edilemeyen işlemlere uygulanabiliyor olmasıdır. Bu yüzden maliyet-etkililik analizinin alternatif tedavilerin seçiminde, değerlendirilmesinde daha ılımlı bir yaklaşım olduğu ileri sürülmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 155).

Drummond ve ark. (2005) bu yöntemde çıktıların doğal birimlerle ölçüldüğünü belirtmektedirler. Mesela, bir hastalığa uygulanan tedavinin etkililik ölçütü için o hastalığa bağlı olarak önceden kişinin yaşadığı rahatsızlık ve şikayetlerin artık olmadığı gün sayısı alınabilir. Fakat burada karşılaşılabilecek bir sorunun da tam uygun çıktı ölçütü olarak neyin alınacağıdır. Bu problem için; hastalık tedavi edilirken ara çıktıların da hesaba katılıp ölçülmesi ve tedavi sonunda da nihai çıktıların değerlendirilmesi gerektiğini çözüm olarak sunmaktadırlar. Mesela tedavi sürerken önlenen komplikasyonlar, rahatsızlık ve şikayetlerin olmadığı gün adedine bağlı olarak elde edilen sonuçlar, ara çıktılar olarak değerlendirilebilir. Toplumda bu hastalıktan kurtarılan kişi sayısı, kazanılan yaşam yılları, önlenen ölümler de nihai çıktılar olarak değerlendirilebilir. Bu yöntemin kullanımı için belirtilen avantajlar şunlardır:

- Tedavinin çıktılarını doğal birimler ile ölçmek. Örneğin, kurtarılan yaşam yılları veya bir hastalık için azaltılan kan basıncı gibi.
- Verilen tedavilerden memnuniyet ölçüsü olarak adlandırılan fayda ölçütleri. Örneğin, kaliteye ayarlanmış yaşam yılları.
- Hasta bazlı değerler. Maliyet etkinliği yönteminin kullanılmasının ana çekiciliğinden biri, sadece hastanın tedavi ile elde ettiği faydaları değil, kısıtlı kaynakların dağıtımı için iyi bir veri sağlıyor olmasıdır (Lockett, 1997: 56).

Tedavi alternatifleri arasında karşılaştırma yapabilmek için maliyet-etkililik oranı (cost-effectiveness ratio) kullanılmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken bir nokta maliyet-etkililik oranları hesaplanmaya çalışılan alternatiflerin birbirinden etkilenip etkilenmediği, ya da birbirini dışlayıp dışlamadıklarını belirlemektir. Birbirinden bağımsız tedavilerde uygulanacak programın maliyetleri ve sonuçlarının diğer tedavi yöntemini etkilemediği kabul edilir. Birbirini dışlayan tedavilerde ise hem programın maliyeti hem de çıktılarının diğer alternatif tedavileri etkilediği kabul edilir (Çalışkan, 2009: 325).

Garber (1999)'a göre bağımsız sağlık programları için maliyet etkililik oranı:

$$\text{Maliyet etkililik oranı} = \frac{\text{Bir sağlık programının ya da müdahalesinin maliyeti}}{\text{Program ya da müdahalenin sonucu}} \quad (2.7)$$

Birbirini dışlayan (mutually exclusive) sağlık programlarının olduğu durumlarda kullanılan oran ise marjinal maliyet-etkililik oranıdır (MMEO). Bu oran:

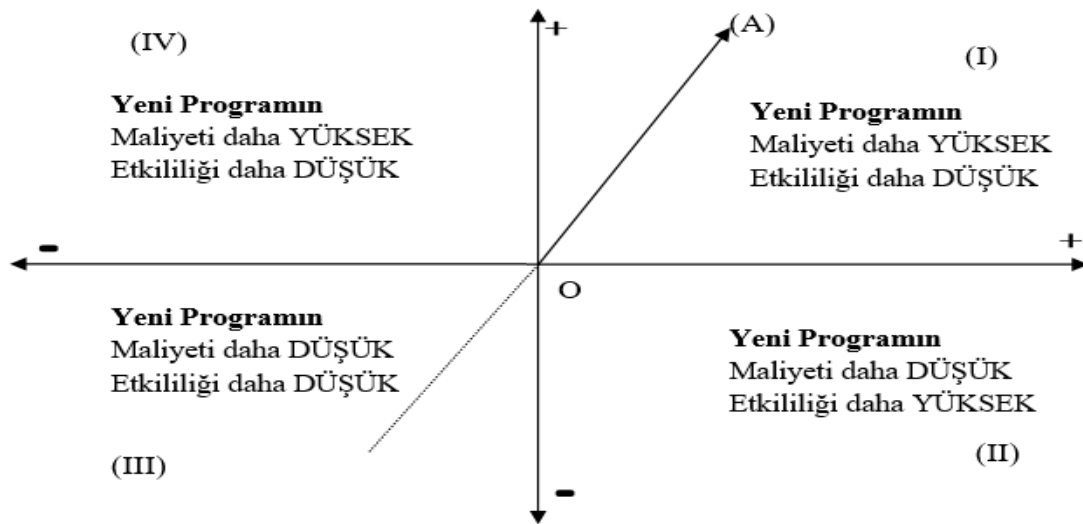
$$\text{MMEO} = \frac{\text{Maliyet}_{\text{alternatif}} - \text{Maliyet}_{\text{mevcut müdahale}}}{\text{Etkililik}_{\text{alternatif}} - \text{Etkililik}_{\text{mevcut müdahale}}} \quad (2.8)$$

Marjinal maliyet-etkililik oranı (2.8) bir birim sağlık kazanımı için ne kadar birim maliyete katlanmak gerektiğini açıklamaktadır (Garber, 1999: 10). Bunu bir düzlem üzerinde incelersek (Şekil 2-7), düzlemde (A) alternatif programı, (O) ise mevcut durumu (yani hiçbir tedavi uygulanmayışını) ifade etmektedir. (O) ve (A) arasındaki fark maliyet farkını vermekte, yatay eksen ise etki farklılıklarını göstermektedir. Burada 4 farklı durumla karşılaşılabılır. (A) noktası yani alternatif

tedavi eğer (II) alanda ise yani hem maliyeti daha düşük hem de etkisi mevcut durumdan daha fazla ise alternatif program seçilir ve uygulanır. (IV) ise maliyetin yüksek ve etkinliğin de daha az olduğu durumu belirtmektedir ki burada alternatif tedavi uygulanmayacaktır (Drummond ve ark., 2006: 458).

Fakat (I) alternatif tedavinin etkinliğinin yüksek fakat bunun yanında maliyetinin de yüksek olduğu durumu ifade etmektedir (III) numaralı bölge ise tedavinin hem etkinliğin hem de maliyetin düşük olduğu durumu belirtir. Bu gibi durumlarda seçimin yapılabilmesi için kabul edilebilir bir alt eşik değerin belirlenmiş olması gerekmektedir (Drummond ve ark., 2006: 458).

**Şekil 2-7: Maliyet Etkililik Düzlemi**



**Kaynak:** Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., ve Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (Fourth edition) Oxford: Oxford University Press.

Özetle bu analiz, planlanan hedefe ulaşmada farklı alternatifleri inceleyerek en az maliyetli ve en çok etkili alternatifin belirlenmesini sağlamaktadır.

#### 2.12.4. Maliyet-Değer Analizi:

Buraya kadar sözü edilen yöntemlerin ortak eksikliği müdahale sonucu bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişimi bütünsel olarak almaması sadece tıbbi bir (klinik) değerlendirme ile yetinmesidir. Bu önemli boşluğun doldurulması amacıyla maliyet-değer analizi geliştirilmiştir. Bu analizde bir programın etkisi “değer (utility)”ler ile ölçülmektedir. Değer, bir şeyin tüketiminden sağlanan tatminin ölçümünü sağlamaya çalışan bir kavramdır (Çelik, 2016: 283).

Maliyet-değer analizinde en yaygın kullanılan ölçek; kaliteye ayarlı yaşam süresi (QALY<sup>8</sup>) olarak ifade edilmektedir. Bu ölçeği hesaplayabilmek için; örneğin bir özel müdahale sonucu elde edilen yaşam yılları ile müdahale çıktılarında elde edilen bu yılların her birinin yaşamın kalitesi ile harmanlanmış birleşik bir sonuç endeksi elde edilmektedir. Daha sonra bu birleşik ölçekle hesaplanmış kazanılan QALY'ler alternatif programların karşılaştırılmasına olanak tanımaktadır (Robinson, 1993: 859).

QALY hesaplarında ölüm'ün değeri 0 ile, mükemmel sağlıkla geçirilen 1 yılın değeri ise 1 ile puanlandırılmaktadır. Ölümden de kötü değerlendirilecek durumlar içinse negatif değerler kullanılır. Örneğin yaşam kalite endeksi 0,5 olarak hesaplanan bir sağlık programında, hastaya uygulanacak tedavi sonrası hastanın yaşam kalite endeksinin 0,8'e yükseleceği varsayılınsın. Burada tedavinin 1 yıl için hastaya 0,3 QALY (0,8-0,5) kazandırdığı belirtilebilir. Bu bireyin beklenen yaşam beklentisi 20 yıl olsun, bu kez tedavinin hastaya kazandıracığı toplam QALY 6 (20x0,3) olacaktır. Bu hesaplamalarda önemli ve tartışılan bir sorun; puanlamanın kimler tarafından yapılacağı sorunudur (Öksüz ve Malhan, 2005: 37; Şahin ve ark., 2012: 235).

QALY'nin avantajları (Çelik, 2016: 287);

- Kronik hastalıklar için çıkan tedavileri değerlemeye elverişli olması,
- Yaşam kalitesi ve yaşam süresi değişkenlerinin tek bir sağlık birimine indirgenebilmesi,
- Farklı programları değerlendirmede maliyet değer ve maliyet etkililik analizlerine yardımcı olması belirtilebilir.

QALY'nin dezavantajları;

- Bir yıllık ilave yaşamın yaş, cins vb. ayırmaksızın herkes için aynı değerde olduğunu varsayması,
- Kimin değerlerinin kullanılacağı konusu tartışmalıdır.

---

<sup>8</sup> Quality Adjusted Life Year: Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı

Maliyet değer analizinde kullanılan bir diğer ölçüt engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY<sup>9</sup>) olarak ifade edilir. DALY, kavram olarak QALY'ye benzemesine rağmen aralarında önemli farklılıklar da vardır. Yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi en önemli benzerlikleri iken, en önemli fark DALY'nin sağlık yerine hastalığı ele almasıdır. Burada hastalığın veya sakatlığın olmayışı 0 ile, ölüm ise 1 ile puanlandırılır (Drummond ve ark., 2006: 457).

Maliyet değer analizi avantajları (Çelik, 2016: 289);

- Değerlendirmede programın subjektif değeri (kalite) gözönüne alınır.
- Farklı programları değerlendirmede kullanılabilir ve daha kapsamlıdır.

Maliyet değer analizinin dezavantajları

- Subjektif değerlendirme (QALY'nin ölçümü) tartışmalıdır.
- Maliyet etkililikten daha pahalıdır.

Çalışmanın bu kısmına kadar sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin hizmetlerin sınıflandırılması, sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan sağlık göstergeleri, sağlık ekonomisi, sağlık ekonomisinin gelişimi, sağlığı etkileyen etmenler, sağlığın belirleyicileri, sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının önemi, sağlık harcamalarının sınıflandırılması, sağlık harcama düzeyinin belirlenme çalışmaları, sağlık harcamalarının artış sebepleri, sağlık harcamalarının finansmanı; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişim tarihi, ekonomik büyüme, ekonomik büyümenin türleri, büyüme modelleri, ekonomik büyümenin belirleyicileri, sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi, sağlıkta ekonomik değerlendirme ve önceliklerin belirlenmesi konuları ele alınmıştır.

Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde Türkiye için kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla verisi ve kişi başına düşen toplam sağlık harcama verileri ile ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki ekonometrik analizler ile ele alınmış, tartışma ve sonuç kısmında daha önceki konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarına yer verilmiş ve öneriler sunulmaya çalışılmıştır.

---

<sup>9</sup> Disability Adjusted Life Years: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı

### 3. TÜRKİYE ÜZERİNE EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA

#### 3.1. Gereç ve Yöntem

##### 3.1.1. Veri Seti

Türkiye için; sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin incelendiği bu çalışmada, sağlık harcaması için; kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (KBDTSH) (\$) değişkeni, ekonomik büyüme için; satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla (KBDGSYİH) (GDP-PPP) (\$) değişkeni kullanılmıştır. Analizde kullanılacak kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (KBDTSH) (\$) değişkeni 1975-2018 dönemine ait yıllık veriler olup OECD'nin Türkiye veri tabanından (2019) temin edilmiştir. Satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla değişkeni (KBDGSYİH) (GDP-PPP) (\$) için ise yine yıllık veriler WorldBank (2019) veri tabanından elde edilmiştir. Bu bağlamda 1975 yılından itibaren 2018 yılı dâhil olmak üzere yıllık verilerden oluşturulan 44 gözlem değeri ile analiz sonuçları ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Çalışmada kullanılan ekonometrik modeller; Granger Nedensellik Testi, Birim Kök Analizi, Augmented Dickey Fuller Birim Kök Testi, VAR Modeli ve Engel-Granger Eş Bütünleşme Testi'dir. Çalışmaya konu olan veriler E-Views 10 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizde kullanılan değişkenler ve tanımları Tablo 3-1'de verilmiştir.

**Tablo 3-1: Analizde Kullanılan Değişken Tanımları ve Betimsel İstatistikleri**

DEĞİŞKEN ADI	AÇIKLAMA	Yıllar	Min.	Max.	Ort.	Std. Spm.
<b>KBDTSH</b>	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (\$)	1975-2018	37.80	1226.59	424.91	371.90
<b>KBDGSYİH</b>	Satın Alma Gücü Paritesine Göre Uyarlanmış Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (\$)	1975-2018	2855.75	28383.57	11410.01	7083.19

### 3.1.2. Analiz Aşamaları

Son zamanlarda bilinen geleneksel ekonometrik modellerin yanı sıra zaman serileri ekonometrisi hızlı bir gelişim gösteren ekonometrik modellerdendir (Tarı, 2015: 373). “Granger (1969) tarafından geliştirilen nedensellik analizi, uygulamalı ekonometrik çalışmalarda, zaman serileri arasındaki nedensellik ilişkilerini belirlemek için en çok kullanılan yöntemdir” (Karaca, 2003: 250). Burada, önemli bir nokta da Granger nedensellik analizinin incelenen faktörler arasındaki nedenselliğin yönünü de belirtmesidir (Florens and Mouchart, 1982: 583).

Nedenselliğin inceleneceği çalışmalarda çalışılacak verilerin durağan olması gerekmektedir. “Çünkü Newbold ve Granger (1974)’ın belirttiği üzere, durağan olmayan zaman serileriyle çalışılması halinde düzmece regresyon problemiyle karşılaşılabilir.” Bu durumda regresyon analiziyle elde edilen sonuç gerçek ilişkiyi yansıtmaz. Çünkü seri durağan değilse, oto korelasyonlar önemli ölçüde sıfırdan sapar veya gecikmeler arttıkça sıfırdan uzaklaşır veya ortaya sahte bir örnek (pattern) çıkar. Zaman serilerini uygun bir modele oturtabilmek için öncelikle bu serilerin durağan hale getirilmesi gerekir (Kutlar, 2009: 262). “Durağan olmayan zaman serileriyle yapılan regresyon analizleri, sadece bu seriler arasında bir eşbütünleşim ilişkisi varsa gerçek ilişkiyi yansıtabilir. Bir zaman serisinin, ortalaması ile varyansı zaman içinde değişmiyor ve iki dönem arasındaki ortak varyansı bu ortak varyansın hesaplandığı döneme değil de yalnızca bu iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı ise bu seri durağandır” (Gujarati, 1999’dan akt. Karaca, 2003: 249).

Bu çalışmada ele alınan zaman serilerinin durağanlık analizi, Dickey ve Fuller (1981) tarafından geliştirilen Augmented Dickey-Fuller “Genişletilmiş Dickey-Fuller” (ADF) birim kök testi kullanılarak yapılmıştır. Bu test için aşağıdaki denklem kullanılmaktadır.

$$\Delta Y_t = \beta_1 + \beta_2 t + \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta Y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.1)$$

Burada  $\Delta Y_t$  durağanlığı incelenen değişkenin birinci farkını göstermektedir.  $t$  genel eğilim değişkeni,  $\Delta Y_{t-i}$  de gecikmeli fark terimleridir. “Gecikmeli fark terimlerinin kullanılmasının sebebi, hata teriminin ardışık bağımsız olmasını sağlamaktır. ADF testinin doğru sonuç verebilmesi için, tahmin edilen modelde ardışık

bağımlılık probleminin olmaması gerekir. Denklemden “k” olarak ifade edilen gecikme uzunluğu, genelde Schwarz ve Akaike bilgi kriterleri kullanılarak belirlenmektedir. ADF testi, yukarıdaki denklemde  $\delta$  katsayısının istatistiksel olarak sıfıra eşit olup olmadığının testini yapar. Bu test, elde edilen ADF-t istatistiğinin MacKinnon kritik değerleri ile karşılaştırılmasıyla yapılır. Eğer ADF-t istatistiği MacKinnon kritik değerinden mutlak olarak büyükse incelenen zaman serisi durağan demektir. Aksi takdirde seri durağan değildir ve durağanlığı sağlanıncaya kadar farkının alınması gerekmektedir” (Karaca, 2003: 249).

Durağan olmayan zaman serilerinin düzey değerleriyle çalışılıp çalışılmayacağını belirlemek için ise eşbütünleşme analizi kullanılır. Bu çalışmada da Engle-Granger Eşbütünleşme analiz testi kullanılmıştır.

Engle – Granger testi, Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen ve zaman serisi analizinde, uzun dönemli ilişkilerin varlığını tespit etmeye yönelik olarak kullanılan eşbütünleşme yöntemidir (Engle ve Granger, 1987: 251). Nedensellik ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada Granger (1969) tarafından geliştirilen nedensellik analizi “Granger Nedensellik Analizi” kullanılmıştır. Bu analiz aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

$$Y_t = \alpha_0 + \sum_{i=1}^{k1} \alpha_i Y_{t-i} + \sum_{i=1}^{k2} \beta_i X_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.2)$$

$$X_t = X_0 + \sum_{i=1}^{k3} \alpha_i X_{t-i} + \sum_{i=1}^{k4} \theta_i Y_{t-i} + v_t \quad (3.3)$$

Granger nedensellik analizi, yukarıdaki formüllerde hata teriminden önce yer alan bağımsız değişkenin gecikmeli değerlerinin katsayılarının gruplar halinde sıfıra eşit olup olmadığının test edilmesi ile yapılır. Burada (3.2) nolu denklemdeki  $\beta_i$  katsayısı belirlenmiş anlamlılık düzeyinde eğer sıfırdan farklı bulunursa, X, Y'nin nedenidir sonucuna varılır. Aynı şekilde (3.3) nolu denklemde  $\theta_i$  katsayılarının belirlenmiş bir anlamlılık düzeyinde sıfırdan farklı olması da Y'nin X'in nedeni olduğunu gösterir.

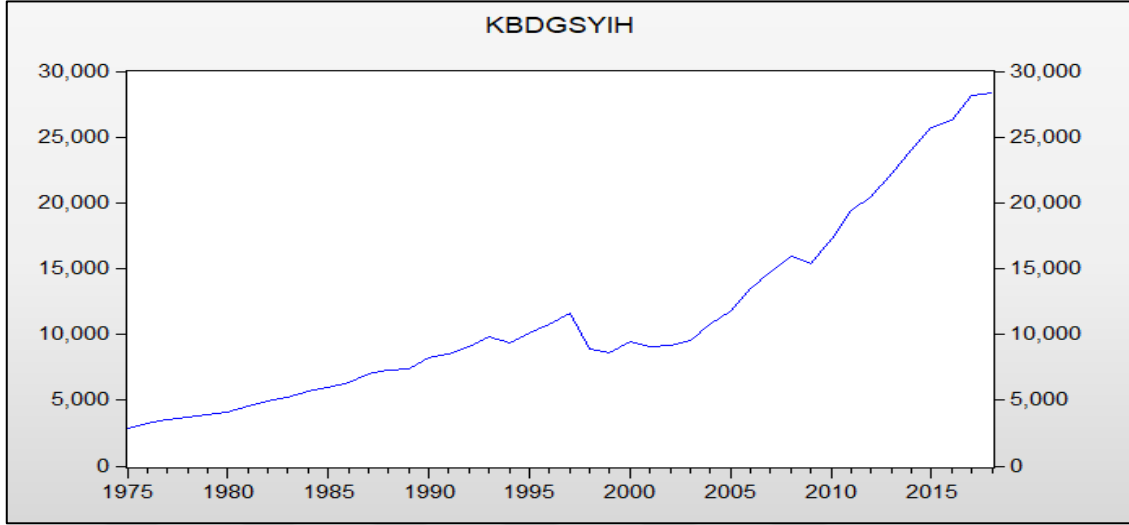
Hem (3.2) nolu denklem hem de (3.3) nolu denklemde  $\beta_i$  ve  $\partial_i$  katsayılarının belirli bir anlamlılık düzeyinde sıfırdan farklı olmaları Y ile X arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Sadece (3.2) nolu denklemdeki  $\beta_i$  katsayıları sıfırdan farklı ise X'den Y'ye doğru tek yönlü, sadece (3.3) nolu denklemdeki  $\partial_i$  katsayıları sıfırdan farklı ise Y'den X'e doğru tek yönlü nedensellik vardır. Hem  $\beta_i$  hem de  $\partial_i$  katsayılarının sıfırdan farklı olmaması ise bu iki değişken arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi olmadığını gösterir (Karaca, 2003: 250).

Granger nedensellik analizine yapılan eleştiriler yukarıdaki denklemlerde  $k_1, k_2, k_3, k_4$  olarak gösterilen gecikme uzunluklarının tüm değişkenler için aynı ve keyfi olarak belirlenmesinden kaynaklanmaktaydı (Işığışık, 1994: 93). Daha sonra bu sakınca, her değişkenin optimal gecikme uzunluğunun Akaike, Schwarz gibi bilgi kriterleri yardımıyla belirlenmesi yöntemiyle giderilmiştir. Bu belirleme şu şekilde yapılmaktadır: “En büyük gecikme uzunluğu belirlendikten sonra önce bağımlı değişkenin sadece kendi gecikmeli değerlerine göre regresyonu test edilir ve en küçük bilgi kriteri değerine sahip olan modelin gecikme sayısı, bağımlı değişkenin gecikme sayısı olarak belirlenir. Bağımlı değişken uygun gecikme sayısı ile modele dâhil edilir, daha sonra modele girecek ikinci değişkenin olası tüm gecikmeleri ile birlikte oluşan tüm regresyon modellerinin bilgi kriteri değerleri elde edilmekte ve en küçük bilgi kriterine sahip olan modeldeki ikinci değişkenin gecikme sayısı, modele ikinci sırada giren değişkenin en uygun gecikme sayısı olarak tespit edilmektedir” (Kadılar, 2000: 54-55). Bu çalışmada Granger nedensellik analizindeki gecikme uzunlukları bu yöntemle belirlenmiştir.

## **3.2. Bulgular**

### **3.2.1. Birim Kök Testi Analiz Sonuçları**

Seri verilerinin durağan olup olmadığının testi Augmented Dickey Fuller Birim Kök Testi ile yapılmıştır. Bunun için ayrı ayrı seri verilerin grafikleri E-Views ile incelenmiştir. Kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla verisinin grafiği Grafik 3-1 gibidir:

**Grafik 3-1: 1975-2018 Kişi Başına Düşen GSYİH Seyri (\$)**

Düzyer değerlerinde düzensiz ve sabit terimsiz modelde veriler kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla zaman serisi verileri için Augmented Dickey Fuller birim kök testi durağanlık sonuçlarına göre:

**Tablo 3-2: 1975-2018 Kişi Başına Düşen GSYİH ADF Birim Kök Testi**

Sıfır Hipotezi: KBDGSYİH birim köküne sahiptir		
Gecikme Uzunluğu: 0		
	t-İstatistiği	Olasılık (Prob.)*
Augmented Dickey-Fuller test istatistikleri	2.760874	0.9980
Test kritik değerleri:		
1% düzeyinde	-3.592462	
5% düzeyinde	-2.931404	
10% düzeyinde	-2.603944	
*MacKinnon (1996) tek-tarafli p değerleri.		

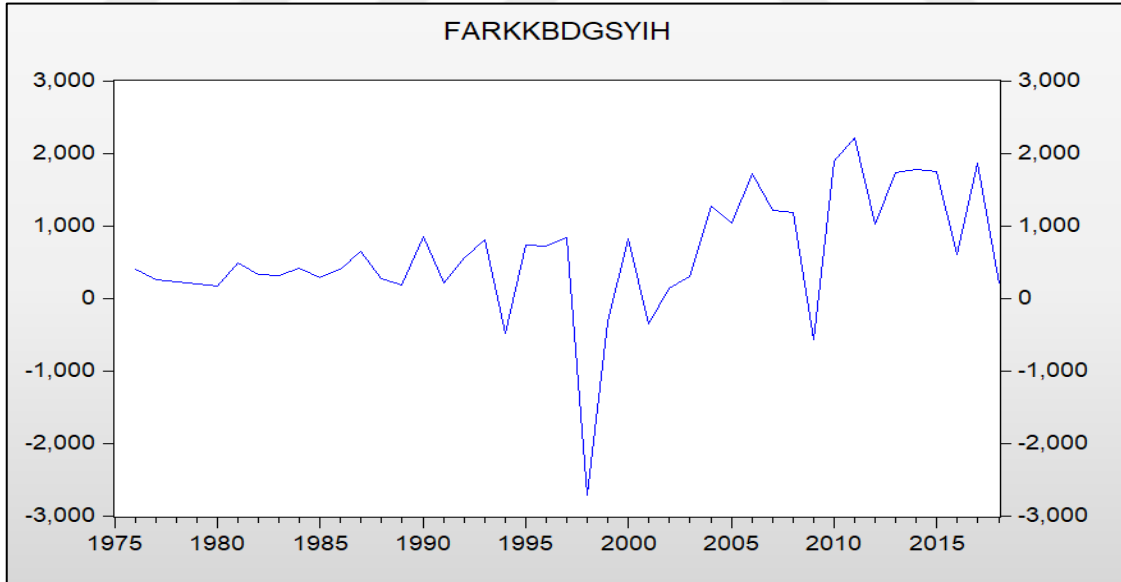
Sonuçları elde edilmiştir. Tablo 3-2'ye göre, prob. (olasılık) değeri 0.05'ten büyük olduğundan, seri; düzyer değerlerinde düzensiz ve sabit terimsiz modelde durağan değildir. Bu yüzden serinin 1. farkının durağanlık testinin incelenmesi gerekir. Serinin 1. farkının durağan olup olmadığının testi yapıldığında:

**Tablo 3-3: 1975-2018 KBDGSYİH 1. Dereceden Durağanlaştırma ADF Birim Kök Testi**

Sıfır Hipotezi: D(KBDGSYİH birim köke sahiptir)		
Gecikme Uzunluğu: 0		
	t-İstatistiği	Olasılık (Prob.)*
Augmented Dickey-Fuller test istatistikleri	-4.837271	0.0003
Test kritik değerleri:		
1% düzeyinde	-3.596616	
5% düzeyinde	-2.933158	
10% düzeyinde	-2.604867	

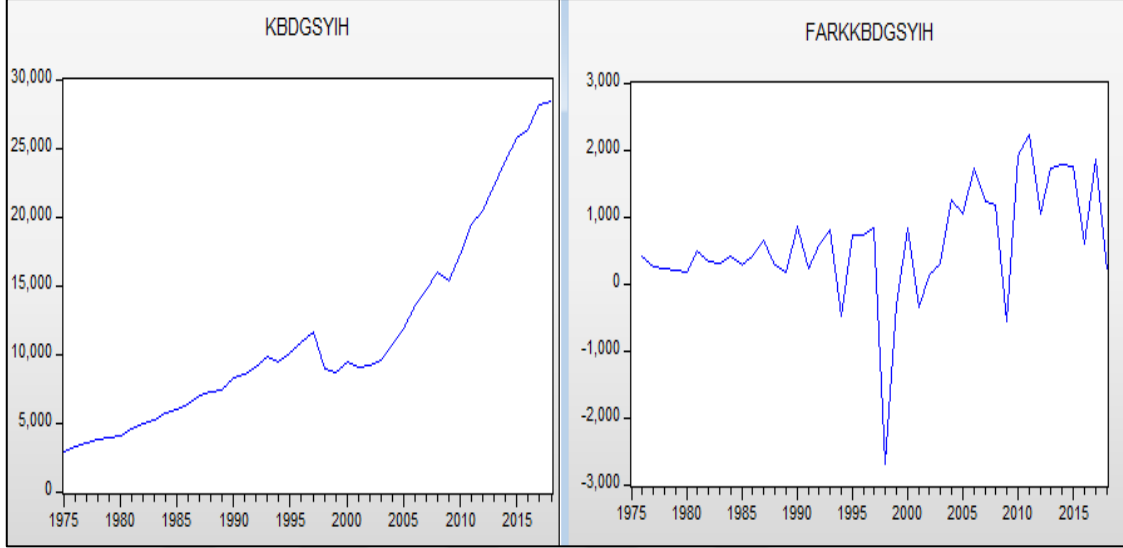
\*MacKinnon (1996) tek- taraflı p değerleri.

Sonuçları elde edilmektedir. Tablo 3-3'e göre Prob. (olasılık) değeri  $p=0.0003$  0.05'ten küçük olduğundan kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla zaman serisi verileri 1. farkta durağanlaşan verilere sahip bir seridir sonucuna ulaşılmaktadır. Bu sonuca göre; bu seri verilerinin 1. farklarının alınması gerekmektedir. Serinin birinci farkları alındığında yeni grafiği aşağıdaki gibi olmaktadır:

**Grafik 3-2: 1975-2018 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Kişi Başına Düşen GSYİH Seyri**

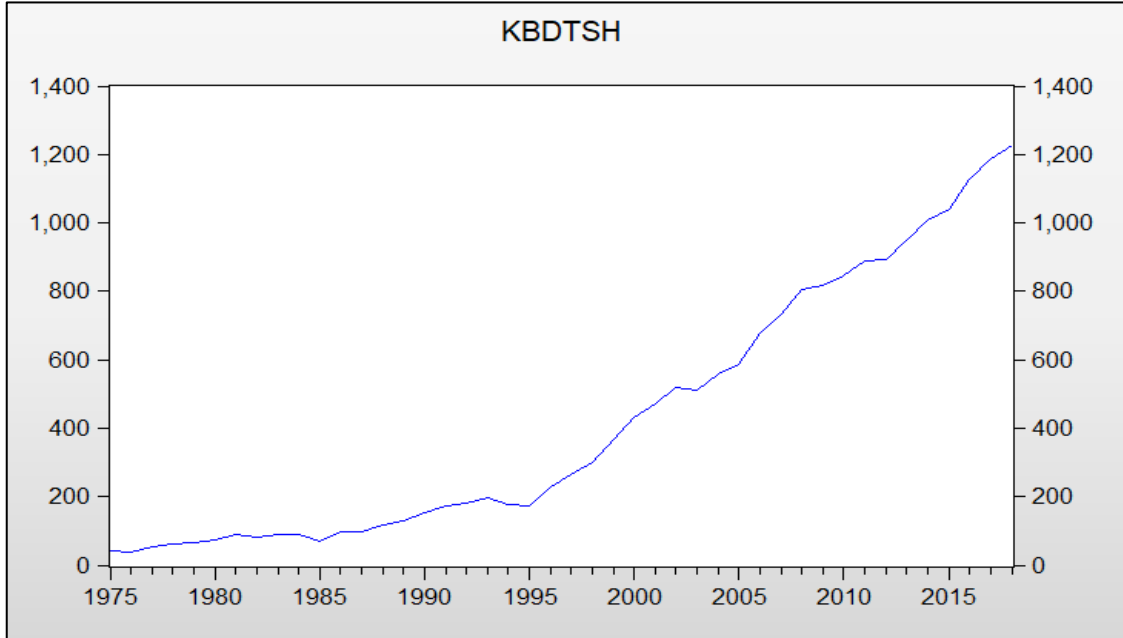
Grafik 3-1 ve 1. Dereceden farklarının alındığı Grafik 3-2'yi yan yana karşılaştırır isek; serinin artık artan bir trend ile devam etmediği, yani kırılmalara uğradığı görülür. Bu da serinin artık durağanlaştığı anlamına gelmektedir (Grafik 3-3).

**Grafik 3-3: 1975-2018 KBDGSYİH Normal Veriler ve 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Verilerin Grafik Karşılaştırması**



1975-2018 yılları arası verilerin bu kez toplam sağlık harcamaları kısmı analiz edildiğinde; kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları verisinin grafiği Grafik 3-4 gibi olmaktadır:

**Grafik 3-4: 1975-2018 Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları'nın Seyri (\$)**



Düzyer değerlerinde düzensiz ve sabit terimsiz modelde veriler kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla zaman serisi verileri için Augmented Dickey Fuller birim kök testi durağanlık sonuçlarına göre:

**Tablo 3-4: 1975-2018 Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları ADF Birim Kök Testi**

Sıfır Hipotezi: KBDTSH birim köke sahiptir		
Gecikme Uzunluğu: 0		
	t-İstatistiği	Olasılık (Prob.)*
<b>Augmented Dickey-Fuller test istatistikleri</b>	4.382513	0.9867
Test kritik değerleri:		
1% düzeyinde	-3.592462	
5% düzeyinde	-2.931404	
10% düzeyinde	-2.603944	
*MacKinnon (1996) tek- taraflı p değerleri.		

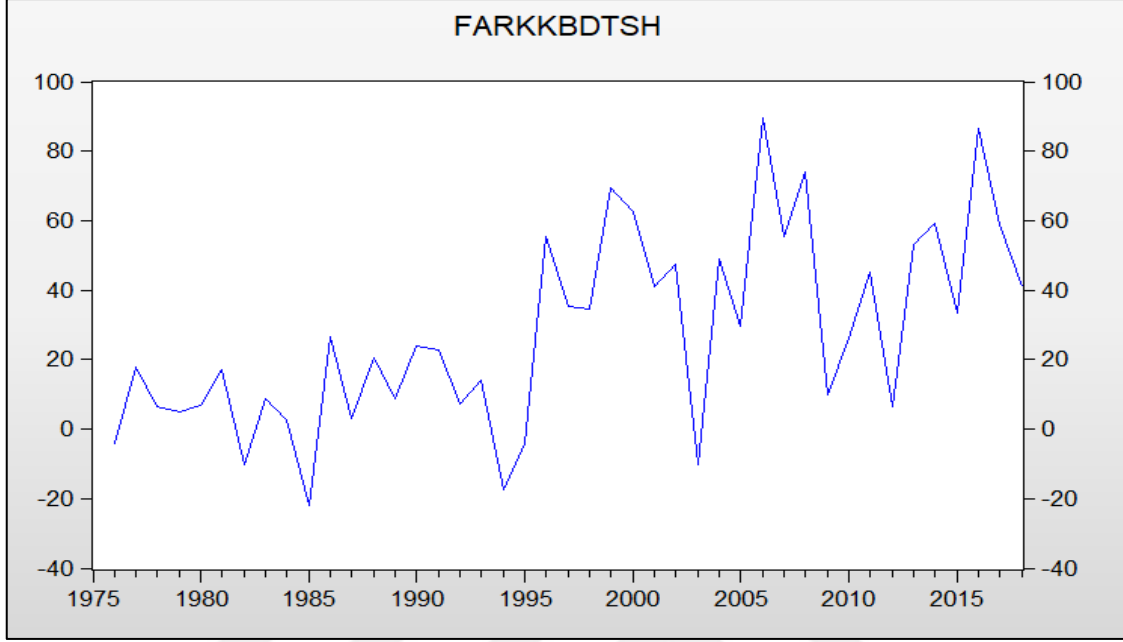
Sonuçları elde edilmiştir. Tablo 3-4'te de görüldüğü üzere prob. (olasılık) değeri 0.05'ten büyük olduğundan, seri; düzey değerlerinde düzensiz ve sabit terimsiz modelde durağan değildir. Dolayısı ile 1. dereceden farklarının alınıp testinin yapılması gerekmektedir. ADF birim kök testi uygulandığında:

**Tablo 3-5: 1975-2018 KBDTSH 1. Dereceden Durağanlaştırma ADF Birim Kök Testi**

Sıfır Hipotezi: D(KBDTSH) birim köke sahiptir		
Gecikme Uzunluğu: 0		
	t-İstatistiği	Olasılık (Prob.)*
<b>Augmented Dickey-Fuller test istatistikleri</b>	-4.227640	0.0018
Test kritik değerleri:		
1% düzeyinde	-3.596616	
5% düzeyinde	-2.933158	
10% düzeyinde	-2.604867	
*MacKinnon (1996) tek- taraflı p değerleri.		

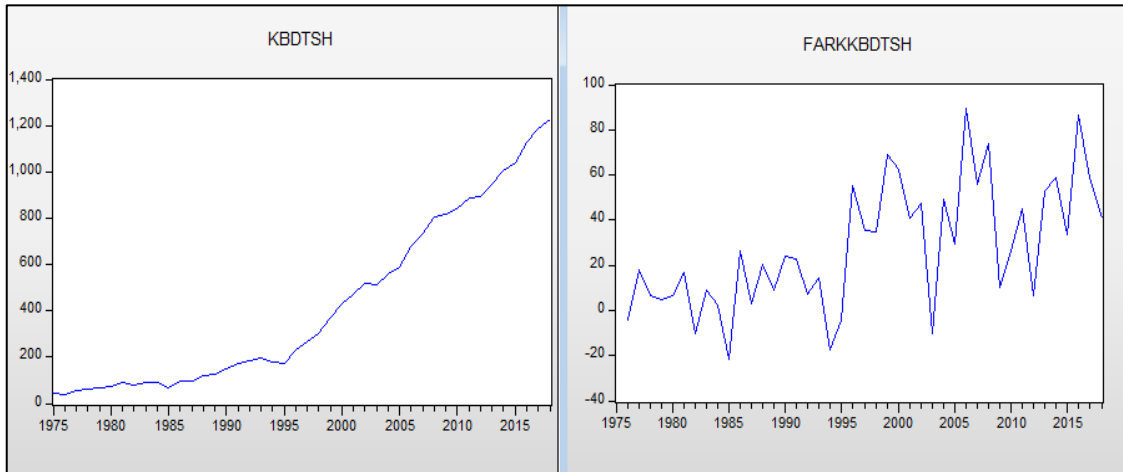
Sonuçları elde edilmektedir. Tablo 3-5'teki sonuçlara göre prob. (olasılık) değeri  $p=0.0018$  0.05'ten küçük olduğundan kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları zaman serisi verileri 1. farkta durağanlaşan verilere sahip bir seridir sonucuna ulaşılmaktadır. Bu sonuca göre; bu seri verilerinin 1. farklarının alınması gerekmektedir. Serinin birinci farkları alındığında yeni grafiği aşağıdaki gibi olmaktadır:

**Grafik 3-5: 1975-2018 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları Seyri**



Grafik 3-4 ve verilerin 1. Dereceden farklarının alındığı Grafik 3-5'i yan yana karşılaştırır isek; serinin artık artan bir eğilim ile devam etmediği, yani kırılmalara uğradığı görülür. Bu da serinin artık durağanlaştığı anlamına gelmektedir (Grafik 3-6).

**Grafik 3-6: 1975-2018 KBDTSH Normal Veriler ve 1. Dereceden Durağanlaştırılmış Verilerin Grafik Karşılaştırması**



### 3.2.2. Granger Nedensellik Test Sonuçları

Granger modelinin kurulabilmesi için uygun gecikme aralığının seçilmesi gerekir. Tablo 3-6, KBDTSH ve KBDGSYİH verilerinin gecikme aralıkları test sonuçlarını göstermektedir. Uygun gecikme aralığının seçimi için analiz sonucundan en

küçük bilgi kriteri değerine sahip olan modelin gecikme sayısı bağımlı değişkenin gecikme sayısı olarak belirlenmektedir. En küçük bilgi kriterlerinin 4. Modelde olduğu görülebilir.

**Tablo 3-6: Verilerin Gecikme Aralığı Test Sonuçları**

VAR Gecikme Aralığı Seçim Kriterleri						
Değişkenler FARKKBDGSYIH FARKKBDTSH						
Tarih: 18/12/19 Zaman: 12:59						
Örnekleme: 1975-2018						
Dahil edilen gözlem sayısı: 39						
Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-502.233...	NA	5.82e+08	25.85815	25.94346*	25.88875
1	-497.710...	8.351093	5.67e+08	25.83130	26.08723	25.92313
2	-493.993...	6.480791	5.77e+08	25.84582	26.27237	25.99886
3	-491.927...	3.390469	6.40e+08	25.94499	26.54217	26.15925
4	-477.066...	22.86287*	3.70e+08*	25.38802*	26.15582	25.66350*

\* belirtilen kriter tarafından seçilen gecikme uzunluğunu göstermektedir  
 LR: Ardışık modifiye edilmiş LR test istatistiği (her test 5% düzeyde)  
 FPE: Son tahmin hatası  
 AIC: Akaike bilgi kriteri  
 SC: Schwarz bilgi kriteri  
 HQ: Hannan-Quinn bilgi kriteri

Tablo 3-6: Veriler yıllık olduğundan; en fazla \* içeren (yani en küçük bilgi kriteri değerine sahip olan model) gecikme uzunluğu olan “4” uygun gecikme uzunluğu olarak seçilmiştir. Türkiye için 1975-2018 verilerinin kullanıldığı granger nedensellik testi sonuçlarına göre:

**Tablo 3-7: Granger Nedensellik Analiz Test Sonuçları**

VAR Granger Nedensellik Testi			
Tarih: 18/12/19 Zaman: 13:58			
Örnekleme: 1975-2018			
Dahil edilen gözlem sayısı: 39			
Bağımlı Değişken: FARKKBDGSYIH			
	Chi-sq	df	Prob.
FARKKBDTSH	18.24676	4	0.0011
Toplam	18.24676	4	0.0011
Bağımlı Değişken: FARKKBDTSH			
	Chi-sq	df	Prob.
FARKKBDGSYIH	1.178230	4	0.8817
Toplam	1.178230	4	0.8817

Analiz sonucunda Tablo 3-7’de de görüldüğü üzere kişi başına düşen toplam sağlık harcamasından; kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılaya doğru bir nedensellik ilişkisinin olduğu ( $p:0.011 < 0.05$ ). Fakat tersi durum için; yani kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıladan; kişi başına düşen toplam sağlık harcamasına doğru bir nedensellik olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p:0.8817 > 0.05$ ).

### 3.2.3. Engle-Granger Eşbütünleşme Analiz Sonuçları

Tablo 3-8’e göre Engel-Granger eşbütünleşme analiz sonucuna göre prob. (olasılık) değeri  $p=0.0003$ ,  $0.05$ ’ten küçük olduğundan kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları eş bütünleşiktir ve uzun dönemde dengeye gelecektir sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 3-8: 1975-2018 KBDTSH ve KBDGSYİH Uzun Dönem Eşbütünleşme Analizi**

Sıfır Hipotezi: Veriler birim köke sahiptir		
Gecikme Uzunluğu: 0		
		t-İstatistiği
		Prob.
Augmented Dickey-Fuller test istatistikleri		-4.824050
Test Kritik Değerleri	1% düzeyinde	-3.596616
	5% düzeyinde	-2.933158
	10% düzeyinde	-2.604867
*MacKinnon (1996) tek- Taraflı p değerleri		

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir ülkenin, en nihai hedefi olan kalkınma hedefine ulaşabilmesi sınırlı kaynakları ile birbirleriyle yarışan farklı türden ihtiyaçları en iyi şekilde karşılamasına bağlıdır (Çelik, 2016: 62). Her bir sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu üç temel soru vardır. Birincisi: Sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapılacağı sorusudur. İkincisi: Bu hizmetlerin en etkin şekilde nasıl gerçekleştirileceğidir. Üçüncüsü de: Bu hizmetlerin dağılımının nasıl olacağıdır (Mutlu ve Işık, 2012: 7).

Birey ve toplumların sağlık hizmet taleplerinin sınırsız oluşu ve hizmet sunumu için gereken kaynakların kısıtlı oluşu, yapılan sağlık harcamaların en etkin şekilde nasıl yapılacağı, yapılan sağlık harcamaların diğer sistemleri nasıl etkilediği ve diğer sistemlerden nasıl etkilendiği üzerinde dikkatlice düşünülmesi gerektiğini temel konuları ve araştırma alanlarını ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye için OECD (2019) veri tabanından KBDGSYİH (Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla) ve KBDTSH (Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları) değişkenleri, 1975-2018 yılları arası için elde edilen zaman serisi verileri ile Türkiye'nin bu tarihler için sağlık harcamaları ve ekonomik büyümesi arasındaki ilişki ekonometrik analizler ile araştırılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan veriler, ham veriler ekinde verilmiştir.

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyümesi arasındaki ilişkinin araştırılması yanında bir ilişki varsa bunun yönünün de belirtilmesi önemlidir. Bu amaçla; uzun dönemli yıllık veriler arasındaki ilişkinin ekonometrik analizi için Granger Nedensellik Testi uygulanmıştır. Granger nedensellik testlerine literatürde getirilen eleştiriler dolayısıyla, bu analizin Engle ve Granger tarafından geliştirilen Engle- Granger Eşbütünleşme Analizi kullanılmıştır.

Çalışma ve analizler sonucunda 1975-2018 yılları verileri ile KBDTSH'den KBDGSYİH'ye doğru pozitif bir nedensellik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının artışı, ekonomik büyümenin bir belirteci olan kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılanın da artışına, diğer bir deyişle ekonominin büyümesine olumlu katkıda bulunacaktır. Bu da uygulanan politikaların,

sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme kapsamında olumlu sonuç verdiğinin söylenebileceğini göstermektedir.

Eşbütünleşme analiz sonucuna göre de Türkiye’de 1975-2018 yılları arası verileri ile KBDTSH ve KBDGSYİH uzun dönemde eş bütünleşiktir sonucuna ulaşılmıştır. Yani kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla uzun dönemde dengeye ulaşacaklardır.

Literatürde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz eden çalışmaları yayımlandığı yıllara göre özetlemek gerekirse: Kelly (1997) kamu harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki çalışmasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, 73 ülkenin 1970-1989 yılları arası verilerini, en küçük kareler yöntemini kullanarak incelemiş ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Bhargava ve ark. (2001), Bloom ve ark. (2001), Sab ve Smith (2001), Mayer (2001) ve Chacrabarty (2003) çalışmalarında doğuştan yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Bhargava ve ark. (2001), Bloom ve ark. (2001), Sab ve Smith (2001), Chacrabarty (2003) doğuştan yaşam beklentisinin ekonomik büyümeyle pozitif bir ilişki içerisinde olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Webber (2002), çalışmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisini incelemiştir. 46 ülke verilerini incelediği çalışmasında en küçük kareler yöntemini kullanmış ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Kar ve Taban (2003), 1970-2000 yılları arası 30 yıllık dönem için Türkiye için kamu harcamaları ile ekonomik büyümeye arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, en küçük kareler yöntemi ve eşbütünleşme analizi kullanmışlardır. Kamu harcamalarını eğitim, sosyal güvenlik, sağlık ve altyapı harcamaları olarak ayırmışlar ve çalışma sonucunda sağlık harcamalarının kısa dönemde büyümeyi negatif etkilediğini, eğitim ve sosyal güvenlik harcamalarının ise ekonomik büyümeyi pozitif etkilediğini, altyapı harcamalarının ise herhangi bir etki göstermediğini belirtmişlerdir.

Brempong ve Wilson (2004), Sahra Altı Afrika ve OECD ülkelerinde sağlık sermaye stoku ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında,

sağlık için doğuştan yaşam beklentisi ve sağlık harcamalarını, ekonomik büyüme için kişi başına gelir verilerini ele almışlardır. Çalışma sonucunda sağlık sermaye stoğunun Afrika ülkeleri için kişi başına düşen gelirleri yüzde 20, OECD ülkeleri için de yüzde 30 kadar artırdığı, yani sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi güçlü ve pozitif olarak etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

Dreger ve Reimers (2005), 21 OECD ülkesi için panel eşbütünleşme tekniklerini kullanarak sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışmalarında 1975-2001 dönemini ele almışlardır. Çalışma sonucunda sağlık harcamalarını sadece gelirin etkilemediğini bunun yanı sıra, yaşam beklentisi, yaşlıların nüfus içerisindeki oranları, tıbbi ilerlemeler ve bebek ölüm oranlarının da belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık harcamaları ile GSYH arasında eşbütünleşme olduğu sonucuna da ulaşmışlardır.

Taban (2006), Türkiye için çeşitli sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında; nedensellik analizi kullanmış, sağlık göstergelerinden sağlık kurumlarının sayısı ile GSYH arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi görülmediğini belirtmiştir. Ancak doğuştan yaşam beklentisi, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı ve sağlık kurumlarının yatak sayıları ile reel GSYH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin var olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Erdoğan ve Bozkurt (2008), Türkiye için 1980-2005 yılları arası verileri kullanarak yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. ARDL analizini kullandıkları çalışmalarında Türkiye’de yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının 1 birim artış göstermesi halinde doğuştan beklenen yaşam beklentisinin yüzde 0,257 kadar artacağını belirtmişlerdir.

Erdil ve Yetkiner (2009) Granger nedensellik analizini kullanarak kişi başına düşen gelir ile reel kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, Dünya bankasının ülkeleri gelirlerine göre 4’e ayırdığı şekilde (düşük gelirli, düşük-orta gelirli, yüksek-orta gelirli ve yüksek gelirli ülkeler) verilerine ulaşamadıkları ülkeleri de çıkardıktan sonra; 75 ülkenin 1990-2000 yılları arası verilerini kullanarak çalışmalarını yapmışlardır. 75 ülkenin aralarında Türkiye’nin de

bulunduğu 46'sında, çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit etmişlerdir. Düşük gelirli ülkelerin %68'inde, yüksek gelirli ülkelerin ise yüzde %50'sinde çift yönlü nedensellik ilişkisi bulmuşlardır. Yani düşük gelirli ülkelere gidildikçe çift yönlü nedensellik ilişkisinin görüldüğü ülke oranı, düşmektedir.

Mehrara ve Musai (2011) ise, petrol ihraç eden seçtikleri 11 ülke için sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Çalışmada panel eş bütünleşme ve birim kök analizlerini kullanmışlar, sonuç olarak, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru pozitif bir nedensellik ilişkisinin görüldüğünü belirtmişlerdir. Ancak sağlık harcamalarının GSYİH üzerinde kısa ve uzun dönemde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Tekabe (2012), 1970-2009 yılları için Afrika'nın Sahara bölgesinde 5 düşük ekonomiye sahip ülkenin sağlık ile kişi başına düşen gelirleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlık göstergeleri için yaşam beklentisi ve ölüm oranlarını kullanmıştır. Granger nedensellik analizi kullandığı çalışmasının sonucunda, ölüm oranları ile gelir arasında negatif bir ilişkinin var olduğunu bulmuştur. Ancak kişi başına düşen reel gelirden, beklenen yaşam süresine doğru bir nedensellik olmadığı, bunun yanında beklenen yaşam süresinden kişi başına düşen reel gelire doğru pozitif bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Mehrara ve ark., (2012), 13 MENA ülkesi için ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Panel veri analiz yöntemini kullandıkları çalışmalarında, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca sağlığın MENA ülkelerinde lüks bir mal olmadığını, ekonomik büyüme ile bağlantılı olarak sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranlarının da paralel değiştiğini belirtmişlerdir.

Ak (2012), Türkiye için 2001-2006 yılları arası verileri kullanarak ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları ve doğuştan beklenen yaşam süresi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, birim kök testi ve Johansen eşbütünleşme testlerini kullanmış, doğuştan beklenen yaşam süresi, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme değişkenlerinin üçünde de uzun dönemli bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Ay ve ark., (2013), Türkiye için 1968-2006 yılları arası verileri kullanarak sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmişlerdir. Çalışmalarında, reel GSYH, sağlık memuru başına düşen kişi sayısı, yataklı sağlık kurumu sayısı, yataksız sağlık kurumu sayısı verilerini kullanmışlardır. Johansen eşbütünleşme analizini kullandıkları çalışmalarında sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında sağlık memuru başına düşen kişi sayısı hariç diğer tüm değişkenler için pozitif bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca beşerî sermayenin ekonomik büyümenin önemli bir faktörü olduğunu, beşeri sermaye düzeyini artırmanın ise eğitim alanındaki gelişmelerin yanında sağlık alanındaki gelişmelere de bağlı olduğunu belirtmişlerdir.

Majdi (2014), 15 Akdeniz ülkesi için sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında, 1992-2010 dönemi verileri ile çalışmıştır. Birim kök ve eşbütünleşme testlerini kullanmış, çalışmanın sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyümeye arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu belirtmiştir. Ayrıca israfların önlenebileceği daha iyi bir finansman modeli ile sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi daha efektif bir şekilde etkileyeceğini belirtmiştir.

Aydemir ve Baylan (2015), Türkiye için 1998-2012 yılları arası verileri kullanarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. ADF birim kök testi, Johansen eşbütünleşme testi ve Granger nedensellik testlerini kullandıkları çalışmalarında, sonuç olarak ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları değişkenleri arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu, bu iki seri arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu sonucuna da ulaşmışlardır.

Amiri ve Linden (2015) çalışmalarında aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 34 OECD ülkesinin 1970-2012 arası verilerini incelemiş, analiz yöntemi olarak Hsiao's Granger nedensellik analizini kullanmışlardır. Çalışmaları sonucunda sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gelir arasında çoğu ülkede çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu sonucuna varmışlardır. Lüksemburg, Meksika, Slovakya ve Türkiye'de ise herhangi bir anlamlı ilişki bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Ye ve Zhang (2018) sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gelirler arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında 15'i OECD ülkesi toplam 20 ülke için 1971-2015

arasındaki verileri kullanarak granger nedensellik analizini kullanmışlardır. Avustralya, Avusturya ve İngiltere için iki faktör arasında herhangi bir nedensellik bulunamazken, İrlanda, Kore, Portekiz ve Hindistan için ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik, Belçika, Norveç, Meksika, Amerika, Çin ve Japonya için ise sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru bir nedensellik ilişkisine ulaşılırken geriye kalan Kanada, Finlandiya, İzlanda, Yeni Zelanda, İspanya, Brezilya ve Güney Afrika ülkeler içinse çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Literatürdeki çalışmalar yapıldığı tarihe göre tablo halinde aşağıdaki gibi özetlenebilir:

**Tablo 4-1: Literatürdeki Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Çalışmaları**

Çalışma	Ülkeler	Dönem	Sağlık Göstergesi	Yöntem	Bulgular
Kelly (1997)	73 ülke	1970-1989	Sağlık Harcamaları	EKK	Negatif
Bloom vd. (2001)	104 ülke	1960-1990	Doğuşta yaşam beklentisi	Panel veri	Pozitif
Mayer (2001)	18 Latin Amerika Ülkesi	1950-1990	Doğuşta yaşam beklentisi	Nedensellik	Doğuşta yaşamdan büyümeye doğru nedensellik ilişkisi
Bhargava vd. (2001)	92 ülke	1965-1990	Doğuşta yaşam beklentisi	Panel Veri	Pozitif
Sab ve Smith (2001)	100 ülke	1970-1996	Doğuşta yaşam beklentisi	EKK	Pozitif
Webber (2002)	46 ülke	1960-1990	Sağlık Harcamaları	EKK	Pozitif
Kar ve Taban (2003)	Türkiye	1971-2000	Sağlık Harcamaları	Eş Bütünleşme	Negatif
Chacraborty (2003)	95 ülke	1970-1990	Doğuşta yaşam beklentisi	EKK	Pozitif
Brempong ve Wilson (2004)	44 ülke	1975-1994	Doğuşta yaşam beklentisi Sağlık harcamaları	Panel veri	Her iki değişken için pozitif
Dreger ve Reimers (2005)	21 ülke	1975-2001	Sağlık harcamaları, doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları ve yaşlılık düzeyi	Panel veri	Pozitif
Taban (2006)	Türkiye	1968-2003	Doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumları sayısı, yatak sayıları, sağlık personeli başına düşen kişi sayıları	Nedensellik	Sağlık kurum say. dışındaki değişkenler ile büyüme arasında çift yönlü nedensellik

Erdoğan ve Bozkurt (2008)	Türkiye	1980-2005	Doğuştaki yaşam beklentisi	ARDL modeli	Pozitif
Erdil ve Yetkiner (2009)	75 ülke	1990-2000	Sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir	Nedensellik	Çoğunda Pozitif
Mehrara ve Musai (2011)	Petrol ihracı yapan 11 ülke	1971-2007	Sağlık harcamaları	Panel Birim Kök, Panel Eş bütünleşme	Ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru güçlü bir nedensellik
<b>Tekabe (2012)</b>	5 ülke	1970-2009	Kişi başına düşen gelir, yaşam beklentisi ve ölüm oranları	Nedensellik	Ölüm oranları ile gelir arasında negatif, beklenen yaşam süresinden kişi başına düşen reel gelire doğru bir nedensellik
<b>Ak (2012)</b>	Türkiye	2001-2006	Sağlık harcamaları, Ekonomik büyüme, Doğuştaki yaşam beklentisi	Nedensellik	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemde pozitif
<b>Mehrara ve ark., (2012)</b>	13 MENA ülkesi	1995-2005	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Panel veri	Pozitif
<b>Majdi (2014)</b>	15 Akdeniz ülkesi	1992-2010	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Birim kök, eş bütünleşme	Pozitif
<b>Ay ve ark., (2013)</b>	Türkiye	1968-2006	Reel GSYH, yataklı sağlık kurumu sayısı, sağlık memuru başına düşen kişi sayısı, yataksız sağlık kurumu sayısı	Eş bütünleşme	Pozitif
<b>Aydemir ve Baylan (2015)</b>	Türkiye	1998-2012	Sağlık harcamaları, GSYH	Nedensellik	Sağlık harcamalarından hasılaya doğru nedensellik
<b>Amiri ve Linden (2015)</b>	34 OECD ülkesi	1970-2012	Sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir	Nedensellik	Ülkelerin çoğunda çift yönlü nedensellik
<b>Ye ve Zhang (2018)</b>	15'i OECD toplam 20 ülke	1971-2015	Sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir	Nedensellik	Bazı ülkeler için çift yönlü, bazı ülkeler için tek yönlü nedensellik, bazılarında ise hiçbir ilişki bulunamamış

**Kaynak:** Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Literatürde, görüleceği üzere sağlık, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelendiği çok fazla sayıda çalışma yapılmıştır. Fakat halen bu

çalışmalarda ortak bir sonuca ulaşıldığı söylenemez. Çünkü bazı araştırmacılar sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında karşılıklı nedensellik ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşırken, bazı araştırmacılar ise sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye veya ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin var olduğu sonuçlarına ulaşmaktadırlar. Bu sonuçların aksine, söz konusu değişkenler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır.

Sonuç olarak; sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi etkilemesi, kişilerin gelirlerinin giderek artacağını göstermektedir. Gelirleri artan kişiler, gelirlerinden sağlıkları için daha fazla pay ayıracaklar, dolayısıyla sağlık statüleri giderek daha da iyileşecektir. Çünkü yüksek gelir daha iyi beslenme olanakları, temiz ve güvenilir suya erişim, sağlık hizmetleri gibi sağlığı teşvik edici mal ve hizmetlere daha fazla erişim sağlayacaktır. Aynı zamanda sağlık; çalışan verimliliğini artıracak, işgücü olarak daha az kayıp işgünleri olacaktır. Sağlıklı insanlar eğitime de daha fazla vakit ayırayabileceklerdir ve eğitimlerinden daha fazla süre fayda sağlayacaklardır. Daha yüksek eğitim seviyesi ve daha verimli çalışanların olduğu bir toplum, ülkenin ekonomik açıdan daha da yükselmesini, beraberinde teknolojinin gelişmesini de sağlayacaktır. Teknolojinin gelişmesi giderek daha kaliteli bir sağlık hizmeti almak anlamına gelecek, bununla beraber kaliteli sağlık hizmeti alımına artan talep yine sağlık harcamalarını artıracak ve döngü bu şekilde devam edecektir denilebilir.

Diğer yandan, yapılan diğer çalışmalar da göz önünde bulundurulursa bu iki faktör (sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme) birbirini sonsuza kadar pozitif anlamda besleyemeyecektir. Verimliliğin düşmesi, gereksiz yapılan sağlık harcamaları, gereğinden fazla hastane yatak sayısına ulaşılması gibi faktörlerin, bu döngüyü kırabileceği, hatta ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyeceği söylenebilir.

Bu durumda, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi ve beraberinde iyi sağlık statüsünü getirip bunu sürekli kılması, daha düşük işgücü kayıp günleri, daha yüksek teknoloji, daha kaliteli hizmet ve bu kaliteli sağlık hizmetine olan talebin artması ancak ve ancak yapılan sağlık harcamalarının etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanması ve bu verimliliğin sürdürülmesi ile mümkün olacağı söylenebilir.

## KAYNAKLAR

- Afghani, A. (2009). *Family History of Osteoporosis içinde Silverstein, D. K. ve Connor, E. B. The Relation of Maternal and Paternal Family History to Bone Health in Older Men and Women*. New York: Nova Science Publishers.
- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Panel nedensellik analizi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17, 34-102.
- Ahmed, P. I., Kolker, A. ve Coelho, G. V. (1979). *Toward a New Definition of Health: An Overview*. New York: Plenum Press.
- Ak, R. (2012). The relationship between health expenditures and economic growth: Turkish case. *International Journal of Business Management ve Economic Research*, 3, 404-409.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim Tarihi: 19.10.2019 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>
- Akdemir, N. ve Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 82-91.
- Akdur, R. (2000). Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı (tartışılması gereken sorular). *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 1, 38-45.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu."* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. Erişim Tarihi: 19.11.2019 [http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN\\_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE\\_\\_T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf)
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 8, 1-41. Erişim Tarihi: 19.11.2019 <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf>
- Aktan, C. C. ve Işık, A. (2007). 21. Yüzyılda herkes için sağlık: 21 hedef. 1-14. Erişim Tarihi: 02.05.2019, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkesicin.pdf>

- Alataş, S. (2014). Ekonomik kalkınmayı belirleyen faktörler: Ampirik bir analiz. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 23.
- Alkin, E., Yıldırım, K., Özer, M. ve Şıklar, İ. (2008). *İktisada Giriş*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 3-50.
- Amiri, A. ve Linden, M. (2015). Income and total expenditure on health in OECD countries: Evidence from panel data and Hsiao's version of granger non-casuality test. *Economics and Business Letters*, 5, 1-9.
- Arık, Ö. ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye'de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2, 45-50.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 5, 941-973. Erişim Tarihi: 10.10.2019 [https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)
- Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. (İkinci Baskı) İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Ay, A., Kızılkaya, O., ve Koçak, E. (2013). Sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Türkiye örneği. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6, 163-172.
- Aydemir, C. ve Baylan, S. (2015). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Dergisi*, 13, 417-435.
- Aydın, E. (2004). 19. yüzyılda Osmanlı sağlık teşkilatlanması. *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 15, 185-207. Erişim Tarihi: 17.11.2019 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/19/1272/14647.pdf>
- Balsak, M. (2004). Türkiye'de sağlık sektörünün kalkınma sürecinde yeri ve önemi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 102-112.
- Barış, S. ve Erdoğan, S. (2018). 21. Yüzyılda demokrasi ve ekonomik büyüme ilişkisi: Literatür İncelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 20, 83-102.
- Barro, R. J. (1996). *Health and Economic Growth*. Massachusetts: Harvard University Press.

- Benson, L. (2006). *Healthcare Management içinde (ed. Walshe ve Smith) Healthcare systems: an overview of health service provision and service delivery*. New York: Open University Press.
- Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. New York: The Macmillan Company. Erişim Tarihi: 12.11.2019 <https://dspace.gipe.ac.in/xmlui/bitstream/handle/10973/32621/GIPE-033701-Contents.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Beylik, U., Kayral, İ., H. ve Çıraklı Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4, 183-189.
- Bhargava, A., Jamison, D. T., Lau, L. J. ve Murray, C. J. (2001). Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of health economics*, 20, 423-440.
- Bhat, V. N. (2005). Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *The European Journal of Health Economics*, 6, 215-222.
- Bloom, D. E., Canning, D. ve Sevilla, J. (2001). The effect of health on economic growth: Theory and evidence: *National Bureau of Economic Research*, 1-26.
- Bodenheimer, T. ve Fernandez, A. (2005). High and rising health care costs. Part 4: Can costs be controlled while preserving quality? *Annals of internal medicine*, 143, 26-31.
- Boz, C. ve Aslan, Ö. (2018) *Ekonomi Bilimi ve Sağlık Ekonomisinin Doğuşu/Kapsamı içinde (ed. Söyük, S. ve Gün, İ. Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi)*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Boz, C. ve Sur, H. (2015). Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkelerin sağlık harcamaları açısından benzerlik ve farklılık analizi. *Sosyal Güvence*, 9, 23-46.
- Branson, W. H., ve Kanyılmaz, İ. (1995). *Makro İktisat Teorisi ve Politikası*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Çakır, Ö. D. (2016). Türkiye ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi. *T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1, 48-57.
- Caniklioğlu, N. (2006). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Chakraborty, S. (2004). Endogenous lifetime and economic growth. *Journal of Economic Theory*, 116, 119-137.

- Cohen, W. J. (1969). *Toward a Social Report. U.S. Department of Health, Education and Welfare*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Creese, A. (1997). User fees. *BMJ: British Medical Journal*, 315, 202.
- Cutler, D. M. ve Reber, S. J. (1998). Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection. *The Quarterly Journal of Economics*, 113, 433-466.
- Çağlayaner, H. (2014). *Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Türkiye'de Sağlıkın Çağdaşlaşması*. İstanbul: Deomed Yayıncılık.
- Çalışkan, Z. (2009). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde ekonomik değerlendirme yöntemi olarak maliyet-etkililik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2, 311-332.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 63.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı (health services and their financing in Turkey). *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11, 177-216.
- Çoban, H. (2009). Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, 14-72.
- Deber, R. B., Forget, E. L. ve Roos, L. L. (2004). Medical savings accounts in a universal system: Wishful thinking meets evidence. *Health policy*, 70, 49-66.
- Dirican, M., R. (1970). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 2, 184-193.
- Dreger, C. ve Reimers, H. E. (2005). Health care expenditures in OECD countries: a panel unit root and cointegration analysis. *IZA Discussion Paper No:1469*, 1-20.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., ve Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (Fourth edition) Oxford: Oxford University Press.
- Eligüzel, C. (2019). Değişen sosyal güvenlik sistemi ve sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme: Ardahan örneği. *T.C Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Uluslar arası İlişkiler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*.

- Engle, R. F. ve Granger, C. W. (1987). Co-integration and error correction: Representation, estimation, and testing. *Econometrica: journal of the Econometric Society*, 55, 251-276.
- Erdil, E. ve Yetkiner, H. (2009). The Granger-causality between health care expenditure and output: a panel data approach, *Applied Economics*, 41, 511-518.
- Erdoğan, S. ve Bozkurt, H. (2008). Türkiye’de yaşam beklentisi-ekonomik büyüme ilişkisi: ARDL modeli ile bir analiz. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 3, 25-38.
- Erişti, H. E., Öbay, H., Oğuz, H., Arı, N. I., Duyuran, H. G. ve 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.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4, 9-32.
- Ersoy, A. (2015). *İktisadi Teoriler ve Düşünceler Tarihi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Evans, R. G. (1997). Going for the gold: The redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 427-465.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 6-8.
- Florens, J.P ve Mouchart, M. (1982). A note on noncausality. *Econometrica*, 50, 583-591.
- Garber, A. M. (1999). Advances in cost-effectiveness analysis of health interventions. *In Handbook of health economics*, 1, 181-221.
- Gerdtham, U. G., Søgaard, J., Andersson, F. ve Jönsson, B. (1992). An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. *Journal of health economics*, 11, 63-84.
- Goldsmith, S. B. (1972). The status of health status indicators. *Health Services Reports*, 3, 212-220.
- Görgün, S. (1993). *Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları*. İstanbul: SBF Yayınları.
- Güneş, H. H. (2009). İktisat tarihi açısından nüfus teorileri ve politikaları. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 126-138.

- Gürak, H. (2006). *Ekonomik Büyüme ve Küresel Ekonomi*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Güvel, E. A. (2011). *Ekonomik Büyüme Kuramları Ulusların Zenginliğinin Dinamikleri*. Adana: Karahan Kitabevi.
- Gyimah-Brempong, K., ve Wilson, M. (2004). Health human capital and economic growth in Sub-Saharan African and OECD countries. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44, 296-320.
- Hansen, P., ve King, A. (1996). The determinants of health care expenditure: A cointegration approach. *Journal of Health Economics*, 15, 127-137.
- Hauck, K., Smith, P. C. ve Goddard, M. (2004). The economics of priority setting for health care: a literature review. *HNP Discussion Paper*, i-74.
- Hitiris, T., ve Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11, 173-181.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85, 86-99.
- Işığcıok, E. (1994). *Zaman Serilerinde Nedensellik Çözümlemesi: Türkiye 'de Para Arzı ve Enflasyon Üzerine Ampirik Bir Araştırma*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Jones, C. I. (2001). *Introduction to Economic Growth*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Jones, C. I. ve Williams, J. C. (2000). Too much of a good thing? The economics of investment in R&D. *Journal of Economic Growth*, 5, 65-85.
- Kadılar, C. (2000). *Uygulamalı Çok Değişkenli Zaman Serileri Analizi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi.
- Kar, M. ve Ağır, H. (2006). Türkiye'de beşerî sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi: Eşbütünlük yaklaşımı ile nedensellik testi 1926-1994. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 51-64.
- Kar, M. ve Taban, S. (2003). Kamu harcama çeşitlerinin ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58, 145-169.
- Karaca, O. (2003). Türkiye'de enflasyon-büyüme ilişkisi: Zaman serisi analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 4, 247-255.
- Karagül, M. (2002). *Beşerî Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye'deki Önemi*. Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Yayınları.

- Karasu, M. A. (2008). Türkiye’de kentleşme dinamiklerinin suça etkisi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 57, 255-281.
- Karataş, M., ve Çankaya, E. (2010). İktisadi kalkınma sürecinde beşerî sermayeye ilişkin bir inceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3, 29-55.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2. Baskı.
- Kazgan, G. (1993). *İktisadî Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi*: İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kelly, T. (1997). Public expenditures and growth. *The Journal of Development Studies*, 34, 60-84.
- Kesgin, C., ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın tanımı: Başaçıkma. *Journal of Istanbul Kültür University*, 3, 47-49.
- Khanolkar, V., Khan, S. A. ve Gamba, M. (2016). An insight on health care expenditure. *MBAA Proceedings 2010 - Papers*, 34 Erişim Tarihi: 02.05.2019 <https://sga.usi.edu/media/3654718/Insight-on-Health-Care.pdf>
- Kılıç, R. ve Özbek, R. İ. (2018). Sağlık ve eğitim hizmetleri ile ekonomik büyüme ilişkisi: OECD ülkeleri uygulaması. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8, 369-391.
- Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kibritçioğlu, A. (1998). İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşerî Sermayenin Yeri. *AÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 53, 1-5.
- Kopnina, H. ve Keune, H. (2013). *Health and Environment Social Science Perspective*. New York: Nova Science Publishers.
- Korkmaz, S. (2010). Türkiye’de AR-GE yatırımları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin VAR modeli ile analizi. *Journal of Yaşar University*, 5, 2.
- Köktaş, A. M. (2014). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: 657 Yayınevi.
- Kutlar, A. (2009). *Uygulamalı Ekonometri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Küçükcalay, A. M. (2011). *İktisadi Düşünce Tarihi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Landau, D. (1986). Government and economic growth in the less developed countries: An empirical study for 1960-1980. *Economic Development and Cultural Change*, 35, 35-75.

- Larson, J. L. (1991). *The Measurement of Health. Concepts and Indicators*. New York: Greenwood Press.
- Lee, K. ve Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health Care financing reform since the 1980s. *Health policy in a globalising world*, 2, 97-119.
- Lee, K. ve Mills, A. (1979). The contribution of economics to health service planning. *Health and social service journal*, 89, 35-40.
- Lockett, T. (1996). *Evidence-Based and Cost-Effective Medicine for the Uninitiated*. New York: Radcliffe Medical Press.
- Majdi, M. (2014). The relationship between efficiency of healthcare costs and economic growth: Empirical validation from mediterranean countries. *Management Studies and Economic Systems*, 54, 1-13.
- Mayer, D. (2001). The long-term impact of health on economic growth in Latin America. *World Development*, 29, 1025-1033.
- Mehrara, M., Fazaeli, A. A., Fazaeli, A. A. ve Fazaeli, A. R. (2012). The relationship between health expenditures and economic growth in Middle East & North Africa (MENA) countries. *International Journal of Business Management & Economic Research*, 3, 425-428.
- Mehrara, M. ve Musai, M. (2011). Granger causality between health and economic growth in oil exporting countries. *Interdisciplinary Journal of Research in Business*, 1, 103-108.
- Mert, M. (2017). *Kalkınma ve Büyüme İktisadı*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.
- Moore, M., Gould, P. ve Keary, B. S. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206, 269-278.
- Mossialos, E., Dixon, A. (2002). Funding Health Care: an Introduction. *Funding health care: options for Europe*, 1, 30.
- Musgrave, R. A. (1969). *Fiscal Systems*. London : Yale University Press.
- Mushkin, S. J. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports*, 73, 785. Erişim Tarihi: 03.05.2019  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1951624/pdf/pubhealthreporig00021-0025.pdf>
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi.

- Mutlu, A. ve Işık A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi
- Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: A cross-national survey. *The Journal of Human Resources*, 12, 115-125.
- Newhouse, J. P. (1987). Health economics and econometrics. *The American economic review*, 77, 269-274.
- Newhouse, J. P. ve Chernew, M. E. (2012). Handbook of Health Economics 2. *Elsevier's Science*, 2, 18.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Öksüz, E. ve Malhan, S. (2005). *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Öner, H. (2018). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 8-55.
- Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S. ve Gözlü, K. (2014). Türkiye sağlık finansmanında yeni bir alternatif: Tamamlayıcı sağlık sigortası. *Akademik Bakış Dergisi*, 42, 1-15.
- Özgüven, A. (1988). *İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Sosyal Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması*. İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Özsağır, A. (2007). *Bilgi Ekonomisi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Özsağır, A. (2008). Dünden bugüne büyümenin dinamiği. *KMU İİBF Dergisi*, 14,3-11.
- Preker, A. S., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W. ve Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 143-150.
- Resmî Gazete (1961). Erişim Tarihi: 04.05.2019  
<https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>
- Robinson, R. (1993). Cost-utility analysis. *Bmj*, 307, 859-862.
- Robinson, R. (2002). *User Charges for Healthcare, içinde (ed. Mossilas E., Dixon A., Figueras J. ve Kutzin J.). Funding Healthcare: Options for Europe* Philadelphia: Open University Press.
- Romer, P. M. (1990). Endogenous Technological Change. *Journal of Political Economy*, 98, 71-102.

- Ron, A., Abel-Smith, B. ve Tamburi, G. (1990). *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*, Switzerland: International Labour Organization.
- Sab, M. R., Smith, M. S. C. (2001). *Human capital convergence: International evidence*. New Orleans: International Monetary Fund.
- Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2015) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Md:4*. Erişim Tarihi: 07.04.2019 [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=240:saik-hmetler-ymeshakkinda-saik-bakanli-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=240:saik-hmetler-ymeshakkinda-saik-bakanli-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34)
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987). Erişim Tarihi: 16.07.2019 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). Erişim Tarihi: 06.04.2019 <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>
- Sari, R. ve Soytaş, U. (2006). Income and education in Turkey: A multivariate analysis. *Education Economics*, 14, 181-196.
- Savaş, V. F. (1997). *İktisadın Tarihi, Liberal Düşünce Topluluğu*. İstanbul: Avcıol Matbaacılık.
- Schulz, R. ve Johnson, A. C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance*. USA: Beard Books. Erişim Tarihi: 15.04.2019 [https://books.google.com.tr/books?id=AdO7LIIKOsgC&pg=PA17&hl=tr&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=AdO7LIIKOsgC&pg=PA17&hl=tr&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)
- Schultz, T.W. (1961) Investment in human capital. *American Economic Review*, 51, 1-17.
- Sloan, F. A. (1996). *Valuing Health Care*. New York: Cambridge University Press.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Söyüç, S. (2018) *Sağlık ve Sağlık Hizmetleri içinde (ed. Söyüç, S. ve Gün, İ. Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi)*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

- Spence, M. ve Lewis, M. (2009). *Health and Growth*. Washington: Commission Growth and Development.
- Stano, M., Sherman, F. ve Goodman, A. C. (2017). *The Economics of Health and Health Care. 8th Edition*. New York: Taylor & Francis Group. Erişim tarihi: 22.03.2019 <https://content.taylorfrancis.com/books/download?dac=C2017-0-66052-1&isbn=9781315101781&format=googlePreviewPdf>
- Sullivan, J. M. ve Tureeva, N. K. (1994). *Infant and Child Mortality*. Calverton, Maryland: Macro International. Erişim Tarihi: 14.12.2019 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr143/08chapter08.pdf>
- Sur, H. ve Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi. İçinde, Tatar, M., *Sağlık Ekonomisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şahin, Ş., Toprak, S. ve Ünal, E. (2012). QALY; kaliteye ayarlı yaşam yılları. *Medicine Science Review*, 4, 232-234.
- Taban, S. (2006). Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisi. *Sosyoekonomi Dergisi*, 2, 31-46.
- Taban, S. (2008). *İktisadi Büyüme Kavram ve Modeller*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Taban, S. (2010). *İçsel Büyüme Modelleri ve Türkiye*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Taban, S., Günsoy, B., Günsoy, G., Erdinç, Z. ve Aktaş, M. (2013). *İktisadi Büyüme*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Taban, S. ve Kar, M. (2006). Beşerî sermaye ve ekonomik büyüme nedensellik analizi, 1969-2001. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 159-182.
- Tarı, R. (2015). *Ekonometri. 11. Baskı*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları
- Tatar, M. (2009). Teorik çerçevesiyle sağlık ekonomisi ve Türkiye’ye ilişkin genel bir değerlendirme. 1. 1-5. Erişim Tarihi: 10.04.2019 <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59-teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme>
- Tekabe, L. F. (2012). Health and long run economic growth in selected low income countries of Africa South of the Sahara: Cross country panel data analysis. *Södertörns University Department of Social Sciences*, 6.
- Tengilimoğlu, D. (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmalık.

- The World Bank (2019). Erişim Tarihi: 06.05.2019  
<https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=TUR#>
- Thorpe, K. E., Florence, C. S., Howard, D. H. ve Joski, P. (2005). The rising prevalence of treated disease: Effects on private health insurance spending. *Health Affairs*, 24, 315-325.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teroik bir inceleme. Erişim Tarihi: 09.05.2019  
<http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/download/article-file/107690>
- Tokalaş, S. (2006). Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 25.
- Top, M. ve Tarcan, M. (2004). Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamaları: 1998-2003 dönemi değerlendirmesi. *Liberal Düşünce Dergisi*, 9, 177-200.
- Toson, B. ve Baker, A. (2003). Life expectancy at birth: Methodological options for small polupations. *National Statistics Methodological Series*, 33, 2-25. Erişim Tarihi: 09.12.2019  
[https://www.researchgate.net/profile/Barbara\\_Toson/publication/241469911\\_Life\\_expectancy\\_at\\_birth\\_methodological\\_options\\_for\\_small\\_populations/links/0c9605334dba390e98000000/Life-expectancy-at-birth-methodological-options-for-small-populations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Barbara_Toson/publication/241469911_Life_expectancy_at_birth_methodological_options_for_small_populations/links/0c9605334dba390e98000000/Life-expectancy-at-birth-methodological-options-for-small-populations.pdf)
- Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetim*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Ünsal, E. (2014). *Mikro İktisat*. Ankara: İmaj Yayıncılık.
- Walshe, K. ve Smith, J. (2006). *Healthcare Management, içinde Introduction: The Current and Future Challenges of Healthcare Management*. New York: Open University Press.
- Webber, D. J. (2002). Policies to stimulate growth: Should we invest in health or Education? *Applied Economics*, 34, 1633-1643.
- WHO. (1946). International health conference, New York, June-July 1946. Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. *United Nations, World Health Organization, Interim Commission*. Erişim tarihi: 14.09.2019 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>
- WHO. (1978). World Health Organization. Decleration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Erişim Tarihi: 09.11.2019  
[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO. (1986). *World Health Organization: Basic Documents*. Geneva.

- WHO. (2011). The determinants of health expenditure: A country-level panel data analysis. *World Health Organization Working Paper - A Working Paper of the Results for Development Institute, 1*, 1-25.
- Witter, S. (2001). Briefing paper for oxfam GB, health financing in developing and transtional countries. *Centre For Health Economics University of York, 22*, 4.
- Yaşar, Y., G. (2007). Sağlıkın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi. *T.C Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi*.
- Ye, L. ve Zhang, X. (2018). Nonlinear granger casuality between health care expenditure and economic growth in the OECD and major developing countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 7*, 1-16.
- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. (1995). Erişim Tarihi: 10.11.2019 <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>
- Yıldırım, K. (2000). *Ekonomik Büyüme İktisat Teorisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yıldırım, S. (1994). Sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet analizi. *Uzmanlık Tezi, DPT Yayını*. Erişim tarihi: 26.04.2019 [http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Saglik\\_Hizmetlerinde\\_Harcama\\_ve\\_Maliyet\\_Analizi.pdf](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Saglik_Hizmetlerinde_Harcama_ve_Maliyet_Analizi.pdf)
- Yılmaz, Ö. G., (2005). Türkiye ekonomisinde büyüme ile işsizlik oranları arasındaki nedensellik ilişkisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi, 2*, 63-76.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programının küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 1*, 176-188.
- Yumuşak, İ. G. ve Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık harcamaları iktisadi büyüme ilişkisi üzerine ekonometrik bir inceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4*, 57-70.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16*, 591-610.

## HAM VERİLER

Yıllar	KBDTSH
1975	41.765
1976	37.807
1977	55.541
1978	61.946
1979	66.75
1980	73.429
1981	90.39
1982	80.066
1983	88.742
1984	91.277
1985	69.317
1986	95.718
1987	98.762
1988	119.172
1989	127.912
1990	151.795
1991	174.525
1992	181.84
1993	196.065
1994	178.732
1995	174.611
1996	229.92
1997	265.226
1998	299.833
1999	369.102
2000	431.79
2001	472.627
2002	519.978
2003	509.731
2004	558.668
2005	588.128
2006	677.564
2007	733.105
2008	807.052
2009	817.062
2010	843.282
2011	888.309
2012	894.74
2013	947.74
2014	1006.772
2015	1040.373
2016	1126.755
2017	1185.602
2018	1226.585

Yıllar	KBDGSYİH
1975	2855.755
1976	3260.074
1977	3507.423
1978	3732.68
1979	3934.976
1980	4099.969
1981	4591.937
1982	4925.184
1983	5240.422
1984	5651.511
1985	5928.176
1986	6324.24
1987	6974.673
1988	7249.497
1989	7423.884
1990	8272.936
1991	8487.97
1992	9050.601
1993	9849.903
1994	9362.012
1995	10088.11
1996	10810.3
1997	11641.32
1998	8930.799
1999	8608.417
2000	9430.358
2001	9077.436
2002	9208.583
2003	9502.426
2004	10765.53
2005	11795.53
2006	13515.68
2007	14727.39
2008	15910.7
2009	15335.57
2010	17231.69
2011	19445.13
2012	20473.44
2013	22204.87
2014	23982.61
2015	25727.6
2016	26329.75
2017	28189.72
2018	28383.57

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ TÜRKİYE ÜZERİNE EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>16</b>	% <b>10</b>	% <b>6</b>	% <b>13</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Beykent Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Trakya University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>pt.scribd.com</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Fırat Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>egeweb.ege.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b>	<% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Mehmet	<b>Soyadı</b>	Özyurt
<b>Doğ.Yeri</b>	HATAY	<b>Doğ.Tar.</b>	07.11.1991
<b>Email</b>	ozyurtmehmet1@gmail.com	<b>Uyruğu</b>	T.C

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	-	-
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi – Sağlık Ekonomisi ABD	2020
<b>Lisans</b>	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi – Sağlık Yönetimi	2015
<b>Lise</b>	Antakya Selim Nevzat Şahin Anadolu Lisesi	2009

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Araştırma Görevlisi	Nişantaşı Üniversitesi	2019-halen
<b>2.</b>	Misafir Hizmetleri Temsilcisi	Liv Hospital	2015-2015
<b>3.</b>	Stajyer	ESOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		76,25

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	86,36	84,52	82,24

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ms Office	İyi
E-Views	İyi
SPSS	İyi

**İlgi Alanları:** Sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, yönetim ve organizasyon gibi akademik alanlar yanında hobileri; amatör videographer ve amatör doğa fotoğrafçılığıdır.

