

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK
BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TÜRKİYE’DE
İLLER DÜZEYİNDE AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA**

Gizem YABURĞAN

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEMMUZ 2022

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TÜRKİYE’DE İLLER DÜZEYİNDE
AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA

Tez Yazarı
Gizem YABURĞAN

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KÖSTEKÇİ

TEMMUZ 2022
ELAZIĞ

BEYAN

Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım “SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TÜRKİYE’DE İLLER DÜZEYİNDE AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA” Başlıklı Yüksek Lisans Tezi’nin içindeki bütün bilgilerin doğru olduğunu, bilgilerin üretilmesi ve sunulmasında bilimsel etik kurallarına uygun davrandığımı, kullandığım bütün kaynakları atıf yaparak belirttiğimi, maddi ve manevi desteği olan tüm kurum/kuruluş ve kişileri belirttiğimi, burada sunduğum veri ve bilgileri unvan almak amacıyla daha önce hiçbir şekilde kullanmadığımı beyan ederim.

15.06.2022

Gizem YABURĞAN



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın araştırılmasında, hazırlanmasında ve sonuçlandırılmasında danışmanlığını ve desteğini esirgemeyen, değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Köstekçi'ye; onun nezdinde hem lisans hem yüksek lisans eğitimim boyunca katkılarını esirgemeyen bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca başta kıymetli annem olmak üzere, yüksek lisans eğitimime vesile olan ve varlığını her zaman hissettiren biricik kardeşim Eylem Buse Yaburğan'a, süreç boyunca yanımda olan Özge Toper'e ve aileme; desteğini ve katkılarını esirgemeyen bütün arkadaşlarıma varlıkları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gizem YABURĞAN

ELAZIĞ, 2022



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER	III
ÖZET.....	VI
ABSTRACT	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
EKLER LİSTESİ	IX
KISALTMALAR LİSTESİ	X
1. GİRİŞ	1
2. TEORİK ÇERÇEVEDE SAĞLIK EKONOMİSİ	4
2.1. Sağlık Ekonomisi	4
2.1.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı.....	4
2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi	6
2.1.3. Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi	7
2.1.4. Sağlık Ekonomisinin Göstergeleri	8
2.2. Sağlık ve Sağlık Statüsü.....	9
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	12
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	14
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
2.4.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
2.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	15
2.4.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri.....	16
2.4.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri.....	16
2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	16
2.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	17
2.4.3.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri	17
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep.....	17
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Arz.....	17
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep.....	19
3. EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ.....	21
3.1. Ekonomik Büyüme.....	21

3.2. Ekonomik Büyüme Etkileyen Unsurlar	21
3.2.1. Beşeri Sermaye.....	22
3.2.1.1. Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme.....	22
3.2.1.2. Beşeri Sermaye ve Sağlık Harcamaları	23
3.2.2. Sermaye Birikimleri ve Yatırımlar.....	24
3.2.3. Teknolojik İlerlemeler.....	24
3.2.4. Doğal Kaynaklar	25
3.3. Ekonomik Büyüme Modelleri.....	25
3.3.1. Klasik ve Neoklasik Modeller.....	26
3.3.2. Keynesyen Modeli	29
3.3.3. R. Harrod ve E. Domar Modeli	29
3.3.4. İçsel Büyüme Modelleri.....	30
3.4. Sağlık Harcamaları.....	33
3.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	35
3.5.1. Kişi Başına Düşen Milli Gelirin Yükselmesi.....	35
3.5.2. Eğitim Seviyesi ve Bilinçlenme	35
3.5.3. Sosyal Değer Yargılarının Farklılaşması	36
3.5.4. Teknolojik Değişimler	37
3.5.5. Kentleşme.....	37
3.5.6. Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması.....	38
3.5.7. Tıp Alanındaki Gelişmeler	38
3.6. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi.....	38
4. EKONOMETRİK ANALİZ.....	42
4.1. Literatür Taraması	42
4.2. Veri Seti	44
4.2.1. Veri Setine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	45
4.2.2. Veri Setine Ait Korelasyon Matrisi.....	46
4.2.3. Model ve Yöntem.....	46
4.3. Metodoloji ve Uygulama.....	47
4.3.1. Panel Birim Kök Testi.....	48
4.3.2. Homojenlik Testi.....	50
4.3.3. Panel ARDL Analizi	51
4.3.4. Panel Nedensellik Testi.....	53

5. SONUÇ.....	57
KAYNAKÇA	61
EKLER.....	75
ÖZ GEÇMİŞ	



ÖZET

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ:
TÜRKİYE’DE İLLER DÜZEYİNDE AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA

Gizem YABURĞAN
Yüksek Lisans Tezi

FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Haziran 2022, Sayfa: X+76

Teknolojik gelişmelerin ve bilgi çağının yaşandığı günümüzde sağlık, temel bir hak olmanın yanı sıra sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ve küreselleşen dünyada rekabet edilebilirliği sağlayan beşeri sermayenin geliştirilme sürecinin en önemli unsurlarından biridir. Bir refah ve gelişmişlik ölçütü olan sağlık, kalkınmanın en temel anahtarlarından biridir. Üretimde girdi olarak kullanılan işgücünün rehabilite edilmesi sürecinde kritik bir rol oynayan sağlık yatırımları, sağlıklı toplumların teminatıdır. Sağlıklı toplumlarda, yaşam kalitesinin yükselmesine paralel olarak beşeri sermayenin de kalitesi artmaktadır. Sağlıklı toplumlar ise şüphesiz eğitim ve sağlık gibi beşeri sermayeye yönelik yapılan harcamalarla oluşmaktadır. Sağlıklı toplum koşullarında kaliteli beşeri sermayenin istihdamı ise daha verimli sonuçların alınmasını mümkün kılmaktadır. Bu bağlamda beşeri sermayenin geliştirilmesi, korunması ve sonuç olarak sürdürülebilir bir ekonomik büyümenin sağlanmasında kritik bir önem sahip olan sağlık harcamalarının ülke ekonomisindeki öneminin saptanması, bilimsel yazında üzerinde yoğun çalışılan bir araştırma konusudur.

Bu çalışmanın amacı, sağlık harcamalarının kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla üzerindeki etkisini araştırmaktır. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelendiği bu çalışmada, Türkiye’de 81 ilin yıllık verilerden oluşan 2004-2020 dönemine ait sağlık ve eğitim harcamalarının, kişi başına düşen milli gelir ile olan ilişkisi panel veri analizi ile incelenmiştir. Çalışmada yapılan panel ARDL analizinden elde edilen sonuçlara göre, uzun dönemde sağlık harcamalarındaki % 1’lik bir artışın, kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılayı % 0.353 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Bir kontrol değişkeni olarak kullanılan eğitim harcamalarındaki artışın ise kişi başına düşen milli geliri artırdığı ve eğitim harcamalarındaki % 1’lik bir artışın kişi başına düşen geliri % 1.058 oranında artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Panel Granger (1969) nedensellik testi kullanılarak değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmada elde edilen bulgulara göre; sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve kişi başına düşen gelir arasında çift yönlü nedensellik ilişkileri bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, Türkiye, Panel ARDL Analizi, Panel Granger Nedensellik Testi.

ABSTRACT

The Impact of Health Expenditures on Economic Growth: An Empirical Investigation from Provinces in Turkey

Gizem YABURĞAN

Master's Thesis

FIRAT UNIVERSITY

Institute of Social Science

DEPARTMENT OF HEALT MANAGEMENT

June 2022; Page: X + 76

Today, when technological developments and the age of information are happening, health is a fundamental right, as well as one of the most important elements of the development of human capital, which provides sustainable economic growth and competitiveness in the globalized world. Health, a measure of prosperity and improvement, is one of the key to development. Health investments, which play a critical role in the rehabilitation of the labor force used as input in production, are the guarantees of healthy societies. In healthy societies, the quality of human capital is increasing in parallel with the rise of quality of life. Healthy societies are undoubtedly made up of expenditure on human capital, such as education and health. In healthy society, the employment of quality human capital makes it possible to achieve more efficient results. In this context, the determination of the importance of health expenditures in the country's economy, which is critical to the development, protection of human capital and consequently ensuring sustainable economic growth, is a study of hard work in scientific writing.

The purpose of this study is to investigate the impact of health expenditures on gross domestic product per capita. In this study, the health expenditure and economic growth relationship were examined by panel data analysis of the 2004-2020-year health and education expenditures of 81 provinces in Turkey, related to national income per capita. According to the results of the panel ARDL analysis, a 1% increase in health expenditure in the long term has been found to reduce gross domestic product per capita by 0,353%. The increase in education expenditures used as a control variable has been found to increase national income per capita, and a 1% increase in education spending increases income per capita by 1,058%. According to the findings obtained in the study where relations between variables were examined using the panel Granger (1969) causality test, there were bilateral causality relations between health expenditures, education expenditures and per capita income.

Key Words: Health Economics, Health Expenditures, Health Services, Economic Growth, Turkey, Panel ARDL Analysis, Panel Granger Causality Test.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Veri Setine Ait Değişkenler.....	45
Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler	45
Tablo 3. Korelasyon Matrisi	46
Tablo 4. Panel Birim Kök Testleri	50
Tablo 5. Homojenite Test Sonuçları	51
Tablo 6. Panel ARDL Analizi Sonuçları	52
Tablo 7. Optimum gecikme uzunluğu testi sonuçları	54
Tablo 8. VAR(2) Modeline Ait Otokorelasyon Testi	55
Tablo 9. VAR(2) Modeline Ait Değişen Varyans Testi	55
Tablo 10. Granger (1969) Panel Nedensellik Analizi	55



EKLER LİSTESİ

Ek 1: ARDL Modeline Ait Gecikme Uzunluğu Belirleme İşlemi Sonuçları.....	75
Ek 2: ARDL Analizine Ait Atıkların İstikrarı Grafiği	75
Ek 3: Atıkların Normality Grafiği.....	76



KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltmalar

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EH	: Eğitim Harcamaları
GSMH	: Gayri Safi Millî Hâsıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
KBGSYH	: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
MÖ	: Milattan Önce
SH	: Sağlık Harcamaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Toplumlar, çağın gerekleri doğrultusunda geçmişten günümüze kadar çeşitli yaşam biçimleriyle hayatlarını devam ettirmeye çalışmışlardır. Yasalarla güvence altına alınan yaşam hakkı, ilkel toplumlardan günümüz modern toplumlarına doğru algısal olarak farklılıklar göstermiştir. Bu yönde yapılan tartışmalar, toplumların yaşamlarını devam ettirebilmek adına sadece temel ihtiyaçların karşılanabildiği bir süreçten daha kaliteli bir yaşama doğru evrilmiştir. Özellikle sosyal devlet anlayışının gelişmesiyle birlikte ortaya çıkan sosyal haklardan sağlık hakkı, daha kaliteli bir yaşam için gerekli olan temel haklardan biri olmuştur.

Sağlığın hem bireyler hem de toplumlar için ne derecede önemli olduğu aşikârdır. Sağlık kaybının pek çok alanda olumsuzluklara yol açabileceği ve tatmini azaltabileceği gerçeğinin farkında olan bireyler, her şeyden önce sağlıklı olmayı arzulamaktadırlar. Sağlıklı olabilme durumu sadece bireyi etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda ülke genelinde işgücünün niceliğini ve niteliğini etkileyerek hem üretim hem de tüketim yapısına yansımaktadır. Sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı toplum, sağlam ekonomik yapının da sacayağını oluşturduğundan dolayı sağlık alanına yapılan yatırımların ve sağlık için ayrılan kaynakların önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Sağlık yatırımları noktasında devlet bütçesinden yararlanılmakta ve söz konusu sağlığın bir hak olması durumuna atfen yapılan sağlık harcamalarının önemli bir kısmını bu yatırımlar oluşturmaktadır. Böylesi bir süreçte rasyonel sağlık harcamalarının nasıl olacağı, kaynakların nasıl dağıtılacağı ve sağlık alanındaki yatırımların nasıl planlanacağına ilişkin sorular, sağlık ekonomisinin temellerini oluşturmaktadır. Sağlığın ekonomik boyutunun ele alındığı sağlık ekonomisinde, sağlık harcamaları önemli bir yere sahip olmaktadır. Gelişmişlik düzeyi ile yakın bir ilişki içinde olan sağlık harcamaları, ekonomik kalkınmanın da önemli bir lokomotif niteliğindedir. İktisat teorilerine göre sınırlı olan kaynaklarla ekonomik kalkınmanın gerçekleştirilmesi ve sürdürülebilir bir ekonomik büyümenin sağlanması, devletlerin asıl gayelerini oluşturmaktadır. Bu anlamda sağlık ekonomisi ekseninde harcamaların ve kaynakların en iyi şekilde yönetilerek toplumsal faydanın optimal düzeye çıkarılması temel bir gereklilik olmaktadır.

Ekonomik büyüme kavramı, bir ülkenin mal ve hizmet miktarının, zaman içerisinde artan bir eğilimde olması olarak tanımlanmakta ve ülkelerin önem verdiği konulardan birini oluşturmaktadır (Tıraş, 2018: 2). Diğer bir ifade ile iktisadi yapıda nitelik ve nicelik itibarıyla yığılımlı değişme ve gelişme şeklinde tanımlanan ekonomik büyüme, ülkedeki milli gelirin kişi başına düşen miktarı ile ölçülmektedir. Kişi başına düşen milli gelir ise ülkeler arası kıyaslamalarda kullanılan önemli bir değişken olup ülkelerin ekonomik yapıları hakkında önemli bir bilgi sağlamaktadır. Bu sebeple ekonomik büyüme konusunda geçmişten günümüze süregelen bir tartışma söz konusu olmuş ve bu tartışmalar ekseninde çeşitli ekonomik büyüme modelleri oluşturulmuştur (Sönmez, 1994: 235).

Ekonomik büyüme modelleri çeşitli sınıflandırılmalara tabi tutulsa da temelde dışsal ve içsel büyüme modelleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Neoklasik modellerde teknolojinin dışsal olarak kabul edilmesi ve içsel modellerde ise teknolojinin ekonomideki sinyallerden etkilendiği ve bu sebeple içsel olarak kabul edilmesi, bu ayrımı özetler niteliktedir (Seyidoğlu, 2006: 844). Beşeri sermayenin de açık bir şekilde içsel modellerde yer edinmesi nedeniyle diğer klasik modellerden ayrılan içsel modeller; eğitim ve sağlık gibi bileşenler ekseninde şekillenen ekonomik büyüme modellerinden oluşmaktadır.

Beşeri sermaye, ekonomi içerisinde yer alan bilgi temelli nitelikli işgücünü tanımlamak için kullanılan bir sermaye türüdür. 1980’li yıllara kadar fiziki sermayenin içerisinde varlık gösteren ve fiziki sermayeden ayrıştırılmayan beşeri sermaye, günümüzde ekonomik büyümenin belirleyicileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Beşeri sermaye, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini eğitim ve sağlık göstergeleri ekseninde kıyaslamaya olanak sağlayan önemli bir unsur olup (Yumuşak, 2008: 5; Şimşek ve Kadılar, 2010: 117) yüksek düzeyde eğitim ve sağlık harcaması gerektirmektedir. Sağlık harcamaları, ekonomik büyümenin dinamiklerinden beşeri sermayenin geliştirilmesi ve korunmasında önemli bir unsur olduğundan, daha sağlıklı bir beşeri sermayenin üretime katkısının daha yüksek olacağı ve bunun da gelir artışı yaratmak suretiyle ekonomik büyüme sürecine işlerlik kazandıracağı varsayılmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen sağlık harcamaları, beşeri sermayeyi geliştirmekle birlikte sağlık sektörüne yönelik teknolojik gelişme sürecini de işlevsel kılmaktadır. Hem beşeri sermayenin hem de sağlık sektöründeki teknolojik altyapının desteklendiği böylesi bir süreçte sağlanan ekonomik büyüme, sonraki süreçte daha fazla sağlık harcaması yapılmasını gerekli kılmaktadır. Yani sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi önemli ölçüde etkileyen bir değişken olduğu gibi ekonomik büyüme sürecinden de önemli düzeyde etkilenen bir değişken olmaktadır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi ifade edilirken, sağlık harcamalarının yarı kamusal hizmet niteliği taşıması ve beşeri sermayeye olan katkısı üzerinde durulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal hizmet olması, bireye fayda sağlamanın yanında tüm topluma da fayda sağlayan bir hizmet olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yönüyle hem bireyi hem de toplumu koruması ve beşeri sermayeyi geliştirmesi açısından devlet müdahalesinin varlığını zorunlu kılan sağlık hizmetlerinin sunumu, daha yoğun olarak devletlerce veya diğer bir ifade ile kamu sektörü kapsamında yapılmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerini sunması neticesinde katlanmış olduğu maliyet, bir finansman sorunu yaratsa da sağlık harcamalarının ekonomik büyüme sürecine işlerlik kazandırması sonucu elde edilen fayda daha fazla ön plana çıkmaktadır. Çünkü sağlık ve sağlık harcamaları, insani gelişmişliğin önemli bir unsuru olduğu gibi küreselleşen dünyada rekabet edilebilirliği sağlayan beşeri sermayenin geliştirilme sürecinin en önemli unsurlarından biridir. Daha sağlıklı bir beşeri sermaye ise sağlam ekonomik yapının ve sürdürülebilir ekonomik büyümenin altyapısıdır. Buradan hareketle beşeri sermayenin geliştirilmesi, korunması ve üretim yapısına katkısının artırılması noktasında kritik bir öneme sahip olan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin Türkiye’de iller bazında incelenmesi amaçlanmıştır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin iller düzeyinde incelenmesi, aynı zamanda kurumsal faktörlerin belirlenmesi açısından da kritik bir amaç taşımaktadır. 2004-2020 dönemi temel alınarak Türkiye’de iller düzeyinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek süratıyla sürdürülebilir ekonomik büyümenin sağlanmasında sağlık harcamalarının rolünü ortaya koymak ve bu yönde politika önerilerinde bulunmak, çalışmanın önemini oluşturmaktadır.

Belirtilen amaç ve önem ekseninde yapılan bu çalışma, esas olarak 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, çalışmanın giriş kısmını oluşturmaktadır. Girişten sonraki ikinci bölümde sağlık ekonomisi, sağlık, sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerinin tanımlarına yer verilerek sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılmasına değinilmiştir. Devamında sağlık hizmetlerinde arz ve talebin önemi vurgulanarak, sağlık sektöründeki arz ve talebin diğer sektörlerden ayrımına dikkat çekilmiştir.

Üçüncü bölümde, çalışmanın ana yapısı oluşturularak ekonomik büyüme kavramı ve ekonomik büyümeye etki eden unsurlar açıklanmıştır. Bu unsurlardan en önemlisini oluşturan beşeri sermaye kavramı, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları çerçevesinde ele alınmıştır. Ekonomik büyüme teorileri dönemlere ayrılarak incelenmiş ve özellikle beşeri sermayenin ekonomik büyüme modelleri içerisindeki yerine vurgu yapılmıştır. Bu bakımdan içsel büyüme modelleri de araştırma konusuna yakınlığı nedeniyle ele alınmıştır. Üçüncü bölümün son kısmında ise sağlık harcamalarına, sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde ise öncelikle konuya ilişkili literatür taramasına yer verilmiştir. Devamında ise metodoloji ve uygulama kısmına geçilmiştir. Çalışma, sonuç kısmıyla kısmıyla tamamlanmıştır.



2. TEORİK ÇERÇEVEDE SAĞLIK EKONOMİSİ

2.1.Sağlık Ekonomisi

Ekonomi bilimine dair birçok farklı tanım bulunmaktadır. En yaygın bilinen tanımıyla ekonomi, kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılmasıdır. Sağlık kavramı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Bu tam iyilik hali, fiziksel iyilik durumunun yanında zihinsel, ruhsal ve sosyal anlamda bir bütün olarak ifade edilmektedir.

Ekonomi ve sağlık ilişkisi, sağlık ekonomisi bilimi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Her ne kadar sağlığı ilgilendiren konular, ekonomi biliminden farklı olsa da sorular genelde aynıdır. Ekonominin konusunu oluşturan kıt kaynaklar, sınırsız ihtiyaçların karşılanması için verimli bir şekilde kullanılmaya çalışılır. Ekonomik ihtiyaçlar olarak nitelendirdiğimiz bu sınırsız ihtiyaçlar, mal ve hizmet kullanımına bağlı olarak karşılanabilen ihtiyaçlardan oluşur. Sağlık ise sağlık hizmetlerinin ekonomik bir değer taşıması sebebiyle, ekonomik ihtiyaçlar grubunda yer almaktadır. Dünyanın geneline bakıldığında, gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz olduğu görülmektedir. Dolayısıyla insanlar, kaynakların sınırlılığı koşulu altında mal ve hizmetler arasında bir seçim yapmak durumunda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik mal olma özelliğinden ötürü, sağlık hizmetlerinde de seçim söz konusu olabilmektedir (Öztürk ve Uçan, 2017: 140).

Sağlık ekonomisi temel anlamıyla sağlık yöneticileri tarafından, para ve sağlık ilişkisini açıklamak için kullanılır. Genel bir çerçeveden bakıldığında sağlık ekonomisi, daha çok ekonomi biliminin sağlık alanına uyarlanması olarak ifade edilmektedir. Sağlık ekonomisi esasen, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu için ayrılan kaynakların, etkin kullanımını sağlayacak bir bilim dalı olarak kabul görülmektedir. Bu noktada sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerini değerlendirmek ve sağlık hizmetlerinin geliştirmek adına uygun politika önerileri sunmaktadır (Mushkin, 1958: 786).

2.1.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık ekonomisi, sağlığın ekonomi bilimiyle kesişmesi sonucunda ortaya çıkmış bir alandır (Mutlu ve Işık, 2012: 15). Sağlık ekonomisi bünyesinde barındırdığı kavramların çokluğu sebebiyle tanımlanması zor olan bir disiplin olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın birçok tanımı da bulunmaktadır. Özellikle iktisat ve ekonomi bilimlerinin tanımlarından faydalanılarak yapılan tanımlar göze çarpmaktadır (Santerre ve Neun, 2007: 5). İktisat biliminde nasıl ki eldeki kaynakların optimum şekilde değerlendirilmesi söz konusu ise sağlık ekonomisinde de sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi sürecinde gerekli olan kaynakların optimum şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Mushkin, 1958: 790).

Williams’a göre sağlık ekonomisini, ekonomi biliminden ayırıştırıp sadece kendine has özellikleriyle değerlendirmek olanaksızdır. Ona göre ekonomi biliminin bütün özellikleri, sağlık içinde geçerlidir. Bir bakıma sağlık ekonomisi, ekonominin bir alt dalıdır (Mutlu ve Işık, 2012: 16). Klarman ise sağlık endüstrisi kavramını kullanarak, hangi kurumların üretim yapacağını, finansmanın nasıl sağlanacağından iş gücüne kadar bütün olguları belirtmiş ve sağlık ekonomisinin bu endüstrideki etkisi üzerinde durarak, sağlık ekonomisini tanımlamıştır (Klarman, 1965: 2). Greenfield, sağlık ekonomisi kavramını biraz daha genişleterek nüfus problemlerini de eklemiştir.

Bu kapsamda nüfusa göre kaynaklar nasıl sağlanacak, sağlık hizmetleri hangi kalitede olacak, üretim kayıpları nasıl telafi edilecek gibi sorular tartışılmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 17). Sağlık ekonomisine gereken önemin verilmesi, devletlerin hem ekonomi hem de sağlık alanlarında oluşturacakları politikaların, bu alanlardaki herhangi bir problemi etkili şekilde çözüm sağlayabilmesi için gereklidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve bünyesinde barındırdığı faaliyetlerin ekonomik değerinin varlığı, ekonomi biliminin sağlık hizmetlerinin içerisinde yer almasını sağlamıştır (Alpugan, 1984: 142). Sağlık ve ekonominin kesiştiği asıl nokta toplumun sağlık ve refah düzeyleri arasında bir ilişkinin bulunması durumudur. Bu ilişki gerek dolaylı yoldan gerekse doğrudan kendini göstermektedir. Bu bakımdan sağlık ekonomisini temelinde üretim, harcama ve refah üçlüsü beraber varlık göstermektedir (Çoban, 2009: 2).

Sağlık ekonomisi, kaynakların etkin tahsisini sağlamakla birlikte bu kaynakların en doğru ve en etkili şekilde kullanılmasını gerekli kılan bir ekonomi dalıdır. Bu yönüyle sağlık ekonomisi, sağlık sektöründe yaşanan ekonomik sorunların çözümünde başvurulması gereken bir bilim dalı olarak karşımıza çıkmaktadır (McPake vd., 2002: 243). Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin tahsisini sağlayarak sağlığı geliştirecek politika önerileri geliştirmekte (Mutlu ve Işık, 2012: 17) ve böylece kaynakların optimal fayda sağlayacak şekilde kullanılarak sağlık hizmetinin doğru zamanda, doğru yerde ve doğru şekilde sunulmasını hedeflemektedir.

Sağlık sektöründeki ekonomik sorunlar, sağlık ekonomisinin önemini vurgulayan önemli başlıklardandır. Sağlık sektöründeki enflasyonun giderek yükselmesi ve maliyet artışının sağlık hizmetlerine de yansması, sağlık ve ekonominin aslında ayrılmaz bir bütün olduğunu göstermektedir (Çelik, 2019: 62). Bu yönüyle sağlık ekonomisi, bünyesinde sağlığa dair bütün olguları ve olguların gerçekleştirdiği bütün faaliyetleri barındırır (Mutlu ve Işık, 2012: 17).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda oluşacak maliyetlerin değerlendirilmesi, sağlık ekonomisinin tanımlanmasında büyük önem taşır. Verilen hizmetin ve tedavinin değerlendirilmesi yapılırken maliyetlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (DPT, 2001: 95). Sağlık ekonomisi, sağlıklı bireylerin sağlık durumlarını koruma noktasında kamu kurumlarının sigorta şirketleri gibi çalışmalarını sağlayarak hizmetlerin finanse edilmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını sağlamaktadır (Güvenek, 2015: 13). Sağlık ekonomisi aynı zamanda sağlığı korumakla beraber, olası tehlikeler altında bireylerin hastalanması halinde sağlanacak olan tedavi ve rehabilite hizmetlerini, ekonomi biliminin katkılarıyla sunarak daha sağlıklı bir toplum yaratmayı amaçlamaktadır (Bekir, 2003: 1).

Sağlık ekonomisi ile birlikte sağlık, kar amacı güden bir sektör haline gelmiştir (Kaya, 2019: 4). Teknolojinin gelişmesi, her geçen gün farklılaşan ekonomik ve finansal yaklaşımlar, özel sektörün sağlık alanında daha fazla yer edinmesi imkânı yaratmıştır. Bununla birlikte ilaç sektörünün de gelişmesiyle sağlık ekonomisinin önemi gittikçe artmış ve özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetleri önemli düzeyde genişlemiştir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin hakkaniyet çerçevesinde etkin sunulması ve aynı zamanda sosyal devlet ilkesi ekseninde şekillenmesi önem arz eden konular olarak ortaya çıkmıştır (Çoban, 2009: 5).

Sağlığın önemi ve sağlık ile ekonomi arasındaki sıkı ilişki, sağlık ekonomisinin makro boyutta ele alınmasını zorunlu kılmıştır. Bu bağlamda makro boyutta sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlik, sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapıları, finansman yöntemleri, planlamalar ve politikalar gibi konuları kapsamaktadır (Çoban, 2009: 6). Sağlık hizmetlerinin

belirtilen konular ekseninde ve ekonomi boyutuyla sunulması, sağlık hizmetlerinin sunum sürecini geliştirmiş ve bu durum ise toplumun refahına katkı sağlamıştır. Böylelikle devletlerin, ekonominin yanında sağlığın da varlığını tanınmasıyla sağlık ekonomisi, çağın gerekliliklerine cevap verecek düzeye gelmiş ve sağlık ile ekonomi birbirini tamamlayan iki önemli unsur olmuştur. Bunun sonucunda ise sürdürülebilir ekonomik büyümenin sağlanması ve sağlığın iyileştirilmesi, toplumun sağlıklı bir ekonomiye sahip olduğunun göstergeleri olarak karşımıza çıkmıştır (Köstekçi, 2014: 3). Tüm bu gelişmeler, bu alanda yasal, yapısal ve kurumsal düzenlemeleri de beraberinde getirmiştir.

Yasal düzenlemeler ile toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesi gerçekleşmiştir. Özellikle halk sağlığı alanında gerçekleşen duyarlılık, beraberinde devletin buna uygun politikalar geliştirme, kalite ve verimliliği artırma, arz ve talebi iyi yönetebilme ihtiyacını hissettirmiştir (Çalışkan, 2008: 32; Çoban, 2009: 6). Gelişmekte olan ülkelere nazaran gelişmiş ülkelerin bu yönde gerçekleşen erken dönem girişimleri, gelişmiş ekonomilerde sağlık harcamalarını önemli düzeyde artırarak sağlık altyapılarının güçlendirmiştir. Bu nedenle gelişmek isteyen ülkelerin, sağlık sistemlerine ilişkin altyapıyı oluştururken daha dikkatli olması temel bir gereklilik olmaktadır. Çünkü sağlık sisteminde iyi bir alt yapı, sağlık ekonomisinin gelişimini de beraberinde getirecektir (Atalan, 2018: 38).

2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi

Sağlık ekonomisi kapsamı itibariyle çeşitli konuları içermektedir. Sağlık ekonomisinin önemini kavrayabilmek açısından öncelikle sağlık ekonomisinin hangi konuları ele aldığını belirtmekte fayda vardır (Culyer ve Newhouse, 2000: 1; aktaran Çınar, 2019: 70).

- Bireylerin sağlık konusundaki değer yargıları ve algıları,
- Sağlık hizmetlerinin maliyet fayda ve etkililik değerlendirmeleri,
- Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin ücretleri, hastaların bekleme süreleri gibi durumlar,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi,
- Sağlık hizmetlerinin sunumundan alınan verimlilik ve uluslararası sağlık hizmet sunumlarının karşılaştırılması,
- Bireylerin cinsiyet durumu, eğitim düzeyi ve beşeri sermayeyi kapsamına alan diğer durumların değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Dolayısıyla sağlığın ekonomiye uyarlanmış hali olarak sağlık ekonomisini tanımlayabiliriz. Gelişen dünya ekonomisi ve gelişen sağlık hizmetleri ile kaynakların yetersiz oluşu, sağlık ekonomisi alanının önemini giderek artırmıştır. Bilhassa sağlık ekonomisi alanında çeşitli çalışmalar yapan, konu itibariyle de sağlık ekonomisinin önemini ele alan Smith ve Feldstein'e göre sağlık ekonomisinin önemi aşağıda belirtilen maddeler altında incelenebilir. Bunlar (Özyurt, 2020: 3);

- Ekonomik faaliyetler, kıt kaynaklar etrafında gerçekleşir. Sağlık sektöründe, diğer ekonomik malları kapsayan sektörlerde olduğu gibi tercih yapma zorunluluğu bulunur ve bu zorunluluk sağlık ekonomisi biliminin yardımıyla çözülebilir.
- Sağlık ekonomisinin önemi, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında, ilgili sektörle bağı bulunan kişilerce ve sağlık politikalarını

oluşturan siyasi birimlerce giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla yapılan tüm faaliyetlerde, kararların alınma süresinden bu kararların uygulanıp değerlendirilmesi sürecine kadar sağlık ekonomisinin önemi oldukça büyüktür.

- Bilimsel alanda ilerlemenin bir sonucu olarak, disiplinler arası etkileşim gerçekleşmekte ve bu sebeple alt disiplinler oluşmaktadır. Nitekim bu gelişme, ekonomi biliminin temel amacı olan kıt kaynakların verimli kullanılması durumu kendini sağlık sektöründe de göstermektedir.

Sağlık ekonomisi biliminin yardımıyla kaynaklar etkin, ekonomik ve verimli kullanılacak şekilde tahsis edilerek toplumsal fayda maksimize edildiği gibi sağlık sektörü alanındaki olası sorunlar da çözülebilmektedir. Bu noktada sağlık ekonomisinin önemini kavramak ve doğru politikalar geliştirmek, sağlık sektörü kapsamında toplumsal refahın artırılması açısından oldukça elzemdir.

2.1.3. Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi

Klarman sağlık ekonomisinin gelişimini, 1950 sonrası dönemde sağlık alanında yaşanan gelişmelerin etkisine dayandırmıştır. Nitekim İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumunun kamu tarafından sağlanmaya başlamasıyla sağlık ekonomisinin önemine vurgu yapılmıştır (Klarman, 1979: 372). Bu dönemde ilk defa ABD’de bir ders olarak okutulan sağlık ekonomisi, ilerleyen süreçte İngiltere’de ekonomistlerin ilgisini çekerek popülerlik kazanmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 25). Ancak bu gelişmelere rağmen Toprak’a göre sağlık ekonomisi, Smith’in “Milletlerin Zenginliği” adlı eseriyle literatüre kazandırılmıştır (Toprak, 1982: 2). Tatar’a göre ise sağlık ekonomisinin ilk çalışmalarını 1931 yılında kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu yürütmüştür (Tatar, 2009: 2).

Sağlık ekonomisini modern anlamda geliştiren ülke ABD’dir. 1960 ve sonrasında birçok ekonomist, sağlık ekonomisine yönelerek çeşitli çalışmalarda bulunmuş ve dolayısıyla sağlık ekonomisini konu edinen birçok dergi yayınlanmıştır. Sağlık ekonomisi dersini öncelikle tıp fakültelerinde okutmaya başlayan ABD, böylece sağlık ekonomisinin gelişimi noktasında Avrupa ülkelerine de öncülük etmiştir. ABD’yi takip ederek 1962 yılında sağlık ekonomisi çalışmalarına başlayan bir diğer ülke İngiltere’dir. İngiltere ilk başta sağlık ekonomisi ofislerini kurarak, sağlık ekonomisi çalışmalarına politik bir yaklaşım eklemiştir (Mutlu ve Işık, 2012: 38). İngiltere’nin sağlık sistemlerini “National Health Service” (NHS) olarak belli bir çerçevede düzenlemesiyle, bölgesel olarak yatak kapasitesini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda, tedavi sonrası hizmetlere oldukça az önem verildiği gözlemlenmiştir (Smith, 1987: 9). İngiliz sağlık ekonomistlerinin, sağlık ekonomisine katkısı özellikle Kalitece Ayarlanmış Yaşam Yılları (Quality Adjusted Life Years-QALY) isimli tekniğin geliştirilmesi ile ön plana çıkmıştır. Bu teknikler, York Üniversitesi’nde geliştirilip kullanılmaya başladığından, aynı zamanda York Okulu yaklaşımı olarak da nitelendirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 37).

Hastalıkların ekonomik maliyetlerine ilişkin yapılan çalışma, Van Dine’ye (1916) ait çalışma olarak kabul edilmektedir. Bu çalışma, sıtma hastalığının o dönem içindeki hastalık günlerinin sayısını belirlemek için yapılmıştır. Hastalık günlerinin ekonomik olarak kaybının ne kadar olduğunu hesaplamaya yönelik yapılan bu çalışma, sağlık ekonomisine önemli bir katkı sağlamıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 27). Ginzberg ise 1950’lerde hastane hizmetlerinin ekonomik olarak değerlendirilmesini yapan çeşitli çalışmalarda bulunmuştur (Ginzberg, 1954).

Modern sağlık ekonomisi yaklaşımlarının Petty (1623-1687) ve Ghadwick (1800-1890) tarafından geliştirildiği kabul edilmektedir. Petty'e göre kişinin değeri, ulusal anlamda üretime yaptığı katkı ile belirlenmektedir. Bunun yanı sıra Petty, sağlığı ve yaşamı koruyan harcamalara ilişkin hesaplamaları yapan ilk bilim insanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Fox, 1979: 298). Modern sağlık ekonomisinin ilk dönemlerinde daha çok sağlık piyasalarındaki talep üzerinde bir yoğunlaşma olmuştur. Bu anlamda talebi etkileyen faktör olarak yalnızca gelir durumu dikkate alınmıştır. Ancak Grossman'ın sonradan yaptığı çalışmada, gelir dışında talebi etkileyen diğerk faktörleri de ele almıştır. Sağlık statülerinin ölçülmesi ve geliştirilmesine olanak sağlayan bu çalışmalar, sağlık ekonomisini başka bir evreye taşımıştır (Grossman, 1972).

Modern anlamda sağlık ekonomisinden bahsederken Arrow'un katkılarından bahsetmemiz gerekmektedir. Phelps'e (1995) göre modern anlamda sağlık ekonomisinin başlama aşamasını, Arrow (1963)'un çalışmaları oluşturmaktadır. Özellikle "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" adlı çalışma önemli yer tutmaktadır (Phelps, 1995). Savedoff (2004) ise Arrow'un yapmış olduğu çalışmayı, modern sağlık ekonomisi alanındaki en geniş ve kapsamlı çalışma olarak değerlendirmektedir. Ekonominin, sağlık alanında etkili bir rol üstlendiğini ve sağlık piyasalarındaki problemlerin çözümünde sağlık ekonomisinin hayati bir önemi olduğunu ifade etmektedir (Savedoff, 2004: 139).

Sağlık ekonomisinin gelişmesi noktasında Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli girişimleri de mevcuttur. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Dünya Bankası (World Bank), ülkelerin sağlık ekonomistleri ihtiyacına yönelik istihdam olanakları yaratmışlardır. Gelişmiş ülkelerin yanı sıra, daha çok gelişmekte olan ülkelerin bu istihdamlara ihtiyacı olmuştur. Çünkü gelişmekte olan ülkelerde sağlık ekonomistlerine olan ihtiyacın yüksek olmasına karşın, sağlık ekonomisti sayısı oldukça azdır. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık ekonomistlerini istihdam etmesi, ülke kalkınmalarına ve büyümelerine katkı sağlaması açısından oldukça önemlidir (Mutlu ve Işık, 2012: 31). Bunun farkında olan ülkeler, sağlık ekonomisine gereken önemi göstererek istihdamlarını bu yönde artırmaya devam etmektedirler.

2.1.4. Sağlık Ekonomisinin Göstergeleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre sağlık ekonomisine ilişkin göstergeler şu şekilde sıralanmaktadır (WHO, 2016).

- Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla içindeki payının yüzdesel ifadesi
- Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yüzdesel ifadesi
- Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yüzdesel ifadesi
- Devletin sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payının yüzdesel ifadesi
- Sağlığa ilişkin sosyal güvenlik harcamalarının kamu sağlık harcamaları içindeki payının yüzdesel ifadesi
- Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması-ortalama (USD)
- Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması-satın alma gücü paritesi (USD)
- Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması-ortalama (USD)
- Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması-satın alma gücü paritesi (USD)

Bu göstergeler içerisinde en sık kullanılan ölçüt, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla içerisindeki payıdır. Bu oran, yüksek gelirli ülkelerin sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapmaları ile artış göstermektedir. Gelişmişlik seviyesinin bir ölçütü olarak da kullanılan bu oran, ülkelerin yüksek tutmak istedikleri ve bu amaç için üzerinde yoğunlaştıkları önemli bir rasyodur (Çelik, 2019: 309).

Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payının yüksek olması, sağlığa ayrılan kaynakların ve sağlık harcamalarının yeterli olduğu anlamına gelmemektedir. Ancak bu rasyo, ülke ekonomisinden sağlığa ne kadar kaynak ayrıldığını ve ülkenin gelişimine ne derecede katkı sağlandığını gösteren önemli bir ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu günümüz toplumlarının sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak sağlığa verdikleri önemin derecesi, toplumsal refahın artırılması noktasında toplumdaki bireyler için de kritik bir önem taşımaktadır. Bundan dolayıdır ki politika yapıcılar tarafından politikalar belirlenirken eğitim ve sağlığa ayrılan kaynakların yüksek tutulması ön planda tutulmaktadır. Çünkü sağlığa ayrılan kaynakların büyüklüğü, ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmalarına katkı sağlarken gelişmişlik düzeylerini de olumlu yönde etkilemektedir (Sayım, 2017: 22).

Ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında kamu-özel sektör paylarının ne düzeyde olduğu da önem arz eden bir konudur. Devletin, sağlık harcamalarının büyük bir kısmını kamu sektörü kapsamında sağlaması ve sigorta kapsamını genişletmesi, toplumların sağlık düzeylerinin gelişimi üzerinde etkili olabilmektedir. Buna karşın kamunun sağlık harcamalarının düşük düzeyde kalması veya sigorta kapsamının dar tutulması sonucu özel harcamalardaki artışa rağmen toplumun sağlık düzeyinin düştüğü görülmektedir (Sayım, 2017: 23). Ancak bu göstergeleri tek başına değerlendirmenin doğru bir yaklaşım olmadığını ifade etmek yerinde bir değerlendirme olacaktır. Çünkü ülkelerin genel durumları göz önünde bulundurularak diğer sağlık göstergelerinin (bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı gibi) de dikkate alınması gerekmektedir.

2.2. Sağlık ve Sağlık Statüsü

Sağlık, tarihin en eski dönemlerinden beri kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbın babası olarak adlandırılan Hipokrat (M.Ö. 400), insan sağlığının; yaşam biçimi, iklim, doğal koşullar, su ve yiyecek kalitesi gibi bulunduğu çevrenin koşullarından etkilendiğini ifade etmiştir. Nitekim sağlık kavramının tarihçesine bakıldığında, Hipokrat'ın da bahsetmiş olduğu çevre koşullarından bahsedildiği görülür. Sağlığı insan bedenindeki kan, sarı safran ve siyah safran ile beden, çevre ve yaşam koşulları arasındaki mevcut denge olarak tanımlamaları bu durumun bir göstergesidir (Ahmed vd., 1979: 9). Dolayısıyla sağlık kavramı, dar kapsamda değil aksine geniş bir anlamda ifade edilmeye çalışılmıştır.

Günümüzde ise DSÖ'nün 1948 yılında yapmış olduğu ve de sağlık denince akla gelen ilk tanım "Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklindedir (Çelik, 2019: 25). Söyük (2018) ise bu tanımla, sağlığı bireysel olarak ele alma konusunda eksik kalacağı gerekçesiyle eleştirmiştir. Ona göre toplumsal etkileşim, mevcut tanımda ele alınması gereken bir durum olup sosyal iyilik halinden bahsetmek için öncelikle sosyal hayat koşullarının sağlıklı olması gerekmektedir (Özyurt, 2020: 6). Bu açıdan bakıldığında, sosyal hayat koşullarının iyileştirilmediği toplumlarda tam bir iyilik halinden bahsetmenin doğru olmayacağı ifade edilmiştir. Böylece ülkelerin, sosyal hayat koşullarına da gereken önemi vermesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Diğer bir tanım ise Anayasamızın 24. maddesinde, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak yer almıştır (Konuk, 2011: 5).

Sağlık kavramı konusunda yapılan tanımlamalar, ortak noktalar barındırsa da ele alınma biçimi açısından farklılık göstermektedir. Nitekim Mencken, sağlığı muhafazakâr bir biçimde tanımlamış ve amacının kişiyi kötü şeylerden korumak olduğunu vurgulamıştır. Kişi sağlıklıysa, kötü davranışlarda bulunmayacaktır sonucuna varmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 13). İllich ise bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini muhafaza etmesinin, herhangi bir bozukluk yaşanmadan, örgütlenmeye ulaşma sürecinde daha iyi olacağını ifade etmiştir (Ertürk, 2020: 3).

Sağlık, kişiler açısından bakıldığında hastalığa yakalanmama durumu olarak tanımlanırken hekimler için ise kişilerin sağlığındaki en ufak aksaklık, hastalık olarak tanımlanmaktadır. Böylece kişilerin kendilerini sağlıklı hissettikleri anlarda bile hekimlerce en ufak bir belirtinin fark edilmesiyle kişinin sağlıklı olmadığı kanısına varılmaktadır (Öztek, 2001: 294). Bu açıdan bakıldığında, hekimler tarafından sağlık durumu kontrol edilmeyen kişilerin sağlıklı olarak nitelendirilmesi ve bunun sağlık ekonomisi çerçevesinde değerlendirilmesi sağlıkta bir hata olarak nitelendirilmektedir.

Sağlığın değerlendirilmesi açısından bakıldığında kişilerin sağlık durumları üzerinde; kalıtsal olma, yaş, cinsiyet gibi biyolojik açıdan ve hava kirliliği, temiz suya erişim, kültürel ortam gibi çevresel açıdan etkili olan birçok faktör vardır (Skolnik, 2012: 19). Kişilerin sağlık durumlarını algılayabilme kapasiteleri, gelir ve eğitim düzeylerine, sahip oldukları mesleklere göre farklılık gösterebilmektedir. Kimi zaman cilt hastalığı gibi hayati önem taşımadığı varsayılan pek çok problem bazı kişilerce göz ardı edilebilmekteyken, bazen de mutlak anlamda müdahale edilmesi gereken çok önemli bir sorun niteliğinde olabilmektedir. Bunun gibi daha verebileceğimiz pek çok örnek, sağlıkta ve hastalıkta algılayış farklılıklarının olduğunu göstermektedir (Cohen ve Henderson, 1988: 4).

Sağlık konusunda değinilmesi gereken bir başka husus ise sağlığın iki boyutta ele alınan optimum ve mükemmel sağlık kavramlarıdır. Hangisinin daha korunabilir olduğu hakkında farklı görüşler mevcuttur. Bu görüşlere göre mükemmel sağlığın elde edilmesi güç bir durumdur. Ancak optimum sağlığın elde edilmesinin ve korunmasının, mükemmel sağlığa nazaran daha rahat olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple optimum sağlığın değerlendirilmesi önemlidir (Mutlu ve Işık, 2012: 8). Çünkü mükemmel sağlık daha soyut bir kavram olarak düşünüldüğünde, bu durumun sağlanması ve gözlemlenebilmesi optimum sağlığa göre daha güç olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlıkla ilgili yapılan tanımların yanı sıra, sağlığın temel amacının ve sağlık hizmetlerinin ne olduğunun ifade edilmesinde yarar vardır. Sağlığın temel amacı, bireylerin yaşamlarını sürdürürken karşılaşılabilecekleri olumsuz etkileri önlemek veya bireyleri bu etkilerden korumaktır (Çelik, 2019: 25). Kişilerin sağlık durumlarını kontrol altına almak, korumak, hastalandıkları takdirde tedavilerinin sağlanması ve sağlık durumlarının iyileştirilebilmesi için onları rehabilite etmek, böylece sağlık düzeyini ve kalitesini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmalara ise sağlık hizmeti adı verilmektedir (Erci ve Tuncel, 1991: 181).

Sağlık hizmetleri, devletlerin sosyal bir hak olarak tebaası altındaki bireylere ve topluma sunduğu hizmetler olarak nitelendirilebilir. Sağlık temel bir insani haktır, bir yaşam hakkıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, mutlak bir boyut kazanmaktadır.

Ayrıca temel insani hak olan sağlık, uluslararası hukukun içerisinde de yer almakta ve böylece önemi de katlanarak artmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 45). DSÖ ve çeşitli uluslararası kurum ve kuruluşların sözleşmelerinde sağlık tanımlarının yer alması bunun birer göstergesidir. Aynı zamanda sağlığın korunması ve devamlılığı oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu durum, yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu altında değildir. Bu anlamda sağlıklı bir toplumdan bahsedilmek için ekonomik ve sosyal çevrenin de iyileştirilmiş olması gerekmektedir. Ekonomik çevreler, sağlık finansmanı sağlamak adına kaynak yaratmaya çalışırken sosyal çevreler ise çevre şartlarının toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik önlemler almaktadır (Yıldırım, 1994: 10).

Sağlık ve sağlık hizmetleri, sağlık statüsünü de belirleyen bir unsur olduğundan sağlık statüsü ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Dünya Bankası'nın 1993'te tamamladığı "Küresel Hastalık Yüğü" adlı çalışma, sağlık statüsü alanında kapsamlı bir şekilde yapılan ilk çalışma olmuş ve hastalık yüğü kavramı da böylece bu çalışma ile literatüre kazandırılmıştır (Ulutürk, 2015: 58). Dolayısıyla sağlık statüsünün, sağlık kavramı gibi erken dönemlerde değil de günümüze yakın bir dönemde literatüre kazandırıldığı belirtilebilir.

Sağlık statüsü bireylerin sağlık durumlarını tanımlayan ve sağlık düzeylerini gösteren bir kavramdır. Bir yandan sağlık ihtiyaçlarının ortaya konulması, diğer yandan ise bir ülkenin sağlık düzeyinin ölçülmesi için sağlık statüsü kritik bir önem taşımaktadır. Çünkü bir toplumun sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık statüsünün çeşitli göstergeler ekseninde ölçülmesi ile mümkün olmaktadır. Sağlık göstergeleri olarak mortalite ve morbidite oranları, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, ortalama yaşam beklentisi gibi sayılabilecek indeksler sağlık statüsünün ne düzeyde olduğu hakkında bilgi verirler. Sağlık statüsünün ölçülmesi hem ulusal anlamda hem de bölgesel anlamda karşılaştırma yapılabilmesi açısından gereklidir (Çelik, 2019: 28).

Bir ülkenin sağlık statüsü değerlendirilirken iki kavram üzerinde durulmaktadır. Bunlardan ilki mortalite (ölüm), diğer ise morbidite (hastalık) oranlarıdır. Sağlık statüsünü gösteren mortalitede, daha ayrıntılı bilgiye ulaşmak mümkündür. Çünkü ölümlerle ilgili bilgilere ulaşmak için kayıtlar dikkate alınır ve bu kayıtlar olması gerektiği gibi tutulursa, ölümlerin niceliksel olarak karşılığını değil aynı zamanda niteliksel olarak nedenlerini de elde edebiliriz. Morbidite ise toplam nüfusun hasta olan nüfusa oranıyla elde edilmektedir. Ancak bunu elde etmek güçtür. Çünkü bireyler, hasta olup olmadıklarına dair kesin bir bilgi taşımamaktadırlar. Herhangi bir hekime görünmeyen bireylerin, kendilerini sağlıklı hissediyor olmaları da muhtemeldir. Bu durumda, doğru sonuçlara ulaşma noktasında çeşitli problemler yaşanabilir. Sağlık statüsünü gösteren bir diğer ölçüm, ortalama yaşam beklentisidir. Toplumların ortalama sağlıklı yaşadıkları sürelerin uzunluğu, ülkeler açısından oldukça önemlidir. Dünyada ortalama yaşam süresinin uzunluğu her geçen yıl artış göstermektedir. Böyle bir eğilim görüldükçe, ülkeler bu uzun yaşam süresinin daha sağlıklı olabilmesi adına çeşitli faaliyetlerde bulunmayı amaçlamaktadırlar (Çelik, 2019: 27; Ulutürk, 2015: 58).

Lerer ve arkadaşlarına göre (1998), sağlık statüsünü belirleyen faktörler, farklı bir modelde gösterilmiştir. Bunlar dolaylı ve direkt faktörler olarak tasnif edilmiştir. Dolaylı belirleyiciler; makroekonomik, çevresel, demografik, beslenme durumu, alkol ve tütün kullanımı olarak belirlenmiştir. Bunlar, sağlık statüsünü belirlemede dolaylı yoldan rol almakta ve sağlık sektöründeki müdahalelere daha az uyumlu olmaktadır. Bunların yanı sıra sağlık sektörü ise direkt olarak sağlık statüsünü etkilemekte ve dolayısıyla sağlığı geliştirme gibi sağlık sektöründeki müdahalelere daha çok uyumludur (Çelik, 2019: 37).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

İnsanlığın varoluşundan bu yana bireyler, hayatları boyunca çeşitli mal ve hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Bu sebeple hizmetlerin genel amacı, gereksinim duyulan bu ihtiyaçların karşılanmasıdır. En temel gereksinimlerden biri olan sağlıklı olma ihtiyacı da sağlık hizmetleri ile karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri, bireysel bir ihtiyacı karşılamaktan ziyade toplumsal bir ihtiyaca konu olmaktadır. Örneğin, ekonomik gücü olmayan ailelere de sağlık hizmeti sunulmaktadır. Diğer taraftan durumu sadece ekonomik bağlamda değerlendirmekte yanlış olur. Çünkü ekonomik durum ile yakın bir ilişki içerisinde olmayan bulaşıcı hastalıklar da mevcuttur. Yani halk sağlığı olarak da adlandırılan bu alanda, özellikle bulaşıcı hastalıklara karşı korumayı amaçlayan sağlık hizmetleri, merkezine bireyden ziyade toplumu almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, diğer hizmetlerden ayrılmaktadır (Balsak, 2004: 18; Kocabadak, 2021: 8). Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran birtakım özellikler mevcuttur. Bu özellikleri sıralayacak olursak (Ateş, 2016: 3; Tengilimoğlu vd., 2017: 73);

- Sağlık hizmeti, emeğin yoğun olarak gerçekleştiği bir hizmet türüdür.
- Sağlık hizmetlerinin ertelenme durumu söz konusu değildir, acil müdahale gerektirir.
- Sağlık hizmetleri uzmanlık gerektiren bir hizmet türüdür.
- Sağlık hizmetlerinde çıktıların değerlendirilmesi oldukça güçtür.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmaz.
- Sağlık hizmetlerinin çıktıları nakdi olarak bir değer ifade etmez.
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların, rasyonel bir şekilde davranması beklenemez.

Sağlık hizmetleri gelişen teknoloji ile entegre olarak sunulmasına karşın, sağlık profesyonellerinin bireysel gayretleri önemini korumaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetleri, emeğin yoğun olarak gerçekleştiği bir hizmet türüdür (Somunoğlu, 2012: 10). Teknoloji tek başına sağlık hizmetleri sunumunda yer almamakta, bilakis sağlık hizmetlerindeki rolü daha çok sağlık profesyonellerine yardımcı olabilmektir. Bu sebepten ötürü, gelişen teknoloji ve yeniliklerin fayda sağladığını belirtmek ile birlikte diğer sektörlerde olduğu gibi yoğun makineleşme durumu söz konusu olmamaktadır.

Sağlık hizmeti, genellikle bir ekip çalışması olarak yürütülür ve çeşitli alanlarda uzmanlık gerektirir. Sağlık hizmeti sunucularından olan hemşire, ebe, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşan ekip, kendi içerisinde de alt ve yan dallara ayrılarak gelişim göstermektedir. Dolayısıyla uzmanlaşma, sağlık hizmetleri alanında diğer hizmetlere kıyasla çok daha fazladır. Bu uzmanlaşmaya paralel olarak ekip çalışmasının iyi koordine edilmesi, özel bir yetenek gerektirir (Tengilimoğlu, 2012: 46). Bu da sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmanın ne denli önemli olduğunu vurgular niteliktedir.

Özel uzmanlık eğitimi süreçlerinden geçen hekim ve diğer sağlık çalışanlarının, tam donanımlı olması ve sürekli kendilerini geliştirmeleri oldukça uzun zaman almaktadır. Haliyle hastaların bilgi birikimlerinin bu denli yoğun olmaması olağandır. Bu durumda hastayı, sağlık durumuyla alakalı yönlendirecek olan hekim ve diğer sağlık çalışanlarıdır. Bu durum bilgi asimetrisi dediğimiz kavramı ortaya çıkartmaktadır (Çoban, 2009: 26; Penner, 2003: 27). Asimetrik bilgiye nedeniyle verilecek olan ilaçların ya da yatış sürelerinin hastalar tarafından bir seçime bırakılması mümkün değildir. Hasta, sağlık hizmeti sunumu konusunda pazarlık yapamaz ya da tedavi ile yatış süresi açısından herhangi bir müdahalede bulunamaz (Saltık, 1995: 38).

Sağlık hizmetlerinin faydası, yalnızca bireyle sınırlı kalmamaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve buna yönelik yapılan çalışmalar bize sağlık hizmetlerinin dışsal faydasını da göstermektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 49). Günümüzde salgın hastalık olarak görülen Covid-19 ve geçmişte yaşanan salgın hastalıklar (AIDS, veba, hepatit C ve D) göstermektedir ki sağlık hizmetleri yalnızca bulunduğu ülkeyle sınırlı kalmamaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlığın kamusal özellik göstermesiyle birlikte aynı zamanda küresel kamusal hizmet olarak görülmesi açısından da hayati bir önem taşımaktadır. Çünkü bazı gelişmemiş ülkelerin yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunamaması sonucunda küresel düzeyde bir salgın yaşanabilmektedir (Chen vd., 1999: 285; Mutlu ve Işık, 2012: 49). Nitekim yakın zamanda yaşanan Covid-19 salgını, küresel düzeyde bir sağlık sorununa dönüşmüş ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakmaksızın tüm dünyayı etkisi altına almıştır.

Sağlık hizmetlerinin, sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak ve kâr amacı taşımaksızın sunulması gerekmektedir (Mushkin, 1958: 786-787). Devletin bireylerin çıkarlarını korumakla görevli olduğu ve bunu amaçladığı bilinir. Devletin sistemin içinde bulunması, sağlık hizmetlerinin kamusal özelliğinden kaynaklanmakta ve bu yüzden devletin, sağlık hizmetlerine müdahale etmesi söz konusu olmaktadır (Stiglitz, 1994: 99). Sağlık hizmetlerinin bir kısmı bölünemez nitelikte olmakta ve dolayısıyla kişiye özel sunulması söz konusu olmamaktadır. Bu hizmetler, genelde çevreye ve toplumun sağlığını geliştirmeye yönelik sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin bölünemez nitelikte olması, devletin sağlık hizmetlerini kamusal finansmanla karşılamasını gerektirmektedir (Şenatalar, 2003: 26).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinin yanı sıra sağlık piyasalarının da birtakım özellikleri mevcuttur. Bu özellikler (Yaylalı, vd., 2012: 564; Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205; Kurtulmuş, 1998: 43-48; Normand, 1991: 1572);

- Sağlık hizmetlerine karşı talepte belirsizlik mevcuttur.
- Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgi vardır. Özellikle de hasta ve hekim arasında bu durumdan söz edilebilir.
- Sağlık piyasalarında arz ve talep için tam bir denge durumundan bahsetmek mümkün değildir.
- Sağlık hizmetleri piyasasına girişler, belli bazı sınırlamalar dâhilinde gerçekleşir.
- Sağlık hizmetleri piyasasında sunulan sağlık hizmetleri kişiye göre tedavinin değişmesiyle birlikte heterojen bir yapı kazanır.
- Sağlık hizmetleri piyasasında maliyetlerin gerçek değeri ile fiyatlar arasında gölge fiyat dediğimiz bir fark oluşur.
- Sağlık hizmetleri piyasasında özel ve devlet ayrı ayrı varlık gösterebilir. Sağlık piyasalarında kâr amacı güdülmeksizin, sağlık hizmetlerinin sunulması söz konusu olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerini talep eden tüketiciler, satın alacakları hizmetlerin kalitesi konusunda bilgi sahibi değildir. Sağlık hizmeti genel olarak tesadüfi olarak tüketilir ve sağlık hizmetinden yararlanacak olan bireyin, hastalık riskine göre yapacağı harcamalar da muğlaktır. Bu sebeple sağlık hizmetlerine olan talep, tam bir belirlilik içerisinde değildir (Ak ve Sevin, 2000: 25).

Sağlık hizmetleri piyasasına girişlerin sınırlandırılması, bu piyasada hizmetlerin tek elden yürütülmesine ve eksik rekabet koşullarına tabii olmasına neden olur (Kurtulmuş, 1998: 46). Devlet sağlık piyasalarına girişlerde sınırlamalar gibi çeşitli düzenlemelere gitmenin yanı sıra; ulusal

sağlık sigortası kurumu kurma, bunu finanse etme veya mevcut sigorta kurumlarına sübvansiyonlarda bulunma gibi başka çeşitli müdahalelerde bulunur (Fuchs, 1986: 5).

Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesinin kaldırılması ve tümünün özel sektöre bırakılması, sağlık hizmet alımının ihtiyaca yönelik değil de satın alma gücüne yönelik gerçekleşeceğini göstermektedir. Bu da gelir eşitsizliği sebebiyle, düşük gelir grubundaki kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda eşitsizlikler yaratabilmekte ve kişileri bu hizmetlerin faydasından mahrum bırakabilmektedir. Sağlığın bir hak olarak görüldüğü toplumlarda, devletin sağlık hizmetlerini tümüyle özel sektöre bırakması söz konusu değildir. Ancak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın belirsizlik göstermesi ve bunun kamusal özellik taşıması gibi nedenlerle sağlık hizmeti sunumunun devlete bırakılması, sağlık harcamaları yükünün artmasına da neden olmaktadır (Şenatalar, 2003: 26).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri temel olarak üç ayrı başlık altında toplanmaktadır. Bunlar sırasıyla; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kendi içerisinde iki ayrı boyutta ele alınmaktadır. Bunlardan ilki bireye yönelik hizmetler, ikincisi ise çevreye yönelik hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin en eski kollarındandır. Yataklı ve ayaktan tedavi hizmetleri olarak bir tasnife tabi tutulan tedavi hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak da bir ayrıma tabii tutulmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ise tıbbi rehabilitasyon ve sosyal mesleki rehabilitasyon şeklinde tasnif edilmektedir.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, önleme veya koruma amaçlı sağlık hizmetleri şeklinde nitelendirilebilir. Bu hizmetler ile hastalık ortaya çıkmadan evvel kişinin ve toplumun korunması amaçlanır. Kişi veya çevreye yönelik sağlık hizmetlerini kapsayan (Tengilimioğlu vd., 2017: 79) koruyucu sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelerin önemli düzeyde kaynak ayırdığı bir sağlık hizmetidir.

Bir ülkede sağlık problemlerinin mevcudiyeti, iş gücündeki kayıp ile sonuçlanmaktadır. İş gücündeki kayıp, toplam gelir üzerinde bir düşüş yaratmakla birlikte bireyin tedavi maliyetlerine ek olarak diğer birtakım maliyetler de yaratmaktadır. Buna karşın bireylerin sağlıklı olması, sağlıklı bir toplumun da ön şartı olup üretim ve gelir artışında kritik bir önem taşımaktadır. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri hastalıklardan korumakla birlikte hastalığın yaratacağı maliyetlerden de korumaktadır. Dolayısıyla ülkelerin koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin geniş kapsamlı faaliyetleri, ileride muhtemel sağlık hizmetleri maliyetlerini de azaltacaktır. Ekonomik olarak düşündüğünde, koruyucu sağlık hizmetleri nedeniyle yaratılan sağlıklı bir toplumun ekonomik büyüme sürecine katkı sağlayacağı ifade edilebilir (Aytekin & Aytekin, 2010: 164; Alp, 2016: 6).

2.4.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerden oluşur. Bireye yönelik koruyucu hizmetlerinin başında aşılama

uygulamaları yer alır. Bunu takiben, ana çocuk sağlığına yapılan girişimler, beslenme konusunda yönlendirmeler, aile hekimlerinin uyguladığı veya başka kurumlara yönlendirerek kişilerin bazı hastalıklara karşı erken teşhisin yapılması uygulamaları ve sağlık eğitimlerinin verilmesi gibi uygulamalar da bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Köstekçi, 2014: 26). Bilinçli beslenme ve aşılama hizmetleri, bireylerin hastalığa sebep olabilecek etkenlere karşı dirençlerini artırmakta ve bunu takiben sağlık eğitimlerinin verilmesiyle oluşacak olan sağlık bilinci sayesinde, erken teşhis ve tedavi sayılarında artış gözlemlenmektedir. Bu durum, maliyetleri önemli düzeyde azaltmaktadır. Ayrıca basit olarak algılanan bu sağlık hizmetleri, esasen pozitif dışsalılık yaydıklarından bireylerin hastalığa yakalanma risklerini önemli ölçüde azaltmaktadır (Çoban, 2019: 16). Böylece bireye yönelik sağlık hizmetleri, uzun vadede hem toplum üzerinde hem de ekonomi üzerinde olumlu etki göstermektedir.

2.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek olan etmenlerin yok edilmesi amaçlanmaktadır. Çevrede insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek etmenlerin, insan sağlığını etkilememesi veya insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinin minimum düzeye çekilmesi için yürütülen çalışma ve hizmetler, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Özavcı, 2019: 23).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, sağlık personellerinden ziyade alanında uzman çevre sağlığı teknisyenleri, mühendisler gibi diğer meslek mensuplarınca sağlanır (Fişek, 1983: 5). Temiz suyun sağlanması, zararlı atıkların minimize edilmesi, hava kirliliğini önleme çalışmaları gibi hizmetler, bu anlamda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir (Güvenek, 2015: 140). Aynı zamanda çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde kanalizasyon çalışmaları, bitki ve hayvan sağlığı ve belediye çalışmaları da gösterilebilir (Sargutan, 2005: 401).

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak sunulan tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanısından tedavisine kadar geçen süreçte sunulan sağlık hizmetidir. Daha çok bireye yönelik olup bireyin sağlık durumunun iyileştirilmesi amacıyla sunulmaktadır (Ateş, 2016: 11). Koruyucu sağlık hizmet sunumunun yetersiz kaldığı bir yapıda tedavi edici sağlık hizmetleri daha maliyetli olabilmektedir (Alp, 2016:6). Tedavi edici sağlık hizmetleri; ayakta ve yatakta sunulan tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılmasının yanı sıra çeşitli basamaklara da ayrılmıştır. Bunlar birinci basamak tedavi hizmetleri (aile hekimliği merkezleri), ikinci basamak tedavi hizmetleri (devlet hastaneleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleridir (üniversite hastaneleri).

Ayakta sunulan tedavi hizmetleri, tedavi hizmetleri içerisinde maliyeti en düşük hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü hastalık henüz başlangıç safhasındadır ve bu sebeple yapılan müdahaleler ve verilen ilaç tedavileriyle birey eski sağlığına daha rahat ulaşabilmektedir. Yataklı tedavi hizmetlerinde ise bu durumun aksi görülebilir (Akdur, 2006: 13). Nitekim hastalık ilerleme safhasındadır ve hastalığın iyileşmesi için ilaç tedavilerinin yanında diğer tedavi yöntemleri de kullanılabilir. Maliyetler de bu duruma paralel olarak artış gösterebilmektedir.

2.4.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri

Bireylerin hastalıklarının teşhis ve tedavilerinin ayakta sunulduğu sağlık hizmetleridir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin de iskeletini oluşturan bu hizmetler, genelde hastalıkların başlangıç safhasında başvurulmuş sağlık kurumlarında sunulmaktadır. Basit soğuk algınlığı, rutin sağlık kontrolleri, gebelik izlencesi gibi hizmetler ayaktan sunulan sağlık hizmetlerine örnek verilebilir. Günümüzde aile hekimlikleri, ayaktan sunulan sağlık hizmetlerini sunan bir kurum örneğini oluşturmakta ve ayakta sunulan sağlık hizmetleri içerisinde en çok başvurulmuş kurum olarak değerlendirilmektedir.

2.4.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili olarak, hastanın yataklı tedavi kurumlarına yatışı ile tedavisine devam etmesine olanak sağlayan tedavi hizmetlerinden biridir. Bu hizmetler, profesyonel hekim ve diğer sağlık çalışanları ile yatak kapasitesi olan sağlık kurumlarında verilmektedir (Cassama, 2019: 41).

Her ne kadar günümüzde sevk zinciri uygulamada etkin kullanılsa da ileri uzmanlık gerektiren hizmetler ile ileri uzmanlık gerektirmeyen sağlık hizmetleri basamaklara ayrılmıştır. Bu basamaklar tedavi hizmetlerini açıklarken bahsetmiş olduğumuz birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleridir. Birinci basamak hizmetleri, sevk zincirinin en altında yer almaktadır. Birinci basamak hizmetleri, uygun gördüğü takdirde hastayı bir üst basamağa sevk edebilir, uzman görüşü veya ileri seviye tetkik ve görüntüleme hizmetlerinden yararlanması için yönlendirebilir. Birinci basamak hizmetler daha çok tedavisi ilaçlarla kolaylıkla tedavi edilen hizmetlerden oluşur. İkinci basamak hizmetler ise, bir üst basamak olup burada hastaneler genellikle uzmanlıklara ayrılmaktadır. Günümüzde devlet hastaneleri bu basamağa örnek verilebilir. Bu basamakta görüntüleme hizmetleri bulunur ancak ileri seviye görüntüleme, teşhis ve tedavi hizmetleri daha çok üçüncü basamak hizmetlerde yer alır. Üçüncü basamak hizmetler, sevk zincirinin son halkasında yer almakta ve bu basamak genellikle üniversite ve araştırma hastanelerinden oluşmaktadır. Bu basamakta kullanılan teknolojik hizmetler, uzmanlık gibi ileri düzeydedir.

2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Tedavi edici hizmetlerden yararlanan bireylerin sonraki süreçte bedenlerinde oluşan sakatlıklar veya ruhsal travmalar nedeniyle başkalarına bağlı kalınsız yaşamalarını sürdürmelerine yarayacak olan tedavileri kapsayan hizmetlerdir (Akalin, 2020: 38).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; eş güdümlü tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler sebebiyle yaşanan kaza ve çeşitli hastalıklarından muzdarip olan bireylere, mümkün olduğu kadar işlevsel beceriler kazandırmayı hedeflemektedir (Tengilimoğlu vd., 2018: 83). Rehabilite edici sağlık hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Rehabilite edici hizmetler arasında gösterilen tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, doğuştan ya da sonradan ihtiyaç duyulan rahatsızlıkların giderilmesini kapsayan hizmet türüdür. Sosyal rehabilitasyon ise daha çok psikolojik yönlü bir hizmet olarak ön plana çıkmaktadır. Bu hizmet ile bireylerin topluma uyum sağlayarak, kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak amaçlanır. Bireyi topluma kazandırmak, sosyal rehabilitasyon hizmetinin başlıca görevidir (Köstekçi, 2014: 28).

2.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Bireyin organlarının bir kısmını veya uzuvlarını (kol, bacak, el gibi) kaybetmesi sonucunda, temel gereksinimlerini diğer bireyler olmaksızın, bağımsız bir şekilde gidermek amacıyla sunulan sağlık hizmetlerine tıbbi rehabilite edici hizmetleri adı verilmektedir (Çoban, 2009: 19). Diğer bir ifade ile işlevini kaybetmiş olan organ ve uzuvları bireye yeniden kazandırmayı ve bu sayede bireyin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan birtakım çalışmalardan oluşmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2018: 83; Günaydın, 1994: 8). Bu hizmetlere örnek olarak; postür bozukluklarının iyileştirilmesi, işitme ve görme duyularında yaşanan kaybın en aza indirgenmesi, uzuvlar için kullanılan protezlerin kullanılması gösterilebilir (Güven, 2020: 24).

2.4.3.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakatlığı ve engeli olan bireylerin aktif katılımlı bir hayat sürdürmeleri, herhangi birisine bağımlı olmaksızın hayatlarını idame ettirebilmeleri amacıyla sunulan, bireyin bir iş bulma, bu işe uyum sağlama veya öğrenimlerine yardımcı olabilecek çabaları kapsayan rehabilite edici hizmet türüdür (Hayran, 1997: 18). Sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri, genel anlamda bu amaçla kurulmuş olan kurumlarca sunulmaktadır.

Sosyal ve mesleki rehabilite edici hizmetler, daha çok sosyal açıdan dezavantajlı konumda bulunan bireylerin söz konusu dezavantajlı durumlarını ortadan kaldırmaya çalışır ve bu sayede toplum refahına fayda sağlar. Bu kapsamda özellikle çocuklar için geliştirici, öğretici ve sosyal faaliyetlere önem verilmektedir. Nitekim çocuklardaki dezavantajlı olma durumu bu sayede olabildiğince azaltılarak, sürdürülebilir bir hayat ve ilerleyen zamanlarda buna uygun olarak iş imkânları sağlanabilir. Yetişkinlerde ise kaybedilen nitelikler yerine getirilemiyorsa yerine yeni nitelikler kazandırmaya yönelik çalışmalar sürdürülebilir. Daha ileri yaşlarda ise hastalığın veya kaybın acısını azaltmak, bireyin kendi yaşamını kendi başına sürdürmesine olanak sağlayan çalışmalar yürütülebilir (Tengilimoğlu vd., 2018: 84). Dolayısıyla sosyal ve mesleki rehabilite edici sağlık hizmetlerinde, her yaş grubuna özel farklı gereksinimlerin bulunmasından ötürü, farklı çalışmalar ile bireyin hem sosyal hem de mesleki olarak hayatını iyileştirmeye yönelik çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Bu sayede birey, kendini toplumdan dışlanmış olarak görmekten ziyade, toplumun bir parçası olarak görebilir.

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep

Genel kabul gören arz ve talep kanununda, piyasa fiyatlarının belirlenme şekli ve bu fiyatların üretim ve tüketim konusundaki kararları etkileme biçimini anlatılmaktadır. Arz ve talep kanunu, temel olarak tam rekabet piyasası koşullarında, piyasa denge fiyatına en etkili şekilde ulaşılabileceğini göstermektedir (Kirzner, 2000: 67). Ancak bu durum, tüm hizmet piyasaları için geçerli olmamaktadır. Bu anlamda ağılık hizmetleri piyasası kendine özgü kurallara sahip olmakta ve dolayısıyla arz-talep yapısı diğer piyasalardan önemli bir farklılık gösterebilmektedir.

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Arz, belirli bir piyasada belirli bir dönem içinde, diğer faktörlerin sabit tutulması koşuluyla satıcıların veya üreticilerin satmaya razı oldukları mal ve hizmet miktarına denir (Dinler, 2009: 45). Piyasa arzını etkileyen çeşitli faktörler bulunmasına karşın, fiyat dışındaki faktörlerin sabit kaldığı

varsayımı ile birlikte fiyatta meydana gelen herhangi bir artışın, arz miktarını artıracığı savunulmaktadır (Tokat, 1994: 793).

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisinde belirleyici bir unsurdur. Sağlık ekonomisindeki arz bünyesinde piyasanın yapısını, sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların varlığını, sağlık hizmetlerindeki tüm girdileri ve finansmanı gibi etkenleri barındırır (Işık, 1997: 61). Sağlık ekonomistleri tarafından kabul gören “Her arz kendi talebini yaratır” anlayışı, literatürde önemli bir yer tutmaktadır (Serin ve Çakıcı, 1990: 18). Çünkü sağlık piyasalarında talep, arza bağımlı bir şekilde oluşmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetlerine has özellikleri bünyesinde barındırmasıyla diğer piyasa arz anlayışından ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkese sunulmasıyla, hizmet alanın genişliği öne çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çeşitli olmasıyla hizmetlerin içeriği de çeşitlilik göstermektedir (Çoban, 2009: 42). Bir işletmenin bir mal veya hizmeti arz edebilmesi için öncelikle kâr amacı gütmesi gerekmektedir. Ancak sağlık piyasasında durum önemli düzeyde farklılık göstermektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü sunan kamu sektörü, hizmet arzında ilk sırada yer almakta ve kâr amacı gütmeksizin sağlık hizmetlerini sunmaya devam etmektedir (Günaydın, 1994: 30).

Sağlık hizmetlerini arz edenler; hastane yönetimi, hekimler, eczacılar, sağlık çalışanları ve sağlık sektörünün içinde bulunduğu bütün diğer kişi ve kurumları kapsamaktadır. Burada belirleyici görev üstlenen özellikle hekimler olmaktadır (Çoban, 2009: 34). Sağlık hizmetlerini hane içinde gerçekleştiren aile üyeleri de sağlık hizmetlerinin arz yönünü oluşturmaktadır. Bu anlamda evde çocuklara verilen bakım veya aile bireylerinden birine bir başka aile bireyi tarafından sunulan sağlık hizmetleri de sağlık hizmetleri arzı içerisinde sayılmaktadır (Jack, 1999: 37-38).

Sağlık hizmetlerini arz edenler için en belirleyici unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmetlerindeki üretim girdileri, sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık hizmeti sunumunda varlık gösteren (bina ve teçhizat gibi) unsurlardan oluşmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan her bir harcama, üretim maliyetini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri arzını belirleyen önemli bir diğer unsur ise bahsi geçen üretim girdilerinin miktarındaki uyumlu artıştır. Nitekim sağlık hizmet sunumu için gerekli olan bina ve teknolojik ekipman artışı, hekim sayısındaki artış ile desteklenmedikçe fayda sağlayamamaktadır. Sağlık hizmetleri arzında gerekli teknolojik ilerlemeler ile birlikte belli tedavi ve teşhis ekipmanlarının maliyetli oluşu, sağlık kurumlarını finansman açısından önemli zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri arzında kamu sektörünün ağırlığı ve denetimi, özel teşebbüslerin sağlık hizmetleri arzında etkin bir rol üstlenmesini güçleştirebilmektedir (Orhaner, 2006: 4).

Sağlık hizmetleri arzını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar; teknolojik altyapı, ekonomik etki ve kullanılan girdi gibi faktörler (Çoban, 2009: 36) olup sağlık hizmetlerinin fiyatlarını da etkilemektedir. Dolayısıyla fiyatlara karşı duyarlı olan sağlık hizmetlerindeki fiyat artışları, sağlık hizmetleri arzında da bir artışa neden olmaktadır (Güvenek, 2015: 32). Sağlık hizmetleri, gerek sağlık personelinin yetişmesi gerekse teknolojik ilerleme gibi nedenlerle girdi fiyatlarının yüksek olduğu bir alandır. Yeni hastanelerin yapılması, bu hastanelerde ileri teknolojik düzeyde hizmetlerin verilmesi, sürekli eğitim ve iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını yükseltmekte bu durum ise arzı önemli düzeyde etkilemektedir (Çelik, 2019: 77). Sağlık hizmetleri arzını artırmak için uzun bir döneme ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerinin arzı kısa vadede artırılmamaktadır. Bu anlamda sağlık personellerini

eğiten kurumların sayısı artırılarak sağlık personeli sayısını optimum düzeye çıkarmayı amaçlayan politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Uzun dönemde maliyetlerin artışı söz konusu olmakla birlikte (Mutlu ve Işık, 2012: 99) uzun dönemde sağlık hizmetlerinin arzı da artırılmış olacaktır. Böylesi bir yapıda elde edilecek toplumsal fayda, uzun dönem maliyetlerin üzerinde olacaktır.

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Talep, bireylerin belirli bir dönem içerisinde belirli mal ve hizmetleri satın alma gücüne veya isteğine denir (Mutlu ve Işık, 2012: 69). Sağlık hizmetleri talebi ise bireylerin herhangi bir sağlık problemleriyle karşılaştıklarında, bu sağlık problemlerinin çözümü için sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat etmeleri ve bu sayede sağlık hizmetlerinden yararlanabilme istekleri olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri talebi, yalnızca tedavi hizmetlerinden yararlanabilme olanağını değil aynı zamanda sağlık hizmetleri konusunda bilgi ve destek almayı da kapsamaktadır (Yaylalı, vd., 2012: 564). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde talep, hem tedaviyi hem de bilgilendirilmeyi içerdiğinden sağlık hizmetleri talebinin kapsamının geniş olduğunu ifade etmek yanlış olmaz.

Sağlık hizmetleri talebindeki esas amaç, bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyacı karşılanırken bu hizmetlerin kişiye sağlayacağı faydayı optimum düzeye çıkarmaktır. Böylece sağlık hizmetleri, etkinlik ve etkililik konusunda üst düzeylerde kullanılır hale gelebilmektedir (Campbell vd., 2000: 1612). Bu sebeple sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık hizmetleri talebini karşılamak açısından kritik bir önem taşımaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, zamanın şartlarına uygun olarak bir değişim ve dönüşüm programına dâhil edilmeli ve hizmetin miktar ile kalitesinin artırılmasına yönelik çeşitli araştırmalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti talebi, dinamik bir yapıya sahip olduğundan dolayı önceden tahmini oldukça güçtür. Bu yüzden bireyler, sağlığa bütçe ayırma kararlarında erteleyici tavırlar sergileyebilmektedirler. Dolayısıyla kişiler; pandemi, epidemi, doğal afetler gibi sağlık talebinin normalin üzerinde seyrettiği durumlar veya kişisel hastalıkların ortaya çıktığı zamanlarda sağlık masraflarını karşılama noktasında zorluklar yaşayabilmektedirler (Kaya, 2019: 13). Bu zorluklar ve sağlık durumlarının belirsizliği sebebiyle, sağlık sigortaları ortaya çıkmış ve bireyler tarafından çok fazla tercih edilmeye başlamıştır. Bireyler sağlık durumlarının ne zaman ve ne şekilde bozulacağını kestiremediğinden, hastalıklarının tedavilerini daha makul miktarlarda karşılayabilmek adına sağlık sigortalarından etkin şekilde yararlanmayı tercih etmektedirler.

Sağlık hizmetlerine olan talebi belirleyen faktörler arasında eğitim, gelir durumu, zevk ve tercihler yer almaktadır. Mushkin'e göre (1962), eğitim seviyesi ile sağlık düzeyi arasında bir ilişki vardır. Bu ilişki, kişilerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi ve eğitim kalitesindeki artış arasında görülebilmektedir. Kişilerin sağlıklı oldukları zaman dilimi uzadıkça, kişilerin eğitime ihtiyaç duydukları zaman boyutu da bu duruma paralel olarak artış göstermektedir. Bu da hem sağlık harcamalarının hem de eğitim yatırımlarının artmasına neden olmaktadır (Alp, 2016: 17). Beşeri sermayeyi etkileyen eğitim ve harcama gibi alanlardaki yatırımların artması ise uzun vadede beşeri sermayenin kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır. Burada devletin yatırımlar için katlanmış olduğu maliyet, beşeri sermayenin geliştirilmesi sonucu elde edilen faydanın altında kalmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasının diğer piyasalardan farklı olması nedeniyle, diğer piyasalarda olduğu gibi fiyat değişimleri, talep üzerinde çok etkili değildir. Sağlık hizmetlerinin, kişiler için hayati bir öneme sahip olması nedeniyle bu hizmetlerin fiyatlarındaki değişimlere oranla talebin

çok az etkilendiği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak görülmesi ve ücretsiz olarak sunulmasıyla fiyatların, kişiler için bir anlam ifade etmediğini söylememiz mümkündür. Yani sağlık hizmetlerindeki fiyat artışları, sağlık hizmetleri talebini etkilememektedir. Ancak zorunlu olmayan bazı sağlık müdahaleleri kişinin zevk ve tercihinine bağlı olduğundan, zevk ve tercihlere bağlı sağlık hizmetleri talebi fiyata duyarlı olabilmektedir. Burada söz konusu sağlık hizmetleri talebinin, fiyattan çok az etkilendiği belirtilebilir. Fiyattaki artışa karşı talep varsa, bu durumda esnek olmayan talep söz konusudur. Dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinin katı olması ve talep esnekliğinin sıfır olarak çıkması da bunun bir sonucudur. Ayrıca daha önce ifade edildiği gibi sağlık sigortası da talebi etkileyen bir faktördür. Ancak sağlık sigortasının varlığı nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin herhangi bir katkı payı ödememeleri durumunda, fiyat ve talep arasındaki ilişkide herhangi bir değişim olmayacaktır (Çelik, 2019: 119; Alp, 2016: 18; Uz, 1998: 92). Çünkü sağlık hizmeti talep eden birey veya toplum, herhangi bir ek maliyete katlanmadığı durumda talebini artırabilmektedir. Nitekim sağlık sigortasına sahip kişilerin, sağlık hizmetlerine olan taleplerinin daha yoğun olduğu görülebilir. Düşük bir ücretle sağlık hizmetlerinden faydalanan sigortalılar, bu durumun etkisiyle sağlık hizmetlerinden faydalanırken daha çok talep etme eğilimi göstermektedirler (Wong vd., 2010: 24).

Sağlık hizmetlerine olan talep hesaplanırken, kişilerin bir yılda ortalama kaç kez sağlık hizmetine başvurduğu bir ölçüt olarak dikkate alınır. Sağlık hizmetleri talebinin iyi belirlenmesi, sağlık hizmetleri arzının doğru belirlenip sunulması üzerinde bir etken olarak görülmektedir (Sargutan, 1993: 53). Bu yönüyle sağlık hizmetleri talebi, sağlık harcamalarının gelecekte ne seviyelerde olacağı ve ne tür etkiler yaratacağı noktasında da kritik bir önem taşımaktadır (Güvenek, 2015: 18). Söz konusu bu durum Türkiye açısından incelendiğinde, sağlık hizmetleri talebinin düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. Arzın belirlenebilmesi açısından sağlık hizmetlerinde yönelik talebin neden düşük olduğunu açıklamak gerekmektedir. Bunlar (Orhaner, 2006: 6);

- Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda, sağlık hizmetleri sunumunda yeterli düzeyde verimliliğin olmayışı,
- Sağlık hizmetlerinden daha rahat yararlanabilmek için etkili bir sevk zincirinin yokluğu,
- Herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan kişilerin, kendi imkânları doğrultusunda kendilerini tedavi etmeye çalışması, iyileşemedikleri durumda ise sağlık kurumlarına müracaat etmemeleri,
- Sağlık sigortası bulunmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin kalitesinden endişe ettiklerinden dolayı zorunlu olmadıkça sağlık kurumlarını ziyaret etmemeleri olarak sıralanabilir.

Ancak Türkiye’de son dönemlerde yaşanan gelişmeler, sağlık sigortası kapsamının genişlemesi, herhangi bir geliri olmayan kesimlerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık tesislerinin altyapılarının güçlendirilmesi, aile hekimliklerinin ön olana çıkarılması gibi gelişmelerin sağlık hizmetleri talebi üzerinde olumlu etkiler yarattığını belirtmek mümkündür.

3. EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

3.1. Ekonomik Büyüme

Ekonomik büyümeye dair birçok tanım yapılmıştır. Literatür incelendiğinde genel anlamda ekonomik büyüme, ülkelerin çeşitli olgulara göre (teknoloji alanındaki gelişmeler, beşeri sermaye, milli gelirdeki artış gibi) bir önceki yıl ile kıyaslaması yapılarak ifade edilmektedir. Ekonomik büyüme daha çok malların üretimi aşaması ve buna bağlı olarak üretimde sağlanacak olan artış ile ilgilidir (Kaya, 2019: 20).

Freyssinet'e göre (1985:124) ekonomik büyüme, bir ekonominin üretim kapasitesinde, sayısal ve niceliksel olarak ölçülebilen genişleme veya miktar artışı olarak ifade edilmektedir. Turan (2008) ise ekonominin üretim hacminde dönemsel olarak yaşanan artışı, ekonomik büyüme olarak tanımlamıştır. Bu tanımlara benzer olarak yapılmış olan diğer bir tanımda ise ekonomik büyüme, gayri safi yurt içi hasılanın geçmiş yıla oranla yüzdesel olarak değişimine karşılık gelmektedir. Ekonomik büyüme ile belli bir dönem içerisinde üretilen mal ve hizmetlerin artış ve azalışları değerlendirilmektedir (Uzunoğlu ve Sönmezler, 2013: 87). Ancak ekonomik büyümeyi yalnızca üretime indirmek doğru bir yaklaşım değildir. Günümüz toplumlarında ekonomik büyümenin, üretimden daha fazlasını ifade ettiği yapılan çalışmalar doğrultusunda kanıtlanmıştır.

Ekonomik büyüme, bir ülkede yaşayan vatandaşların yaşam standartlarını yükseltebilmenin yegâne koşuludur (Ünsal, 2013: 14). Üretim faktörlerinin kişi başına dönemsel bazda giderek artan bir şekilde yüksek bir gelir sağlaması, ekonomik büyümeyi de beraberinde getirmektedir. Bu yönüyle ekonomik büyüme, ölçülebilir bir nitelik taşımaktadır (Yanpar, 2007:8-9).

Bilimsel yazında ekonomik büyüme ayrıca mekân ve zaman bakımından hacim, ağırlık ve miktardaki artışa dayandırılmaktadır. Bu yaklaşımda artış, bazı gelir ve güç seviyeleri göstergelerine karşılık gelmektedir. Ekonomik büyüme ile fiziki ve beşeri sermaye, ülke nüfusu, milli gelir ve tasarruf oranı artış göstermektedir. Bu varsayımda, artışın reel olarak gerçekleşmesi halinde ekonomik büyümeden bahsedilebilir (Özgüven, 1988: 36).

Ekonomik büyümenin makro bir olgu özelliği göstermesinin yanı sıra, ekonomik büyümede meydana gelen ya da gelecek olan değişimlerin bazı kesimler için kişisel gelir üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Ayrıca bir ekonomide ekonomik büyüme beraberinde istikrarsızlığı da barındırabilir. Bu durum doğal olarak karşılanmakla birlikte, ekonomik büyümenin dinamik yapısına vurgu yapmaktadır. Nitekim ekonominin çeşitli alanları bünyesinde barındırmasına karşın, her alanda eş zamanlı bir büyüme sağlanamayabilir (Acar, 2002:35-36). Örneğin sağlık ve eğitim alanlarında eşzamanlı bir büyüme sağlanamayabilir. Bazı ülkeler, eğitim sistemlerinin kötü olmasına karşın sağlık alanında yapılan yatırımlar ve düzenlemeler ile birlikte sağlık alanında ekonomik büyümeyi sağlamış olabilirler. Zamanla sağlıktaki büyüme, eğitime de yansiyabilir. Ancak belirtildiği üzere eşzamanlı bir büyümenin olmayışı normal karşılanmaktadır.

3.2. Ekonomik Büyümeyi Etkileyen Unsurlar

Bir ülke için ekonomik büyüme ne kadar önemli ise ekonomik büyümeyi etkileyen unsurlar da o düzeyde bir öneme sahiptir. Ülkelerin büyüme performansı verileri, uluslararası düzeyde bir karşılaştırmanın da ön koşulu olduğundan ülkeler ekonomik büyümeyi etkileyen faktör veya unsurları belirleme noktasında önemli girişimlerde bulunmaktadırlar. Uzun dönemde ekonomik

büyümeyi etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bunlardan bazıları beşeri sermaye, sermaye birikimi ve yatırımlar, teknolojik ilerlemeler ve doğal kaynaklar olarak sıralanabilir (Ağır ve Tıraş, 2018: 77; Berber, 2011: 21).

3.2.1. Beşeri Sermaye

İkinci Dünya Savaşı öncesinde, sermaye kavramı fiziki sermayenin yerine kullanılmış olsa da bu dönem sonrasında sermaye iki boyutlu bir yapıya dönüştürülerek farklı anlamlar kazanmıştır. Fiziki sermaye ve beşeri sermaye olarak ikiye ayrılan sermaye, ekonomistlerce oluşturulan büyüme modellerinin temel yapıtaşını oluşturmaktadır. Beşeri sermaye, bir toplumun gerek zihinsel çalışmalarında gerekse de kas gücü ile olan çalışmalarında sahip olduğu bilgi ve beceri bütünü olarak tanımlanmıştır (Yıldırım, 2000: 670). Bir diğer tanıma göre beşeri sermaye; bir yandan toplumdaki bireylerin üretim süreçleri hakkında bünyelerinde barındırdıkları bilgi, beceri, tecrübe, işlerine olan duygusal yakınlığı, davranış ve değerlerin ulaştığı düzeyi diğer yandan da zihinsel ve bedensel sağlamlığı ifade etmektedir (Keskin, 2011: 128).

Becker (1993), beşeri sermayenin bileşeni olarak ifade edilen sağlık ve eğitim alanlarına yapılacak olan yatırımların beşeri sermayeyi olumlu etkileyebileceğini savunmuştur. Yatırımların fiziki sermayeyi değil de daha çok beşeri sermayeyi etkileyeceğini ifade eden Becker, bu anlamda öne sürdüğü varsayımını bireyin bilgi birikiminin ve becerisinin beşeri sermayeden ayrılmayacağına dayandırmaktadır (Ertürk, 2020: 27). Benzer bir diğer yaklaşımda ise beşeri sermayeye yapılan yatırımların, eğitimde fırsat maliyetine dönüşebileceği savunulmuştur (Kar ve Ağır, 2006: 6-7). Beşeri sermaye kavramı eğitim ve sağlıkla ilişkilendirilebileceği gibi aynı zamanda işgücünün kalitesini artıracak olan ve gelir düzeyini yükseltebilecek herhangi bir etkenle de ilişkilendirilebilir (Woodhall, 1987: 21).

Beşeri sermayenin üretimde önemli bir yer tutuyor olması, ülkelerin bu konuda üstlenecekleri sorumlulukların da önemini yansıtmaktadır. Eğitim, yalnızca şirketlerin çalışanlarına sağladıkları ile sınırlı kalmamakta aynı zamanda devletlerin, sosyal devlet olma ilkesinin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda bakıldığında, devlet müdahalesinin olmadığı toplumlarda bireyler, eğitim hizmetlerine gereğinden daha az yatırım yapmaktadırlar. Bu durum öncelikle politika yapıcı ve uygulayıcılarının, kapatmak zorunda olduğu bir açığa işaret etmektedir. Dolayısıyla bahsedilen açığı kapatmak için geliştirilen politikalar, beşeri sermayeye katkı sağlayabilecek ve böylece ekonomik büyüme sürecini de etkileyebilecektir (Kar ve Taban, 2003: 151). Eğitim kadar önemli olan bir diğer unsur ise sağlık olup bu alanda yapılacak yatırım ve harcamaların sağlıklı bir toplum yaratacağı vurgulanmaktadır. Doğru kararların alınabildiği ve işgücü verimliliğinin arttığı sağlıklı toplumlarda iktisadi büyümenin esası oluşturulmaktadır. Nitekim içsel bir olgu olarak ekonomi biliminde yer alan beşeri sermaye, günümüz bilgi toplumları için ekonomik büyüme modellerinin vazgeçilmez bir unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2.1.1. Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme

Makroekonomik açıdan bir değerlendirme yapıldığında, ekonominin temel performans göstergesi olarak kabul edilen çıktı, ekonomik büyümedir. Ekonomik büyüme kapsamında gelir seviyesi, sağlık çıktıları, teknolojik gelişme gibi kavramlar ele alınmaktadır. Bu belirleyici kavramlara rağmen gelişmiş ülke ekonomilerini ayırtıran veya gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edilen faktör, esasında beşeri sermayedir. Dolayısıyla bu varsayımdan hareketle ekonomik

büyüme sürecinden bahsedecek olursak, beşeri sermaye ve beşeri sermaye yatırımlarının yaratıcılığı ortaya çıkaran bir süreç olduğu ve bireylerin bilgi ve beceri kazanımları üzerinde olumlu bir etki yarattığı söylenebilir. Bu etki ekseninde beşeri sermayenin ekonomik büyüme sürecine katkı sağladığı ve ekonomik büyüme sürecini daha işlevsel kıldığı belirtilmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60; Çalışkan vd., 2018: 76). Beşeri sermayenin ekonomik büyümeyi olumlu etkilediği bir yapıda ekonomik büyümedeki olumlu değişimler, beşeri sermayedeki olumlu değişimlerin nedeni olabilmektedir.

Ekonomik büyümenin belirleyicisi olarak görülen fiziki sermayenin aksine, günümüzde daha çok beşeri sermaye ön plana çıkmaktadır (Ay vd., 2013: 163). Bireylerin sahip olduğu bilgi ve beceri düzeyi, yetenek, eğitim seviyesi ve sağlık durumları gibi kavramların bütünü olarak ifade edilen beşeri sermaye; içsel büyüme teorilerine göre, özellikle uzun dönemde ekonomik büyümenin belirleyicisi olarak görülmektedir. Bu yaklaşımla birlikte beşeri sermaye, içsel büyüme modellerinde fiziki sermayeden ayrı olarak ele alınmıştır. Lucas (1988), beşeri sermaye üzerindeki artışın aynı zamanda üretimdeki verimliliği de artırdığını ve böylece beşeri sermaye yatırımlarının, fiziki sermayeye yapılan yatırımlardan daha fazla artı değer sağlayabileceğini belirtmiştir. İçsel büyüme teorileri genel olarak değerlendirildiğinde, beşeri sermayeye yapılan yatırımların bireylerde üretkenliği artırarak ekonomik büyümeye katkı sağladığı gibi uluslararası düzeyde ekonomik büyüme farklılıkları üzerinde de önemli bir rol üstlendiği belirtilmektedir (Kibritçioglu, 1998: 210; Hayaloğlu ve Bal, 2015: 35). Nitekim sermayeyi fiziki ve beşeri sermaye olarak ayırdığımızda, beşeri sermaye birikiminin üretkenliği artıracığı ve bu sayede toplumsal refahı sağlayacağı vurgulanmaktadır (Kunduracı, 2009: 53).

Beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi farklı şekillerde olabilmektedir. Bunlar istihdamdaki artış, teknolojik gelişmelere verilen destek ve verimliliği artırmak olarak sıralanmaktadır. Beşeri sermaye birikimi, ekonomik büyüme sürecini işlevsel kılarak diğer yandan da teknolojik gelişmelere ve fiziki sermayeye de katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla yapılan yatırımların hem fiziki hem beşeri sermaye yönelik olması ve birbirini destekler nitelikte olması durumlarında ekonomik büyümenin gerçekleşmesi kaçınılmaz olacaktır (Eser & Gökmen, 2009: 44). Bu noktada gelişmiş ülkelere bakıldığında, bu ülkelerin ekonomik büyümenin daha çok beşeri sermayeye yapılan yatırımlarla gerçekleştiği görülmektedir.

3.2.1.2. Beşeri Sermaye ve Sağlık Harcamaları

Ekonomik büyümede en önemli unsur, beşeri sermaye olarak görülmektedir. Beşeri sermaye olgusu çerçevesinde bakıldığında, bireylerin bilgi ve becerilerini geliştirmesi ekonomik faaliyetleri önemli düzeyde etkilemektedir. Beşeri sermayede her ne kadar bireylerin eğitim alabilmesi ve ekonomik faaliyetler içerisinde bir yer edinebilmesi önemli olsa da, aynı zamanda sağlık durumlarının da buna elverişli olması gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda ülkeler de, insanların sağlık durumlarını kontrol altına alarak beşeri sermayenin faydasını maksimize etmek için çaba sarf etmektedirler (Akça, 2015: 856-859; Karagül, 2002: 70).

Ekonomi literatürü incelendiğinde, Barro'e göre (1996) sağlık, ekonominin lokomotifi ve sermaye üreten bir varlıktır. Bu perspektiften bakıldığında, sağlığın beşeri sermayenin bir bileşeni olduğu çıkarımı yapılabilir. Sağlıklı bir toplumda, beşeri sermaye daha kolay artırılabilir. Fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olan bireylerin, zihinsel ve bedensel işgücü eğitimi daha rahat sağlanır. Bu amaç doğrultusunda, beşeri sermaye stoku artışını hedefleyen ülkelerin, toplumda sağlık düzeyinin

geliştirilmesine yönelik çalışmalarda bulunması gerekir. İlâveten sağlığı, diğer beşeri sermaye bileşenleri üzerindeki etkisi ile de ekonomik büyüme kapsamında değerdendirilirdir. Bunlardan bazıları; milli gelir ve refah, işgücü verimliliği, yatırım ve tasarruf oranları, demografik ögeler ve diğer beşeri sermaye bileşenleridir (Antonia ve Zamora, 2000; Karagöl, 2002: 71). Ancak beşeri sermayenin büyüme ve sağlık ile ilişkisi, bilimsel yazında daha çok sağlık harcamaları üzerinde kendini göstermektedir. Zira kişilerin beşeri sermayenin bir unsuru olarak ekonomik alanda bir fayda sağlayabilmelerinin gereği olarak sağlık durumlarının iyi olması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları ile yapılan yatırımlar, uzun dönemde ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etki yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin de sağlık yatırımları gibi nitelendirildiği beşeri sermayede, sağlık hizmetlerinin bireylerin işgücündeki verimliliğini ve ilgili iş kolundaki yeteneğini korumasından ötürü bir insan yatırımı olarak ifade edilmektedir (Taban ve Kar, 2004; 291). Bu yaklaşımı savunan T.W. Shultz'a göre sağlık hizmetleri ve sağlık tesisleri, beşeri sermaye yatırımları arasında gösterilmelidir (Mazgit,2002:410). Sonuç olarak ekonomik gelişmişlik düzeyine ulaşan ölkelerde, sağlık için ayrılmış olan kaynakların giderek arttığı ve kişilerin sağlık bilinçlerinin de buna paralel olarak yükseldiği görölmektedir. Bu durum esasında, sağlık hizmetlerindeki gelişimin ekonomik büyüme (Mazgit, 2002:405) ile birlikte kalkınma göstergelerini de etkilediğini göstermektedir.

3.2.2. Sermaye Birikimleri ve Yatırımlar

Gelişmekte olan ve belirli bir gelişmişlik düzeyine ulaşan ölkelerde yapılan araştırmalar, yatırımların ve dolayısıyla sermaye birikiminin teknolojik gelişmeyle birlikte ekonomik büyümenin belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Sermaye birikiminin ekonomik büyümenin belirleyicisi olması, sermaye birikiminin verimlilik ve istihdamdaki artışa katkı sağlamasından kaynaklanmaktadır (Saygılı ve Cihan, 2008: 22-27).

Sermaye birikimi, gelecekte yapılacak yatırımlar için eldeki parasal kaynağın tasarruf edilmesi olayıdır. Ölkede fiziki sermaye birikiminin artışı, yeni makine ve teçhizat, üretim tesisi, donanım, araç ve gereçlere bağlıdır. Bu tür üretken yatırımlarda, sermayenin etkinliğini artırabilmek amacıyla ek yatırımlara gereksinim duyulabilmektedir. Bu ek yatırımlar; yol, elektrik ve su gibi tamamlayıcı yatırımlardan oluşmaktadır. Yatırımlardaki artış ise üretim ve istihdamı artırarak ekonomik büyüme sürecini işlevsel kılacaktır. Bahsedilen fiziki sermaye yatırımları ile birlikte beşeri sermaye yatırımlarının yapılması, emek miktarını artıracaktır. Dolayısıyla emek miktarındaki artış, üretim artışına denk seviyede olabileceği gibi daha yüksek bir üretim artışına da denk gelebilir (Berber, 2011: 22; Ağır ve Tıraş, 2018: 102).

3.2.3. Teknolojik İlerlemeler

Günümüzde teknolojik ilerlemeler, ekonomik büyümenin sınırlarını aşan en iyi yol olarak kabul görmektedir. Kibritçioğlu (1998) teknoloji düzeyini, 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 tanımlamıştır. Diğer bir ifade ile bir toplumda teknolojinin varlığı, ancak beşeri sermayenin birleşimi ile fayda sağlamaktadır. Dolayısıyla bir toplumda, teknolojinin önemli bir konumda bulanabilmesi için üretimdeki çıktıları etkileyen faktörlerin bir bütün olarak etkin ve verimli çalışıyor olması gerekmektedir (Kibritçioğlu, 1998: 7-8). Çünkü sağlıklı bir beşeri sermayenin yokluğunda ileri teknolojik düzeye ulaşılsa bile bunun

üretim katkısı sınırlı olacaktır. Bu nedenle teknolojik gelişmelerin üretim sürecinde yüksek katma değer yaratması, o teknoloji ile üretim yapabilen sağlıklı bir beşeri sermayenin varlığı ile mümkündür. Sağlıklı bir beşeri sermaye ve teknolojik ilerlemenin birbirini tamamladığı bir yapıda ülkenin üretim kapasitesi ile birlikte rekabet gücü de önemli düzeyde artmaktadır. Artan rekabet gücü, pazarlarının büyümesine ve elde edilen kârlarda bir artışa yol açarak ekonomik büyümeyi de beraberinde getirecektir (Korkmaz, 2010: 2).

3.2.4. Doğal Kaynaklar

Günlük hayatta toplumların ihtiyaçları karşılanırken, doğal kaynakların üretimde yer almadığı herhangi bir mal veya hizmetten bahsetmek mümkün değildir. Diğer bir ifade ile bütün mal ve hizmetlerin kaynağı, doğal kaynaklardan oluşmaktadır (Çelik, 2019: 18). Doğal kaynaklar, üretim faktörlerinin de içerisinde yer alan, toprağın hem altında hem de üzerinde bulunan, maden, su, petrol rezervleri, denizler, ormanlar gibi doğal olan tüm kaynakları kapsamaktadır (Ünsal, 2014: 8). Doğal kaynaklar, beşeri faktörlerin herhangi bir katkısı olmadan doğada kendiliğinden bulunan ve genel olarak yenilenemeyen kaynaklardır.

Doğal kaynakların bolluğu, bir ülke için önemli olmakla birlikte tek başına ekonomik büyüme sürecine katkı sağlamamaktadır. Kısaca ifade etmek gerekirse, ekonomik büyümeye etki eden unsurlardan biri olarak ifade edilen doğal kaynaklar, ekonomik büyüme için tek başına yeterli olmayacaktır (Alkin vd., 2008: 463; Tıraş, 2018: 78). Ancak doğal kaynaklarla birlikte sağlıklı bir beşeri sermayenin varlığı durumunda ekonomik büyüme süreci işlevsel olacaktır. Sürdürülebilir bir ekonomik büyüme, doğal kaynakları kullanabilen sağlıklı bir toplum ve yeterli teknolojik altyapıya sahip ülkelerde mümkün olabilmektedir.

3.3. Ekonomik Büyüme Modelleri

Ekonomik büyüme sürecine tarihsel bir perspektiften bakıldığında, geçmişten günümüze üzerinde durulan kavramların değişebildiği ve bu kavramların kuramcılarca farklı şekilde değerlendirildiği görülmektedir. Büyüme modelleri kümülatif bir özellik göstermesinden ötürü, her bir teori bir öncekinden ya etkilenir ya eksikliğini tamamlar ya da minimal değişikliklerle farklı bir vurgu yapar. Ayrıca çağın gerekliliklerinin yarattığı amaçlar da ekonomik büyüme teorilerinin oluşturulmasında belirleyici olmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan teoriler, gerek gerçeği yansıtırma noktasında gerekse uygulanabilirlik açısından farklılık göstermektedir.

Genel olarak bakıldığında, ekonomik büyüme teorilerinin tam istihdam yaklaşımı ekseninde şekillendiğini belirtmek mümkündür. Ekonomik büyüme teorileri, uzun dönemde kapasitenin tam kullanılması ile birlikte büyümenin ne derece etkin gerçekleşebileceğini ve aynı zamanda gerçekleşen bu büyümenin denge durumunun ne şekilde olacağını nedenleriyle birlikte açıklayan teorilerdir (Kaynak, 2015: 9). Ekonomik büyüme modelleri, içsel ve dışsal büyüme modelleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

3.3.1. Klasik ve Neoklasik Modeller

Klasik dönem 1776-1936 yılları arasında, büyüme teorilerinin başlangıcı olarak kabul gören dönemi kapsamaktadır. Klasik dönem büyüme modellerinde, tam istihdam ve tam rekabet koşulları üzerinde çalışmalar sürdürülmüştür. Klasik büyüme modelleri; Adam Smith'in Büyüme Kuramı, Ricardo-Malthus Büyüme Kuramı ve Marksist Büyüme Kuramlarından oluşmaktadır.

- **Adam Smith:** "Ulusların Zenginliği" adlı eseriyle büyüme teorilerinin başlangıcını oluşturduğu kabul edilen Smith, buna paralel olarak iktisat biliminin de kurucusu olarak kabul görmektedir. Smith, kapitalizmin gelişmekte olduğu dönemde, kapitalizmin ideolojik olarak sözcülüğünü üstlenerek; sınırlı üretimin, ticari engellerin ve aynı zamanda sınırlı mülkiyetin değişmesi gerektiğini sebepleriyle ortaya koymuştur. Üretimin, işbölümü ile verimliliği artıracağını dolayısıyla zenginliğin esasını işgücü verimliliğinin oluşturduğunu savunmuştur. Kavramsallaştırmanın önemini vurgulayarak üretim, işgücü gibi kavramların zamanla değiştiğini ve bundan dolayı çağın gerekliliklerine uygun olarak bu kavramların yeniden ele alınması gerektiğini ifade etmiştir (Gürak, 2016: 56; Kaplan, 2016: 18).

Smith'e göre üretim faktörleri, ekonomik büyümenin sağlanmasında itici bir güce sahiptir. Bu üretim faktörleri fiziksel sermaye birikimi, işbölümü ve topraktır. Bu üretim faktörlerinden esas olarak, ekonomik büyümeyi beraberinde getirecek olan faktör, "Ulusların Zenginliği" adlı eserinde belirtildiği üzere fiziki sermaye birikimidir. Smith'e göre fiziksel sermaye birikiminin oluşturulması mikro düzeyde verimliliğin sağlanmasını, makro düzeyde ise işbölümündeki artışa paralel olarak piyasaların genişlemesini ve bu sayede ölçeğin büyümesini olanaklı kılacaktır. Bu bağlamda bakıldığında, Smith'in büyüme kuramı, ölçeğe göre artan getiri hipotezine dayandırılmaktadır (Güvel, 2011: 25).

Smith, ekonomik büyümeyi işbölümü faktöründen hareketle incelemeyi uygun bulmuştur. İşbölümünün çıktısı olarak verimlilik artış göstereceğinden, işgücü başına artan verimler yasası geçerliliğini korur. Nitekim işbölümünün paydaşlarından olan fiziksel sermaye birikiminin öncelikli olması gerektiğini ifade eder. Bu sayede işbölümü yapılabilecek ve verimlilik artışı sağlanabilecektir. Aynı zamanda işbölümünün uzmanlaşmayı getirmesiyle, işgücünün verimliliği kümülatif olarak artacaktır. Bu artış süresince piyasanın dış ticarete yönelim göstermesi gerekir. Mutlak Üstünlükler Kuramında Smith bu durumu açıklamıştır. Bu kurama göre önce iç pazarda düşük maliyetle üretimde uzmanlaşma sağlanmalı daha sonra dış pazarlar için üretim gerçekleştirilmelidir. Smith, hem ithalatın hem de ihracatın eşzamanlı olarak gerçekleşmesinin ekonomik büyümeye katkı sağlayacağını vurgulamıştır. Piyasaların genişlemesi, üretim faktörlerinin verimliliğini sürekli olarak yükseltecek ve bundan ötürü büyüme sürekli olarak artan eğilimli bir şekilde gelişim gösterecektir (Gürak, 2016: 56; Kaplan, 2016: 18; Güvel, 2011: 26).

Ekonomik büyüme ve beşeri sermaye ekseninde Smith'in görüşleri dikkate alındığında, Smith'in farklı eserlerinde eğitimin önemini vurguladığını belirtmek mümkündür. Çünkü bu dönemde büyümenin gerçekleştiği ekonomilerde nitelikli işgücüne olan talep artmış ve bu talebin yalnızca eğitimle karşılanabileceği savunulmuştur. Smith, eğitimin gelecekte getirisinin yüksek olacağını bu bakımdan eğitimin bir yatırım aracı olarak düşünülmesi gerektiğini belirtmiştir. Özellikle düşük gelirli ailelerin çocukları için eğitimin ücretsiz olması, sistemin geleceği için önemli bir unsur olmuştur (Gürak, 2016: 57). Bu bakımdan Smith, her ne kadar beşeri sermaye kavramı üzerinde belirgin bir tavır sergilememiş olsa da, eğitimin beşeri sermayenin bir bileşeni ve

pozitif bir getirisinin olduğunu eserinde vurgulayarak dolaylı da olsa beşeri sermayenin o dönem için farkındalığına katkı sağlamıştır.

- **Ricardo-Malthus:** Ricardo'ya ekonomik büyümeyi, sınıflar arası gelir dağılımı çerçevesinde incelemiştir. Bu kapsamda Ricardo toplumu üç sınıfa ayırmış, bunların toprak sahipleri, emekçiler ve kapitalistler olduğunu belirterek gelirin bu üç ana sınıf arasında dağılacığını vurgulamıştır. Kapitalistler, ekonomik büyümenin gerçekleşmesinde esas rol oynayan sınıf olarak belirlenmiştir. Kapitalistler sayesinde sermaye birikimi gerçekleşmekte ve bu sermaye birikimi yatırımlara kanalize edilmektedir. Toprak sahipleri ise sistem içerisinde yalnızca rantla ilişkilendirilmiş olup tasarruf ve yatırımda bulunmayan sınıf olarak tasnif edilmiştir. Rant, toprak sahiplerinin ekim alanlarının verimliliğine bağlı olarak haksız kazancı temsil ederken ücret ise emekçilerin asgari geçimlerini sürdürebilecekleri kazancı temsil etmektedir. Burada ücret, emeğin doğal fiyatı olarak nitelendirilmiştir (Kaynak, 2015: 28; Kaplan, 2016: 19).

Ricardo ücretin açısından gelirdeki dağılımı ifade ederken, Thomas Malthus'un Klasik Nüfus Kuramından faydalanmıştır. Kurama göre nüfus ve ücret arasında anlamlı nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Fakat ücretin birim değeri arttıkça nüfustaki artış geometrik dizi ile ifade edilirken, tarım ürünlerin aritmetik olarak artışı söz konusudur. Dolayısıyla insanlık tarihi, bir dizi kitlesel ölümlere tanıklık etmiştir. Ricardo aynı zamanda kârı ifade ederken birim gelir, ücret ve rant kavramlarından faydalanmıştır. Uzun dönem için bakıldığında, ücret doğal ücret olarak değerlendirildiğinden kâr, rant tarafından belirlenir. Rant, toprağın miktarına bağlı olarak değişim göstermektedir. Toprak, Azalan Verim Kuramına göre üretim faktörü olarak gösterilse bile miktarı kıttır. Dolayısıyla üretim gerçekleşecekse, bu verimli topraklar üzerinde sürdürülmelidir. Verimli topraklar dışında topraklara ihtiyaç duyulması halinde ise diğer topraklar üretime açılmaya devam etmelidir. Fakat verimsiz toprakların üretime açılması rantın artışına sebep olur. Bu açıdan bakıldığında birim kârın düşmesi söz konusu olur. Kârın düşüşü ekonomik büyümeyi durduracaktır (Güvel, 2011: 32). Sonuç olarak Ricardo, beşeri sermaye ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir ilişki kurmamıştır (Güvel, 2011: 33).

- **Karl Marx:** Klasik iktisatçılar arasında büyük bir öneme sahip olan Marx, ekonomiyi toplumların anatomisinden hareketle açıklamaya çalışmıştır. Toplumu harekete geçiren asıl kaynağın maddi üretim şekli olduğunu ifade eden Marx'ın büyüme modelini bu bağlamda değerlendirmenin daha yararlı olacağı aşikârdır (Kaynak, 2015: 41).

Marx büyüme modelinde iki yaklaşımdan hareket etmiştir. Birincisi basit yeniden üretim yaklaşımı diğeri ise genişleyen yeniden üretim yaklaşımıdır. Basit yeniden üretim yaklaşımında, üretilen ürünler tüketilir ve sermaye birikimi yalnızca sistemin aksaklık ya da yıpranmalarına çözüm bulabilmek adına oluşturulur. Ekonomi bu yaklaşımda büyüme göstermez. Genişleyen yeniden üretim modelinde ise artı üründen bahsedilir ve artı ürünün sağladığı kâr ile yeni yatırımlar gerçekleştirilir. Dolayısıyla sermaye birikimi dediğimiz şey gerçekleşmiş olur. Böylece üretim kapasitesi de artmaya başlar. Teknolojinin de içinde bulunduğu rekabet ortamına bir giriş söz konusu olmaktadır (Kaynak, 2015: 42).

Marx kapitalist büyüme modellerinin devamlı olarak bir fayda sağlayamayacağını, aksine modelin kapitalist sistemi bir bitişe sürükleyeceğini savunmuştur. Ricardo'nun kıyamet noktası olarak ifade ettiği yaklaşıma benzer bir tavır sergilemektedir. Ancak Ricardo bu durumu gelir dağılımı ile açıklarken Marx ise fiziksel sermaye stoku ile açıklamaya çalışmıştır. Marx'ın oluşturmuş olduğu yeni modelde ücret, kar ve artı ürün değişimin unsurları olarak ifade edilmiştir.

Artı ürün, belirli bir zamanda üretilebilecek olan malın üzerinde kalan üretimin bir çıktısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ne kadar çok üretim o kadar fazla artı değer düşüncesiyle hareket eden kapitalistler, böylelikle proleterya sınıfının daha çok çalışmasını amaçlamışlardır. Marx kar oranının sabit ancak ücret oranının değişken bir yapıda olduğunu savunur. Nitekim ücret bünyesinde sosyal bir nitelik barındırır, proleteryanın birtakım sosyal ve ailevi ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Bu bağlamda bakıldığında, artı ürün oranı arttıkça ücret oranı azalacaktır. Bir yanda ücret oranını düşük tutmak isteyen kapitalistler, diğer yandan yedek işsizler ordusu olarak ifade edilen grup sayesinde ücret artışını kendi lehine çevirmişlerdir. Böylece düşük ücretle yüksek çalışma saatleri koşullarında artı ürünün değerini yükseltmeyi amaçlamışlardır. Artı ürünün fazlasını elinde bulundurmak isteyen kapitalistler arasında bir rekabet ortamı oluşmuş, bu rekabet ortamında öne çıkmak isteyen kapitalistler teknolojiye yararlanmaya çalışmıştır (Güvel, 2011: 35)

Teknolojik yeniliklere verdiği önemle dikkat çeken Marx, büyüme modelinin içine teknolojik yenilikleri de ilave etmiştir. Teknoloji, sabit sermayeden harcama yapmayı teşkil ettiğinden dolayı kâr oranını düşürmektedir. Rekabet içerisinde olan kapitalistler, artı ürünün maliyetini düşürmek için teknolojiye yararlanmayı hedeflemişlerdir. Rekabet ortamında bunu sağlayabilmiş olanlar üretimlerini daha karlı gerçekleştirebileceklerdir. Bunu sağlayamayanlar ise piyasanın dışına çıkacak ve tam rekabet koşullarından biri olan birden çok satıcının yokluğu tekelleşmeye neden olacaktır (Güvel, 2011: 36, Gürak, 2016: 63). En nihayetinde Marx, rekabet gereği teknolojik yenilikler üzerinde modelini geliştirmiş olsa da beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasında herhangi bir ilişki kurmamıştır. Hatta uzun dönemde değerlendirildiğinde, teknoloji ve büyüme arasında da sağlıklı bir ilişkinin olmadığını vurgulamaktadır. Özetle, klasik dönem iktisatçılarının ekonomik büyüme ve beşeri sermaye ile ilgili herhangi bir ilişki kurmadıkları çıkarımına varılabilir.

• **Neoklasik Dönem (Solow Modeli):** 1980’li yıllara kadar ekonomi literatürde hâkimiyetini koruyan bir modeldir. Bu dönemin yapıtaşını Solow ve çalışmaları oluşturur ki bu çalışmaların en önemlisi 1956’da “Ekonomik Büyüme Teorilerine Bir Katkı” adlı çalışmadır. Modelin esas olarak ele aldığı konu, ülkelerin ekonomik olarak gelişmişliklerinin neden birbirlerinden farklılaştığını saptamak ve bu durumun nedenlerini açıklamaya çalışmaktır (Özyurt, 2020: 47). Dışsallıkların üzerinde duran bu model, ileride literatüre kazandırılacak olan içsel büyüme modellerinin çıkış noktasını oluşturmakta ve bu nedenle modelin anlaşılması önem arz etmektedir.

Solow Modelinde, ekonomik büyümenin belirleyicisi olarak teknolojiye bağlı değişimler ve nüfusun artışı görülür. Aynı zamanda kalıcı büyümenin, yani uzun dönemde büyümenin, teknolojiye bağlı gelişmelere bağlı olduğunun önemi vurgulanır. Teknolojik yeniliklerin dışsal bir etki olarak, uzun dönemde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasındaki farkın kapanması yönünde belirleyici bir unsur olduğunun üzerinde durulur. Solow’un “Yakınsama Hipotezi” diye adlandırdığı bu varsayıma göre, işgücünün giderek artan bir eğilim gösteren sermayenin hızına yetişemediği ekonomilerde, dışsal bir özellik gösteren teknoloji sabitken, gelişmemiş ülkelerin gelişmiş ülkelere nazaran daha hızlı bir ekonomik büyüme sağlayacağı hatta gelişmiş ülkelerin statüsüne ulaşacağı savunulmaktadır (Muhsin, 2003: 148). Ayrıca modelde ülkelerin coğrafi şartları gibi değişkenler üzerinde durulmayıp yalnızca fiziksel sermaye birikimi çerçevesinde bir değerlendirme yapılmıştır.

Teknolojinin yanı sıra işgücünün de dışsallığına vurgu yapan Solow, nüfustaki artışın işgücündeki artışa yansıtacağını ileri sürmektedir. Bundan dolayı milli gelirdeki artışın işgücündeki artıştan etkilenebileceği görüşüne ilaveten, işgücü ve sermaye arasında bir ikamenin olabilirliğini savunmuştur (Yılmaz, 2005: 66).

3.3.2. Keynesyen Modeli

John Maynard Keynes, ekonomik büyümeyle ilgili görüşlerini “İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi” adlı eserinde ifade etmiştir. Keynes, çalışmasını iki amaç doğrultusunda oluşturmuştur. Bunlardan ilkinde, klasik ekonomik büyüme modellerini oluşturan ekonomistlerin, makro iktisatta ekonomik dengenin kendiliğinden sağlanacağını savunan görüşlerinin doğru olmadığını kanıtlamaya çalışmaktadır. İkincisine ise bozulan ekonomilerde, ekonomik dengenin sağlanabilmesi noktasında yol göstericiliği yapmaktır (Cate vd., 1997: 161).

Keynes’e göre ekonomilerdeki gelir ve iş düzeyi, talebi oluşturan unsurlar ile belirlenir. Milli gelirin belirleyicisi, efektif taleptir. Efektif talebin iki unsuru bulunur, bunlardan ilki tüketim ikincisi ise yatırım harcamalarıdır. Bu harcamaları etkileyen faktörler birbirinden ayrılır. Tüketim talebi, tüketim eğilimi ve milli gelire; yatırım talebi ise faiz haddi ve sermayenin marjinal faydası ile ilişkilendirilir. Bu farklılıklar, ekonomilerde tam istihdamın her zaman sağlanamayacağını ifade eder ve Keynes bu durumun sebeplerini açıklamaya çalışır (Taban, 2008: 46).

Klasiklerin aksine, tam istihdamın kendiliğinden gerçekleşmeyeceğini savunan Keynes, istihdamı sağlamak için toplam yatırım düzeyinin artırılması gerektiğini ifade eder. Bu doğrultuda ekonomik büyümeyi sağlamak ve hızlandırmak ancak devletin müdahalesi ile gerçekleşebilir. Yatırım düzeylerindeki her artış, tasarrufu ve sermaye birikimini artırır ve böylece istihdam ile milli gelir artırılabilir (Palmerio, 1991: 22). Ancak yatırımların, kapasite üzerindeki artırıcı etkisini göz ardı etmiştir. Ona göre amaç, uzun dönem ekonomik büyümeyi ele almak değil, kısa dönemde tam istihdamın nasıl sağlanacağına ilişkindir. Başka bir ifadeyle, Keynesyen modele göre denge noktasına ulaşıldıktan sonra durağan döneme geçilir (Taban, 2008: 48).

Durgunluk dönemine geçiş, tüketimde oluşacak talebin düşük, arzın fazla olmasıyla gerçekleşecektir. Üreticilerin, üretimi azaltmaları sermaye birikimini kısıacak ve devamında işsizliğin artışıyla, ekonomik durgunluk dönemine geçilecektir (Cate vd., 1997: 162). Keynesyen modele bakıldığında, yatırımın yalnızca faize bağlandığı görülür. Bu görüşün aksine aslında, yatırımların gelir ya da üretim düzeyindeki artışa bağlı olduğu bilinir. Yatırım ve gelir artışı, diğer bir ifade ile hızlandıran ilkesinin reddi, Keynesyen modele yönelen eleştirilerin kaynağını oluşturmaktadır (Taban, 2008: 50).

3.3.3. R. Harrod ve E. Domar Modeli

Roy F. Harrod (1939) ve Evsey D. Domar (1946) tarafından yapılan çalışmalara dayanan model, çalışmaların birbirlerine benzerliklerinin fazla olmasından kaynaklı olarak Harrod- Domar Modeli olarak bilinir. Keynesyen modelin devamı niteliğinde olan, uzun dönemli ekonomik büyümenin nasıl sağlanacağı konusunda çalışmaları kapsayan bu modelde, tüketim ve yatırımda ayırım yapılmaksızın tek bir mal üretilmektedir. Planlanmış olan üretim miktarından fazlası veya eksikliği üretilmemektedir. Talep yönlü bir oluşum söz konusudur, ekonominin arz yönü göz ardı edilir.

Ekonomi üzerinde devletin işlevselliğini, özel karar mercileri üstlenmektedir. Harrod ve Domar içinde bulundukları kapitalist dönemin problemleriyle ilgili olarak, hükümet politikalarının bu problemlerin çözümlerinde esas alınması gerektiğini belirtmişlerdir. (Mert, 2017: 140). Bundan dolayı özellikle yatırımlar, modelin ilgi odağı olarak kapasite üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yatırımların da üzerinde iki farklı etki söz konusu olabilmektedir. Bunlardan ilki, yatırımın gelir üzerinde artışa neden olmasıdır. Söz konusu artış beraberinde talebi de yaratır. İkinci etki ise üretimde kapasitenin genişlemesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Dinler, 2000: 513; Özsağır, 2008: 338).

Ekonomik büyüme ise merkezine dengeyi alır. Bu anlamda dengenin sağlanacağı ilk durum arz ve talep arasındaki denge durumudur. Bununla beraber yatırım ve tasarrufların dönem başı planlanan miktarlarıyla, dönem sonunda ortaya konmuş miktarları arasında bir denge sağlanmalıdır. Ancak bu koşullar sağlanmasına rağmen kapitalist sistem, mal ve işgücü piyasasında eşgüdümlü bir büyümeye imkân tanımaz. Söz konusu denge bundan dolayı “bıçak sırtı denge” olarak adlandırılır. Modelin bir diğer varsayımı, ekonomik büyüme sürecinde talep ve arz arasında veyahut tasarruf ve yatırım planlaması arasında bir dengesizliğin meydana gelmesi durumunda, denge büyüme durumu olsa bile ekonomik büyümenin sürdürülmesinin olanaksız olacağıdır (Doğan, 2014:369; Mert, 2017: 140). Fiziksel sermaye birikimin kısıtlılığından bahseden bu modelde, büyümeyi belirleyen unsurlar arasında beşeri sermayeye ve teknolojiye yer verilmemiştir. Dengeli bir büyümenin olmayacağını ileri süren Harrod- Domar Modeli, kısa bir dönem sonra kendileri tarafından reddedilmiştir.

3.3.4. İçsel Büyüme Modelleri

Neoklasik büyüme modellerinin, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasındaki farklılıkları yeterince yansıtmadığı gerekçesiyle yeni yaklaşımlar oluşturulmaya başlanmıştır. Neoklasik modellerde göz ardı edilen teknolojik değişimler ve beşeri sermaye faktörleri, içsel büyüme modellerinde anahtar girdiler olarak karşımıza çıkmaktadır (Kar ve Ağır, 2006: 54). İçsel büyüme modellerinde temel argüman, büyümenin içsel olgularla gerçekleşebileceğidir. Dolayısıyla içsel büyüme modelleri, büyümeyi dışsal faktörlerle açıklamaya çalışan modellerden büyük ölçüde ayrılmaktadır (Romer, 1994: 3).

1980’lerin sonuna doğru sistematik bir yapıya kavuşturulan içsel büyüme modelleri, teknolojik değişimleri içselleştirme esasına dayanmaktadır. Diğer bir varsayım ise sermayenin getirisine ilişkin olup beşeri sermayeyi de kapsamına alan artan getiri yasasının kabul görmesidir. Buna göre uzun dönemde sermayenin artan getirisinin büyümeyi azaltamayacağı öngörülür (Kar ve Ağır, 2006: 54). İçsel büyüme modelleri; Romer (1986), Lucas (1988), Grossman-Helpman (1989), Barro (1990) ve Rebelo (1991) yaklaşımlarıyla açıklanmaktadır.

- **P. Romer (1986):** Romer (1986) "Increasing Returns and Long Run Growth" isimli çalışmasında içsel büyüme modellerinin temelini, azalan verimler kanunu üzerinden yaptığı eleştirisiyle oluşturmuştur (Taşar, 2015: 117). Bilgiyi temeline alan bu modelde, ekonomik büyümenin marjinal getirisi, fiziksel sermaye birikimi arttıkça azalmamaktadır. Bilgi hem kamusal hem de dışsal bir özellik göstermektedir (Yardımcı, 2006: 101). Dolayısıyla bilgi üretimi, üretim ve tüketim faaliyetlerinin tamamında ortaya çıkan bir yan üründür (Fedderke, 2002).

Modeldeki varsayıma göre, AR-GE çalışmalarıyla da desteklenen bilgi üretimi, bilgi birikimini oluşturacak; oluşturulan bu bilgi birikimi teknoloji ile birlikte uzun dönemde ekonomik

büyüme üzerinde pozitif bir katkı sağlayacaktır. Teknoloji, bilginin aksine kamusal bir özellik göstermez ve dışarıya yansıtılabilir. Teknolojinin başlıca özelliği ise tüm bireylerin herhangi bir rekabet olmadan teknolojiye ve teknolojik yeniliklerden faydalanabilmesidir (Özyurt, 2020: 49; Kocabadak, 2021: 50).

Romer (1990) çalışmasında içsel büyüme modelleri kapsamına beşeri sermayeyi de eklemiştir. Ancak önceki çalışmasından farklı olarak, birikim yerine düzey kavramını kullanan Romer, beşeri sermayenin ekonomik büyümede temel belirleyici olduğunu savunmuştur (Taşar, 2015:5). Ona göre ekonomik büyüme, beşeri sermaye olmaksızın gerçekleşmemektedir. Beşeri sermaye, ekonomik büyümenin temel yapıtaşını oluşturmaktadır. Bu argümanı çerçevesinde beşeri sermayenin, ekonomik büyüme üzerindeki tartışılmaz etkisi vurgulanmaktadır.

- **R. Lucas (1988):** Lucas (1988) “On The Mechanics Of Economic Development” isimli makalesinde, beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi üzerinde durmuştur. Sürdürülebilir bir büyüme için beşeri sermayenin üzerinde yoğunlaşmanın gerektiğini belirten Lucas, çalışma sürelerinin ve çalışanların potansiyellerini ortaya çıkarma becerilerindeki iyileşmenin, üretimde de bir artış sağlayacağını ileri sürmüştür (Kızıl ve Ceylan, 2018: 198). Böylece beşeri sermayeye yapılacak her bir yatırımın, fiziksel sermayeye yapılacak olan her bir yatırımın faydasından daha fazla olacağını ve bu yüzden hükümetlerin sağlık, eğitim gibi beşeri sermayeye katkı sağlayacak olan yatırımlarını artırmalarının, uzun dönemde ekonomik büyümeye olumlu katkı sağlayacağı belirtilmiştir (Özyakışır, 2011: 55).

Ülkelerin farklı ekonomik yapılarla sahip olmasından kaynaklı olarak, tek bir ekonomik büyüme modelinin bütün ülkeler için geçerli olamayacağını ifade eden Lucas, bütün ülkelere kabul edilebilen daha genel geçer bir ekonomik büyüme modeli oluşturma gayesi taşımıştır. Bu yüzden Lucas, neo-klasik piyasa şartlarında büyüme ve gelir farklılıklarının optimal seviyede tutulduğu ekonomiler çerçevesinde modelini oluşturmuştur (Doğan, 2014: 374).

Hükümet politikalarının, beşeri sermaye ve beşeri sermayenin etkilediği ekonomik büyüme üzerindeki etkisine değinen Lucas, ilaveten farklı ekonomilere sahip iki ülkeyi ele alarak ekonomik büyümenin gelişmişliğe etkisini örnekleyerek açıklamaktadır. Burada Lucas, kapalı ekonomilerde ekonomik büyüme seviyeleri ile gelişmiş ülkelerin ekonomik büyüme seviyelerinin eşit olması durumunda dahi, gelişmemiş kapalı ekonomiye sahip olan ülkenin yoksulluğunun değişmeyeceğini varsaymaktadır. Ancak emek faktörünün mobil olması durumunda, beşeri sermaye etkilerinin içsel olma durumu önem kazanabilir. İçsellik durumuna ek olarak, beşeri sermayenin dışsal faydası üzerinde de durulması gerekmektedir. Böylece beşeri sermayenin dışsal fayda sağlayıp sağlayamama durumu da ekonomik büyüme üzerindeki değerlendirmelerin hangi yönde olacağına dair yardımcı olmaktadır (Kibritçioğlu, 1998: 24; Doğan, 2014: 374).

- **Grossman-Helpman (1989):** AR-GE modellerinden biri olarak literatürde yer alan bu modele göre ele alınan büyüme süreçleri, daha çok gelişmiş ülkelerin ekonomileri üzerinden ifade edilmeye çalışılmıştır (Yardımcı, 2006: 102). Ülkeler tarafından üretilen yeni ürünler, büyüme ve dış ticaret ile ilişkilendirilir ve AR-GE çalışmaları ise bu dış ticaret olgusunun faydalarından yararlanır. Böylece ekonomilerde rekabet edilebilirlik sağlanarak ekonomik büyüme sürecine katkı sağlanabilmektedir. Bu modele göre AR-GE çalışmalarına gerekli kaynağı ayıramayan ülkeler, gelişmiş ülkelere yapılabilecekleri teknoloji transferleriyle de zaman içerisinde dünya ticaretinde yerlerini alabileceklerdir (Erdoğan ve Canbay, 2016: 39). Dolayısıyla, diğer içsel modellerde

olduğu gibi bu modelde de ekonomik büyümenin uzun dönemde teknoloji ile ilişkilendirildiği belirtilebilir.

Teknolojik gelişmenin piyasa teşviklerine ve kaynak stokuna bağlı olduğunu savunan model, ekonomik büyümenin aynı zamanda dikey ürün geliştirmeyle içselleştirilebileceği esasına dayanır. Dikey ürün geliştirme, ürünlerin üretimlerinde bir önceki ürünün eskime durumunu ifade eden bir yaklaşımdır. Bu yüzden bu modelde, üreticiler daha kaliteli ürün üretmek için çaba sarf etmeye çalışmaktadırlar (Yardımcı, 2006: 102). Teknolojik gelişmeler ve AR-GE ile üretilip geliştirilen yeni ürünler, dış ticaret imkânlarının da sağlanmasıyla ülkelere karşılaştırmalı üstünlük sağlayacaktır. Böylece söz konusu üstünlüğü sağlayan ülkelerde, ekonomik büyümenin sağlanacağı varsayılmaktadır (Erdoğan ve Canbay, 2016: 38). Sonuç olarak bu model, ekonomik büyümeyi makro düzeyde ülkelerin karşılaştırılmasına dayandırarak açıklamaya çalışmaktadır. Bunu gerçekleştirirken de teknolojik gelişmenin aktif rol oynadığını ifade eder. Karşılaştırmalı üstünlüğü sağlamak, ekonomik büyümenin uzun dönemde gerçekleştirilebileceğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

- **R. Barro (1990):** Ekonomik büyümenin kamu harcamalarına bağlı olarak gerçekleşebileceğini savunan Barro (1990)'a göre, özel teşebbüslerin ekonominin genelinde üretkenliğe katkısı yeterli düzeyde olmaz. Özellikle üretkenlikte artışı sağlayacak olan kamu mallarının, özel teşebbüslerce üretimi minimal düzeydedir. Bu perspektiften bakıldığında modelin esas güdüsü, geniş anlamda özel teşebbüslerin sermayesi ve kamu hizmetlerinin varsaydığı sabit getiri üzerinde oluşturulmuştur (Ercan, 2002: 134; Altunç, 2011: 145).

Kamu harcamalarının etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi, ekonomik büyümeyi sağlayabilmesi açısından önem arz etmektedir. Kamu harcamaları bir yandan toplumsal yarar sağlarken diğer yandan ise özel teşebbüslerin menfaatlerini koruyabilmektedir. Kamu harcamaları, hükümet politikalarıyla idame ettirilmektedir. Hükümet politikalarıyla kamu ve özel sektör arasındaki etkileşimli olan ilişkiler düzenlenebilmekte ve bu sayede hükümet, özel teşebbüslerin üretime olan katkısını ve verimliliğini artırmaya çalışmaktadır. Bu bağlamda kamu yatırımları yoluyla ekonomik büyüme üzerinde fayda sağlamak mümkün olmaktadır (Taban, 2008: 107; Altunç, 2011: 146)

Kamu harcamalarını ekonominin bir girdisi olarak kabul eden bu model, kamu harcamalarını verimli ve verimsiz olarak tasnif etmekle birlikte özellikle hükümet politikalarının AR-GE çalışmalarını desteklemesini, eğitim ve sağlık gibi kamusal altyapı alanlarına doğrudan yatırım kaynaklarını ayırmasını gerektirmektedir. Diğer bir ifade ile kamu harcamaları politikaları ekonomik büyüme üzerinde etkin bir rol üstlenmekte ve böylece model içsel büyüme yaklaşımını kamu harcamaları üzerinden açıklamaya çalışmaktadır (Yardımcı, 2006: 102; Özel, 2012: 69).

- **S. Rebelo (1991):** Beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisine dikkat çeken çalışmalar ortaya koyan Rebelo, literatüre önemli katkılarda bulunmuştur. Beşeri sermayeyi, fiziki sermaye dışında değerlendirmiştir. Beşeri sermayeyi, yenilenebilir bir faktör olarak ve doğal kaynaklardan oluşan fiziksel sermayeyi ise yenilenemeyen faktör olarak gruplandırmıştır. Bu özelliği ile ayrıştırılan bu iki farklı sermaye türünün, üretimin temel faktörleri olduğunu ifade etmiştir. Ancak uzun dönemde, beşeri sermayenin üretim içerisindeki miktarı artış gösterdiğinde, büyümenin hızlanacağını savunmuştur (Acar, 2008: 128; Eriçok ve Yılcı, 2013: 88).

Rebelo'nun ilk olarak varsaydığı basit modelde, tek sektör ve tek üretimden bahsedilir. Tercihler standart olup üretim, sermaye birikimine bağlı olarak doğrusaldır. Büyüme modeli olarak

benimsenmeyen modelde, işçilerin ekonomideki rolü göz ardı edilmiş ve yenilenemeyen faktör olarak nitelendirilen arazi gibi faktörler model dışında tutulmuştur. Dolayısıyla Rebelo, bu problemlerin çözümüne ilişkin olarak modelini iyileştirmeye çalışmıştır (Taşar, 2015: 6).

Ekonomik büyüme modellerini büyüme sürecinin iki etkisine göre değerlendiren Rebelo, ilk olarak ekonomi politikalarının önemini vurgulamıştır. Ekonomik büyümenin bir eğilim oluşturabilmesi için ekonomi politikaları ile desteklenmesi gerektiğini savunmuştur. Beşeri sermaye birikimini önemli ölçüde etkileyen ekonomi politikalarının, özellikle vergileme gibi uluslararası gelir farklılıklarının temel nedeni olduğunu ve uzun dönemde ekonomik büyüme sürecine etkisi olduğunu belirtmiştir. Bu anlamda uzun dönemde vergi oranlarındaki küçük değişimler, ekonomide durgunluğa veya gerilemeye neden olabilmektedir (Çiftçi ve Aykaç, 2011:166).

3.4. Sağlık Harcamaları

Sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla çeşitli yatırımlar kapsamında sağlık harcamaları yapılmakta (Akar, 2014: 313) ve dolayısıyla sağlıklı ve kaliteli bir yaşam amaçlanmaktadır (Öztürk ve Uçan, 2017: 139). Sağlık harcamaları, mevcut dönemde ve gelecekte çıkabilecek sağlık sorunlarını azaltıp hükümetlerin sağlık harcamalarından tasarruf yapma imkânı da sağlamaktadır (Mazgit, 2002: 410). Aynı zamanda sosyal ve ekonomik olarak bakıldığında, sağlık harcamalarının toplumdaki gelir eşitsizliğini azaltma noktasında da kritik bir rol aldığı bilinmektedir (Bulgurcu ve Özdemir, 2015: 524).

Sağlık harcamaları ve sağlık statüleri, ülkelerin gelişmişlik göstergesi olarak kullanılmakla birlikte ülkelerarası karşılaştırma yapılırken ihtiyaç duyulan önemli birer ölçüt olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:208). Ülkelerin gelişim süreçlerine önemli katkı sağlayan sağlık harcamaları, ülkelerdeki gelişimlerle birlikte bir artış göstererek ekonomilerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Güvenek, 2015: 220). Yani artan sağlık harcamalarındaki değişimler, ekonomik büyümedeki değişimlerin nedeni olduğu gibi ekonomik büyümedeki değişimler de sağlık harcamalarındaki değişimlerin nedeni olabilmektedir.

Sağlık harcamalarıyla ilgili kapsamlı çalışmalar Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından başlatılmıştır (ILO, 1959). Türkiye’de ise ilk araştırma 1996 ve 1998 yılları arasında yapılmış ve kaynakların ne olduğu ile bu kaynakların nerelere tahsis edildiği gibi konular incelenmiştir (Yılmaz, 2012: 37-38). Sağlığın kamusal nitelik kazanması ve sosyal devlet anlayışının bir gereği olduğunun kabul edilmesiyle, sağlığa verilen önem artmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve teşkilatlanması ülke genelinde olmuştur. Böylece sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının çözümü ve sağlığın iyileştirilmesi yönünde adımlar atılmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49). 1990 yılından 2003 yılına kadar sağlıkta reform çalışmaları sürdürülmüş ve bu reformlar 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programıyla da desteklenmiştir. Sağlık harcamaları konusunda önemli adımlar atılmakla birlikte sağlık harcamalarının kontrol altında tutulması sağlanarak kamunun finansman yükü azaltılmaya çalışılmıştır (Selim vd., 2014: 14). Ancak kamunun finansman yükü azaltılmaya çalışılsa da zamanla genel sağlık sigortası politikalarının hayata geçirilmesi ve sigorta dışındaki bireylerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması gibi gelişmeler kamunun finansman yükünü artırmıştır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payını artıran bu gelişmeler (Öztürk ve Uçan, 2017: 146),

sağlık harcamalarının kamusal özellik göstermesi durumunun bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı sınıflandırma ile sağlık harcamaları, sağlık yatırımları ve cari sağlık harcaması olarak iki başlık altında tasnif edilmiştir. Cari sağlık harcamaları, etkileri geçici olan ve sürekli tedavi gerektiren sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Atasever, 2014: 20). Hastaneler, evde bakım hizmetleri, ayakta bakım hizmetleri, perakende satışa konu olan tıbbi hizmetler ve diğer tıbbi malzemeler, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve giderleri ile sınıflandırılmayan diğer giderler cari sağlık harcaması kapsamında değerlendirilmektedir (TÜİK, 2017). Yatırım harcamaları ise daha uzun vadede kullanılacak olan araç ve gereçleri kapsamaktadır. Bunlar; bina, sağlık tesisleri, her türlü donanım malzemeleri ya da ambulans gibi motorlu taşıtlar olabilmektedir (Atasever, 2014: 21). Gerek cari sağlık harcamaları gerekse de sağlık yatırımları kapsamında yapılan giderler, daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunu ve her geçen gün artan sağlık talebini karşılamayı amaçlamaktadır. Bu anlamda koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile bir yandan sağlık hizmeti talebi karşılanarak daha nitelikli bir beşeri sermaye yaratılırken diğer yandan ise sunulan bu hizmetlerle daha sağlıklı bir toplum yaratılarak kamunun gelecekteki finansman yükü kontrol altına alınmaktadır.

Ülkelerin koruyucu sağlık hizmetleri için yaptıkları sağlık harcamaları seviyesinin gittikçe düşmesi, o ülkelerin vatandaşlarının temel sağlık gereksinimlerini bile karşılayamadıklarını göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin sunulamaması durumunda ise tedavi edici ve kısmen de rehabilite edici sağlık hizmetlerinin maliyeti yükselmektedir. Bu nedenle sağlık harcamaları artırılarak kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımı mümkün kılınmalıdır (Akdur, 2016: 1). Sağlık harcamalarının bileşeni yalnızca sağlık hizmetindeki temel harcamalar değildir. Bunun yanı sıra sosyal korumaya yönelik harcamalar, sağlık hizmetlerinin fonlarına yapılan harcamalar, sağlık personeli ve sağlık teçhizatına ayrılan harcamalar da bu kapsamda sayılabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 214). Gerek sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar ve gerekse de bunların dışındaki harcamalar dikkate alındığında, son yıllarda ülkelerin sağlık alanına yapmış oldukları harcamaların GSMH içindeki payının bir artış sürecinde olduğu görülmektedir. Hatta bu artış oranının, milli gelir artış oranı üzerinde seyrettiğini belirtmek mümkündür. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve gelişmiş ülkelerin teknolojik gelişmelere kaynak ayırması, bu artışın sebepleri arasında gösterilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 216).

Günümüz toplumlarının sağlığa verdiği önemle birlikte, gelecek sağlık durumlarıyla ilgili kaygıya düşen bireyler, sağlık hizmetlerini daha sık kullanmaya ve tüketmeye meyilli olabilmektedirler. Bu gelişme, özellikle gelişmiş ülkelerde dikkat çeken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte sosyal değer yargılarının değişmesi ve gelir artışı da sağlık harcamalarını etkileyen bir olgu olarak kendini göstermektedir. Nitekim geliri artan bireylerin daha kaliteli bir yaşam arzulamaya başladıkları ve bu amaç doğrultusunda ise daha fazla hizmet talep etmeye başladıkları bilinmektedir. Böylesi bir yapıda sağlık harcamalarındaki artış kaçınılmaz olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 218-219). Harcama artışları sonraki dönem finansman yükünde bir artışa neden olsa da harcamalar sonucunda yaratılan sağlıklı toplumun üretim sürecindeki katma değeri de o düzeyde bir gelir artışı yaratabilmektedir. Sonuç olarak ekonomik bir değer olarak sağlık harcamalarını ele aldığımızda, özellikle beşeri sermaye üzerindeki olumlu katkılarına dikkat

çekebiliriz. Beşeri sermayenin bir bileşeni olan sağlık, iyileştirildiği müddetçe beşeri sermayeye katkı sağlar.

3.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, sağlık harcamaları ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Özellikle son yıllarda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine paralel olarak ülkemiz de dâhil olmak üzere sağlık harcamalarında bir artış gözlemlendiği ifade edilebilir (Yar vd., 2019: 285).

Ülkelerin kalkınma planları ve politikaları çerçevesinde yapılan her harcama ekonomik olarak değerlendirilmekte ve harcamaların amaçlanan hedeflere ne denli ulaştığı araştırılmaktadır. Sağlık harcamaları da bu politikalar çerçevesinde önemli bir yer tutmakta ve kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu sebepten ötürü, sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin bilinmesi oldukça büyük bir önem taşımaktadır (Akın, 2007: 31). Ekonomik yapı, gelir artışı, sosyo-kültürel yapı ve teknolojik gelişmeler, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (Hansen ve King, 1996: 127). Ayrıca eğitim seviyesi ve bilinçlenme, sosyal değer yargılarının farklılaşması, kentleşme, ortalama yaşam süresinin uzaması ve tıp alanındaki gelişmeler de sağlık harcamalarını etkileyen birer faktör olarak tasnif edilebilmektedir.

3.5.1. Kişi Başına Düşen Milli Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin üretim tekniklerini, zaman içerisinde geliştirerek ilerleme kaydetmesiyle üretimde etkinlik ve verimlilik artmış ve nihai olarak bireylerin gelirlerinde de bir artış yaşanmıştır. Diğer bir ifade ile zaman içerisinde ülkeler geliştikçe, milli gelirde bir artış yaşanmış ve bu durum, kişi başına düşen gelirdeki artışla sonuçlanmıştır. Dolayısıyla geliri artan bireyler, daha sağlıklı, konforlu ve uzun yaşamalarına yardımcı olacak hizmetleri talep etmeye başlamışlardır. Uzun ve konforlu bir yaşam ise bireylerin eğitilmiş ve sağlıklı olmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Yaşam standardı yükselen bireyler, sağlık için yaptıkları harcamaların ilerleyen yaşlarda fayda sağlayacak olması nedeniyle, sağlık harcamalarını kendilerine bir yatırım aracı olarak görmekte ve herhangi bir kısıtlama olmaksızın gelirlerinin büyük bir kısmını bu hizmetlere harcamaktadırlar. Hem kamu hem de özel kuruluşlarca verilen sağlık hizmetlerine olan talep arttığında, sağlık harcamaları da bu duruma paralel olarak artmaktadır. Öte yandan belirli temel ihtiyaçların devlet veya özel kurumlarca karşılanması, bireylerin temel ihtiyaçları dışındaki diğer ihtiyaçlarını sağlayacak olan mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır. Örneğin sigorta kapsamı dışında kalan bazı sağlık harcamaları (estetik operasyon, saç ektirme gibi), kişisel gelirdeki artış paralelinde artmaktadır. Bu durum ise sağlık harcamalarını artıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Musgrave, 1969: 12; Mutlu ve Işık, 2012: 216; Görgün, 1993: 74).

3.5.2. Eğitim Seviyesi ve Bilinçlenme

Dünyada küresel ölçekteki eğilimler, toplumsal bilinçlenmeye fayda sağlamıştır. Sağlık ve hastalık gibi kavramlarda bu durumdan etkilendiklerinden dolayı bu kavramlara farklı anlamlar yüklenmiştir. Eğitim seviyesindeki yükselme ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması, bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinde değişiklik oluşturmuştur. Bireyler sağlık durumlarını iyileştirmek ya da korumak amacıyla daha bilinçli bireyler haline dönüşmüşlerdir. Bunun sonucunda da sağlık

harcamaları giderek artan bir eğilim göstermiş (Yıldırım, 2000: 3) ve günümüze kadar devam etmiştir. Diğer bir ifade ile toplumu oluşturan bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe buna bağlı olarak sağlık bilinci de yükselmektedir. Böylece hem bireysel olarak hem de toplumsal olarak sağlık hizmetlerine olan talepte artış gözlemlenmiştir (Mutlu ve Işık, 2012: 220).

Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler; sağlık kurum ve kuruluşlarına daha sık başvurma, sağlık durumları ile ilgili davranış geliştirme, daha bilinçli davranmaya özen gösterme ve bilinç düzeyleri yüksek olduğundan sağlık hizmetlerini diğer bireylere nazaran daha fazla talep etme eğilimindedirler. Bunun bir çıktısı olarak da sağlık harcamalarında artış gözlemlenebilir (Xu vd., 2011; akt: Boz ve Sur, 2015: 26). Toplumda eğitim seviyesinin ve dolayısıyla sağlık bilincinin artması, halk sağlığına verilen önemin de artması anlamına gelmektedir. Özellikle yüksek eğitim seviyesiyle toplumda mevcut bulunan değer yargıları değişim sürecine girmekte (Alacahan, 2015: 15) ve bunun bir sonucu olarak artan sağlık hizmeti talebi, sağlık harcamalarını da artırmaktadır.

Sektörler arası eğitim ve sağlık ilişkisine bakıldığında, özellikle pazarlama konusunda eğitimin sağlığa katkısı önemli olabilmektedir. Nitekim özel pazarlama usullerinin gelişmesiyle yeni ürünler daha kolay müşterilerine ulaşmaktadır. Bu anlamda eğitim, sağlık endüstrisine sürekli büyüme ve gelişme imkânı sunmakta ve böylece sağlık endüstrisini en kârlı sektörlerden biri haline dönüştürmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 220). Burada ise eğitimin sağlık harcamalarını artırma noktasında olaylı bir rol üstlendiği anlaşılmaktadır.

3.5.3. Sosyal Değer Yargılarının Farklılaşması

Sosyal değer yargılarının farklılaşması, geçmişte her ne kadar yavaş bir seyir izlemiş olsa da teknolojinin hayatımıza girmesi ve bilgi toplumlarına geçiş yaptığımız bu dönemde giderek hızlanmıştır. Sosyal değer yargıları, sağlık açısından ele alındığında bunun hızlı bir değişim içerisinde olduğu görülmektedir. Önceki dönemlerde teşhis ile tedavilerde kullanılan ve lüks olarak tanımlanan mal ve teçhizatlar, günümüz sağlık anlayışında zorunlu birer ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle doğumdan beklenen yaşam süreleri ve bunun yanında eğitim ve sağlık bilincinin gelişmesi, modern toplumlarda ortaya çıkan hastalıklar ve bunların tedavi edilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarını artırmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 219).

Sağlık harcamaları üzerinde, ülkelerin yaşam standartları da etkilidir. Örneğin, ABD’de sosyal değer yargılarından biri olan gençlerin aileden erken ayrılması, ülkemize kıyasla yaşam koşullarını daha farklı şekilde değiştirmiştir. Yaşanan bu değişim, sağlık harcamalarını da değiştirmiştir. Sigara ve uyuşturucu gibi bağımlılıklara karşı mücadele kapsamında, uzmanların yetiştirilmesi de sağlık harcamalarını etkileyen bir sosyal değer olarak gösterilebilir. Diğer yandan değişen aile yapısı; hasta bakımevi, huzurevi gibi kurumların oluşmasına sebep olmuş ve böylece sağlık harcamalarını farklılaştırmıştır (Mutlu ve Işık, 2012:220)

Sosyal değer yargılarının farklılaşmasının sağlık harcamaları üzerindeki bir diğer etkisi ise sağlık alanında birçok yeniliği beraberinde getirmesi noktasına karşımıza çıkmaktadır. Ancak sosyal değer yargılarının farklılaşması sonucunda sağlık alanında yaşanan yenilik girişimleri, ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etkiler de yaratabilmektedir. Örneğin, sosyal değerlerdeki farklılaşma ile sağlık hizmetlerinde üst düzey teknoloji kullanımı işgücü kaybına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda bu durum, toplumsal gelir farklılıklarını tetiklemekte ve gelir

eşitsizliği yaratabilmektedir (Alu, 2018: 3). Gelir eşitsizliklerinin olduğu bir ortamda kaliteli sağlık hizmeti söz konusu olsa da yapılan harcamaların miktarı fazla olabilmektedir.

3.5.4. Teknolojik Değişimler

Newhouse 1992 yılında yayımladığı makalede, teknolojiye yaşanan değişimlerin sağlık harcamalarını etkilediğini ileri sürmüştür. Sağlık hizmeti sunumunda, ihtiyaç duyulan teknoloji, ekipman ve diğer teçhizatların elde edilmesi ve kullanılması yüksek maliyetlerle sonuçlanmaktadır. Özellikle sağlık sorunlarının çözümü için ihtiyaç duyulan teknolojik yenilik ve değişimlerin uzun süren çabalar sonunda gerçekleşiyor olması, sağlık harcamalarını artıran diğer bir etkidir. Bahsedilen nedenlerden ötürü, sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmelerin, sağlık harcamalarını arttıracığı belirtilebilir (Boz ve Sur, 2016: 26; Mutlu ve Işık, 2012: 22). İlâveten, sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksinim duyulan makinalar ve bu makinaların kullanımı için alanında uzman kişilerin yetiştirilmesi, bakım ve onarım maliyetleri gibi faktörler de sağlık harcamalarını etkileyen diğer sebepler olarak gösterilebilir (Salman, 2017: 19).

Yeni teknolojiler, ortaya çıktıkları an itibarıyla henüz gelişmemiş olup faydaları düşüktür. Özellikle sağlık hizmetlerinde, konu insan sağlığı olduğu için faydanın maksimize edilmesi büyük bir önem teşkil etmektedir. Bundan dolayı teknolojiye faydalanan kişilerin kullanım sonrası geri dönütleri; yeni teknolojinin hangi açıdan iyileştirilmesi gerektiğini kavramayı ve böylece sürekli olarak bir iyileştirmenin sağlanmasını olanaklı kılmaktadır. Geçmişten günümüze kadar bir değerlendirme yapıldığında, eskiden yapılan geri dönütlerin daha çok klinik sonuçlarla ilintili olduğunu söylemek mümkündür. Ancak zamanla bu durum yerini, maliyeti düşüren, yeni ve farklılaştırılmış teknolojilerin geliştirme faaliyetlerine bırakmıştır (Gelijns ve Rosenberg, 1994: 13). Öte yandan günümüz bilgi toplumlarında teknolojik değişimler ile sadece doktorların teşhis koymasının kolaylaşmamış aynı zamanda tedavisi mümkün olmayan çeşitli hastalıkların tedavisi de mümkün olmuştur (Khanolkar vd., 2016: 34). Nitekim günümüzde, ileri düzey görüntüleme yöntemleri ile çeşitli hastalıklarda erken tedavi mümkün olmakta ve böylece hastalıklar önenebilir olmaktadır. Teknolojik değişim ve yeniliklerle mümkün olan bu gelişmeler, sağlık sektörüne yapılan yatırımların ve sağlık harcamalarındaki artışların bir sonucudur.

3.5.5. Kentleşme

Kentleşme olgusu, ekonomide yaşanan gelişmeler ve hızlı sanayileşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Ekonomik gelişme, bireylerin üretimde daha etkin bir rol almalarını gerektirmiştir. Bu sebeple zaman içerisinde bireyler, birlikte yaşama zorunluluğuna tabii tutulmuştur. Kırsaldan farklı olarak 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 tanımlanmaktadır (Karasu, 2008: 257). Geniş anlamda ise kentleşme, sanayileşme ve ekonomik gelişmeler ile bağlantılı olarak, şehirlerin sayısı ve nüfusunun artışı olarak ifade edilebilir (Doğanay, 1997:426). Kentleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkisine bakıldığında, ekonomik gelişme ile artış gösteren kentleşme olgusunun sağlık kurumlarının sayısını da artırdığını belirtmek mümkündür. Sağlık kurumlarındaki artış ise sağlık hizmeti sunum sürecinde ihtiyaç duyulan sağlık personelinin de sayısını artırmıştır. Bu açıdan bakıldığında, kentleşmenin sağlık harcamalarını artırdığı yorumu yapılabilir (Akın, 2007: 34). Ayrıca kentleşme ve sanayileşmeyle birlikte sosyal güvenlik hizmetlerine olan talep artışı da aynı şekilde sağlık harcamalarını artırmıştır.

3.5.6. Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması

Dünya çapında nüfus olgusuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerin giderek yaşlanan bir nüfusa sahip olduğu ve bunun da sağlık alanındaki gelişmeler ile sağlandığı ifade edilebilir (Tıraş, 2018: 58). Diğer yandan gelişmiş ülkelerde ekonomik büyümenin gerçekleşmesi sonucu, bireyler artan gelirlerini sağlığa yatırım yaparak değerlendirirler (Mutlu ve Işık, 2012: 221).

Ortalama yaşam süresinin uzaması, ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesine ve vatandaşların bu hizmetlere erişimine bağlıdır (Karagül, 2002: 56). Öte yandan teknolojik değişimler ve ilaç sektöründeki yenilikler, ortalama yaşam süresinin uzamasına etki eden diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Yanar, 2011: 24). Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla, yaşlılık döneminin daha çok uzaması, sağlık alanında yapılan harcamaları ve yatırımları artıracaktır. Sağlık harcamalarını doğrudan artıran bu gelişmelerin yanı sıra dolaylı faktörlerden de bahsetmek mümkündür. Nitekim ortalama yaşam sürelerinin uzamasıyla yaşlı nüfusun hastanede yatış süreleri de uzayacaktır. Böylesi bir yapıda hastaneyi ziyaret etme sıklığı artacak ve başta kronik rahatsızlıklar olmak üzere fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarda yaşanacak olan artış, sağlık harcamalarını artıracaktır (Mutlu ve Işık, 2012: 221). Diğer bir deyişle, yaşlı nüfus için sunulan sağlık hizmetlerinin giderleri, sağlık harcamalarını artıracaktır (Yanar, 2011: 24).

3.5.7. Tıp Alanındaki Gelişmeler

Teknolojinin gelişimi ile sağlık piyasasında oluşan talep ve sağlık sunumunda önemli bir artış sağlanmaktadır. Yaşanan bu durum, öncelikle sağlık hizmetlerinin üretiminde toplam maliyetleri yükseltmekle birlikte sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları da artırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Teknolojik değişimlerin, tıp alanındaki gelişmelere katkı sağladığı yadsınamaz bir gerçektir. Hastalıkların tanı, teşhis ve son olarak tedavilerinde, tıp alanında yaşanan gelişmelerin önemi büyüktür. Nitekim teknoloji ile birlikte tıp alanına, yeni tıbbi cihazlar kazandırılmaktadır. Tıp alanındaki gelişmelerin uzun bir zaman dilimini kapsadığı düşünüldüğünde tıbbi cihazların maliyetinin giderek artıdığından bahsetmek mümkün olmaktadır (Kurtulmuş, 1998). Yalnızca cihazlar değil, yeni tedavi yöntemlerinin hayata geçirilmesiyle tıp alanında büyük ilerlemeler kaydedilmekte ve sürekli olarak devam eden bu gelişmeler, sağlık harcamalarında bir artışa yol açmaktadır.

3.6. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Sağlık, insanları bireysel olarak etkilemekle birlikte toplumsal ve ekonomik açılardan da etkileyen bir kavram olarak nitelendirilir (Deniz ve Sümer, 2017: 471). Sağlık aynı zamanda ekonomik verimliliğinin artışı sağlayan beşeri sermayede başlıca girdi olarak görülür. Ülkeler için ise bir kalkınma aracı olarak kabul edilmektedir. Bu nedenden dolayı sağlıklı toplumlar, ekonomik büyümenin lokomotifleri olarak gösterilir (Şimşir vd, 2015: 44). Son zamanlarda sağlıklı olma durumunun yanında sağlık durumunun sürdürülebilirliği konusu da önem kazanmıştır. Ancak söz konusu hedeflere ulaşabilmenin yalnızca sağlık sektörü ile mümkün olduğunu ifade etmek doğru bir yaklaşım değildir. Çünkü toplum sağlığını ele aldığımızda, sosyolojik ve ekonomik çevrelerle olan ilişkilerin de bu hedefler üzerinde etkisinin olduğunu görebiliriz (Yıldırım, 1994: 10).

Ülkeler, vatandaşlarının sağlıklı olmalarını ve sağlıklı kalabilmelerini temin ettikleri takdirde sağlıklı ve güçlü bir ekonomik yapı altında varlıklarını sürdürebilirler. Sağlıklı bir toplum yaratma neticesinde oluşturulan güçlü bir ekonomik yapı, sonraki dönemlerde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması imkânını yaratacaktır. Bu da şüphesiz sağlık hizmetlerinin zamanında ve doğru şekilde yerine getirilmesi için gerekli olan sağlık harcamalarını zorunlu kılmaktadır (Akın, 2007: 28-29). Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç ise insanlığın var olduğu süre boyunca devam edecek ve nihai olarak sağlık hizmetlerine olan talep bir süreklilik kazanacaktır. Sağlık harcamalarını ve sağlık yatırımlarını her geçen gün artıran bu gelişmelerle birlikte gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların sürekli artış göstermesi ve girdi maliyetlerinin yükselmesi, sağlık harcamalarının da süreklilik arz eden bir artış sürecine gireceği anlamına gelmektedir (Gemmell, 1995).

Sağlık harcamaları, meydana gelmesi muhtemel olan hastalıklara karşı bireyleri ve toplumları koruyacak olan sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla yapılmaktadır. Ülkelerin iktisadi açıdan gelişimlerine de katkıda bulunan sağlık harcamaları, bireylerin çalışma gücünü koruyarak sağlığın iyileştirilmesini amaçlamaktadır (Taban, 2006: 35). Diğer bir ifade ile sağlık harcamaları, toplumun sağlık düzeyini belirlemenin yanı sıra ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmaları için de önemli bir görev üstlenmektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisine değinmeden önce, ekonomik büyümenin sağlığı ve sağlık harcamalarını ne şekilde etkilediğini belirtmekte fayda vardır. Ekonomik büyüme, ulusal ölçekte sağlığı geliştirebilen ve değiştiren sosyal programların, örneğin; sanitasyon, sağlık bilincinin ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi olanakların artırılması için ayrılan kaynakların artışı mümkün kılmak suretiyle de sağlığı olumlu yönde etkiler (Biggs vd., 2010: 266). Aynı zamanda ekonomisi gelişmiş olan toplumlarda, sağlık alanına daha fazla kaynak ayrıldığı görülür. Bu durumda sağlık seviyesindeki artış, toplumlarda ekonomik gelişmişliği hızlandırır (Mazgit, 1998: 405).

Ekonomik büyüme üzerinde sağlık harcamalarının etkisi çok kapsamlı olmakla birlikte bu etkinin uzun vadede ortaya çıktığını belirtmek mümkündür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, işgücünün sağlık sorunlarından çok fazla etkilendiği görülür. İşgücünde verimliliğin artırılması amacıyla işgücü sayısında bir artışa gitmek ve kayıpları önlemek gerekmektedir. Sağlığa verilen önemle beraber sağlık harcamalarının artırılması, bireylerin ortalama yaşam süresini uzatacak ve böylece o ülkenin işgücünde süreklilik sağlayacaktır. İşgücünde süreklilik sağlayacak olan sağlık kavramının bu anlamda iyi bir şekilde anlaşılması gerekmektedir. Sağlık kavramı hasta olmama durumundan daha fazlasını içermektedir. Bu çerçeveden bakıldığında sağlık, bireylerin bünyelerinde barındırdığı bir varlık olup refah seviyesinin artırılmasına yardımcı olur. Diğer yandan bakıldığında, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde farklı kanallar aracılığıyla etkileri görülebilmektedir. Bu etkilere bakıldığında sağlık; bireylerin üretimdeki verimliliğini artırır, okullardaki devamsızlık oranının düşmesine yardımcı olur ve aynı zamanda öğrenmeyi teşvik eder. Ayrıca sağlık, hastalıklarının azalmasını sağlayarak hastalık durumunda oluşacak olan tedavi masraflarının minimum seviyede tutulmasına da yardımcı olur (Çetin ve Ecevit, 2010: 168).

Sağlık harcamalarının, ekonomik büyümeyi hem dolaylı hem de doğrudan etkileme gücüne sahip bir harcama olduğunu ifade etmek yerinde bir değerlendirme olavaktır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki direkt etkisi, toplumsal işgücü verimliliğini artırması olarak gösterilirken, dolaylı etkisi ise demografik özellikleri etkilemesi olarak ifade edilir (Tıraş, 2018:

87). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki direkt etkisini oluşturan toplumsal işgücü verimliliği kavramı daha çok beşeri sermayeyle ilişkilendirilir. Beşeri sermaye kavramı, bireylerin ekonomik açıdan etkinliğini artıran asıl faktörün, bireylerdeki bilgi ve beceri düzeylerindeki artış olduğuna işaret eder. Ancak bireylerin eğitim seviyelerini artırabilmeleri ve ekonomik faaliyetlerde bulunabilmeleri için sağlık durumlarının iyi olması gerekmektedir. Bu nedenle eğitim ve sağlık bileşenlerinin beşeri sermaye içerisinde birlikte değerlendirilmesinin gerekliliği, çoğu iktisatçı tarafından kabul edilen ortak bir görüştür (Karagül, 2002: 70).

Sachs (2001), sağlığın ekonomik büyüme sürecine olan en önemli etkisinin beşeri sermaye üzerinde görüldüğünü belirtmiştir. Ona göre sağlık, ekonomi politikalarından ve çeşitli kurumlardan etkilenir. Aynı zamanda sağlık, toplumun beşeri sermaye düzeyini ve teknolojik gelişmelerin seviyesini etkileyerek kişi başına düşen milli geliri artırır. Kişi başına düşen milli gelirdeki artış ise yoksulluğu azaltıcı bir etki yaratarak (Çetin ve Ecevit, 2010:168) ekonomik büyüme ile birlikte kalkınma sürecine de önemli bir katkı sağlar. Ay vd. (2013) ise içsel büyüme modellerinde ekonomik büyüme üzerinde beşeri sermayenin önemli etkilerinin bulunduğunu, beşeri sermayenin ise eğitim ve sağlık alanlarındaki gelişmelere bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Spence ve Levis (2009), sağlıklı bireylerin diğer bireylerden daha yüksek bir refah seviyesinde olmalarının sebeplerini daha uzun ve daha fazla çalışabilmeleriyle ilişkilendirir. Sağlık durumları iyi olmayan bireylerin, daha az çalışabildiklerini ve hane halkı üzerinde ekonomik açıdan bir yük oluşturduklarını belirtmişlerdir (Özyurt, 2020: 57)

Makroekonomik açıdan sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisine bakıldığında, ülke ekonomilerinde görülen ekonomik büyümenin, sağlık düzeylerini olumlu anlamda etkiledikleri görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda sağlık olgusunun da ekonomik büyüme üzerinde teşvik edici bir etkisinin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu duruma örnek olarak, DSÖ'nün 2001 yılında Makroekonomi ve Sağlık Komitesi tarafından, ülkelere ekonomik büyüme konusunda sağlık harcamalarını artırmalarını tavsiye etmeleri gösterilebilir. DSÖ, artan sağlık harcamalarının sağlık statüsünü geliştireceğini ve böylece kişi başına düşen gelirin de yükseleceğini belirtmiştir (Özyurt, 2020: 57). Ayrıca DSÖ'ne göre toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı en düşük %5 olmalıdır. Diğer bir ifadeyle, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki, gayri safi yurt içi hâsıla içindeki sağlık harcamalarının payıyla ilişkilendirilmiştir. Zira ekonomik büyümenin sağlanabilmesi için geliştirilen politikalar içerisinde sağlık harcamalarının önemli bir yer edindiği görülmektedir (Göv, vd., 2019).

Bazı ülkelerin sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme oranları incelendiğinde, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümede oluşan artıştan bile fazla olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kısmi bir benzerlik olsa da gelişmiş ülkelerde bu pay, gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere nazaran daha fazla olabilmektedir (Öztürk ve Uçan, 2017: 146). Çünkü gelişmiş ülke ekonomilerinde, beşeri sermayenin sağlık alanında çeşitli problemlerle karşılaşması, gelişmemiş veya gelişmekte olan ülke ekonomilerine göre daha sert bir yıkıma sebep olacaktır. Dolayısıyla özellikle gelişmiş ülkelerin, toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik düzenlemelerde bulunması gerekmektedir. Böylece sağlık problemleri yaşayan toplumların ülke ekonomileri üzerindeki yük, uzun dönemde de olsa azaltılabilmektedir (Kaya, 2019: 19).

Özetleyecek olursak, ekonomistler uzun bir süredir farklı ülkelerde farklı büyüme oranlarının görülmesinin nedenlerini ve bununla ilişkili olarak ülkelerin refah seviyeleri arasındaki farklılıklarının nelerden kaynaklanabileceği gibi konulara ilgi duymaktadırlar (Kar ve Taban, 2003:

145). Bu sebepten dolayı da ekonomik büyüme, her zaman için önemini korumakta ve ekonomistlerce üzerinde çalışılan konular arasında yer almaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde refah seviyelerindeki artışın, o ülkenin üretim kapasitesi ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Tıraş, 2013: 66). Bu noktada sağlık harcaması verileri, son yıllarda politika yapıcı ve uygulayıcılar tarafından üzerinde yoğunlaşılan konular arasında gösterilmektedir. Çünkü ülkelerin amaçlarını gerçekleştirebilmek için, mevcut olan kıt kaynakların sağlık sektörü içerisinde nasıl dağıtılacağı, hangi politikaların oluşturulacağı gibi konularda gerek kamu gerekse özel sektörü kapsayan güvenilir bilgilere ihtiyaçları vardır (Erişti vd., 2004: 23). Bu anlamda sağlık politikalarının etkili şekilde oluşturulması ve doğru yatırımların yapılması önemlidir. Uzun dönemde stratejik planlar içerisinde yer alan sağlık harcamalarının bir gider olarak değil de yatırım olarak algılanması gerekir. Çünkü sağlık harcamalarının bir yatırım gideri olarak görülmesi, ülkelerin sağlık giderleri ve kalkınma seviyeleri arasında kuvvetli bir bağ oluşturur. Dolayısıyla sağlık politikalarının ve yatırımlarının bilimsel çalışmalar doğrultusunda oluşturulması, yapılacak olan harcamaların verimliliğini artırarak ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır (Kısa, 2012; Ünal, 2013: 113). Sonuç olarak artan sağlık harcamaları, daha sağlıklı bir toplum yaratarak sağlıklı bir beşeri sermayeyi temin edecektir. Üretim sürecinde sağlıklı bir beşeri sermayenin girdi olarak kullanılması, girdi başına daha fazla üretim miktarı sağlayacaktır. Artan üretim ile birlikte sağlıklı bir beşeri sermayenin teknolojik yeniliklere entegre olması da küresleşen dünyada rekabet edilebilirliği temin ederek ülke ticaret hacmini de önemli ölçüde genişletebilecektir. Tüm bu gelişmeler birlikte değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının kısa vadede sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ve uzun vadede ise kalkınma için kritik bir faktör olduğu anlaşılmaktadır.

4. EKONOMETRİK ANALİZ

4.1. Literatür Taraması

Literatürde, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Farklı ülke, dönem ve yöntemlerin çalışıldığı literatürde kısmen de olsa farklı sonuçlara ulaşılmakla birlikte ulaşılan genel görüş, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişkinin olduğu yönündedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki yarattığı noktasında bir fikir birliğinin sağlandığı söylenebilir. Ancak dünya nüfusunun hızla yaşlanması ve bu durumun ise ülkelerin hem sosyal güvenlik hem de ekonomilerini etkiliyor olması nedeniyle sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişki güncelliğini korumakla birlikte yeni araştırmalar yapmayı zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda Türkiye için birçok çalışmanın yapıldığı ve özellikle çalışmaların daha çok zaman serileri analizi ile yapıldığı görülmektedir. Türkiye için yapılan bu çalışmada ise literatürden farklı olarak 81 il verileri kullanılarak panel veri analizi yapılmış ve çalışmanın bu yönüyle literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Grosmann (1972), sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk kişi olarak literatürde yer almaktadır. Grosmann yaptığı çalışmada, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir (Tıraş, 2018: 2). Hansen ve King (1996), 20 OECD ülkesi için yaptıkları çalışmada, toplam sağlık harcamalarının seviyesinin belirlenmesinde GSYH'nin önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Heshmati (2001), 1970-1992 dönemini baz alarak OECD ülkelerinden oluşan veri seti ile yaptığı çalışmada, GSYH ile kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Solow modeli çerçevesinde yapılan çalışmada, sağlık ile ekonomik büyüme değişkenlerinin pozitif bir ilişki içerisinde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Gerdtham ve Löthgren (2002) tarafından, 25 OECD ülkesi için yapılan çalışmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyümenin eşbütünleşik olduğu tespit edilmiştir. Kar ve Taban (2003) kamu harcama çeşitlerini dikkate alarak bu harcamaların ekonomik büyüme ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, literatürün aksine sonuçlar elde etmiş ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi negatif etkilediğine ilişkin sonuçlara ulaşmışlardır. Kar ve Ağır (2006) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık ve eğitim göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında nedensellik ilişkisinin olduğu belirlenmiştir.

Literatürde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisini inceleyen Beraldo vd. (2009), Çoban (2009), Ogundipe ve Lawal (2011) ve Odubunmi vd. (2012) sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin pozitif olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ancak literatürde Yumuşak ve Yıldırım (2009) Türkiye için yaptıkları çalışmada, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin negatif olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde Çetin ve Ecevit (2010) tarafından OECD ülkeleri için yapılan çalışmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Mehrara ve Musai (2011) tarafından İran için yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Xu vd. (2011) çalışmalarında genel sağlık harcamalarının GSYH'dan daha hızlı bir büyüme gösterdiğini ve gelirden meydana gelen artışın sağlık harcamalarında bir artışa neden olduğunu tespit etmişlerdir. Pradhan (2011) tarafından yapılan çalışmada sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Yardımcıoğlu (2012), 1975-2008 dönemini baz alarak

25 OECD ülkesinden oluşan bir örneklem için yaptığı çalışmada, uzun dönemde sağlık ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşmıştır. Elmi ve Sadeghi (2012) tarafından yapılan çalışma bulguları uzun dönemde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı nedensellik ilişkisinin var olduğunu, kısa dönemde ise ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisinin bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Ay vd. (2013) ve Koç (2013) tarafından yapılan çalışmalarda ise sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Karim (2016) tarafından yapılan çalışmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmesine karşın, kısa dönemde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Uçan ve Atay (2016) ve Cebeci ve Ay (2016) tarafından yapılan çalışmalarda, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Akıncı ve Tuncer (2016), Kamacı ve Yazıcı (2017) ve Saraçoğlu ve Songur (2017) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve değişkenler arasındaki nedensellik ilişkileri daha yoğun çıkmıştır. Kareem vd. (2017), sağlık harcamaları göstergeleri olarak sağlık yatırım harcamaları, sağlıkta tekrarlanan harcamalar ve toplam sağlık harcamalarını kullandıkları çalışmada, kullanılan değişkenlerin ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin önemli olduğuna dikkat çekmişlerdir. Aynı zamanda çalışmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Öztürk ve Uçan (2017), Yıldız ve Yıldız (2018), Ağırdıcı (2017) ve Kızıl ve Ceylan (2018) tarafından yapılan çalışmalarda ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Literatürde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisini nedensellik ve nedenselliğin yönü bağlamında inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Tıraş ve Ağır (2018) tarafından 36 OECD ülkesi için yapılan çalışmada, 28 ülkenin gelir ve sağlık harcamaları türleri arasında nedensellik ilişkisi bulunmasına karşın, kalan 8 ülkede gelir ve sağlık harcamaları türleri arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunmamıştır. Özkan ve Zengin (2018), Tıraş (2018) ve Şen ve Bingöl (2018) tarafından yapılan çalışmalarda ise ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında çift yönlü nedensellik ilişkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kılıç ve Özbek (2018), 32 OECD ülke veri seti ve 1995-2013 dönemini baz alarak ekonomik büyüme üzerinde sağlık ve eğitim harcamalarının etkilerini araştırmışlardır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, sağlık harcamalarındaki %1’lik bir artışın, ekonomik büyüme üzerinde % 0.21’lik bir artışa neden olacağı saptanmıştır. Çalışkan vd. (2018) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’nin 1998-2016 dönemi baz alınarak sağlık, eğitim ve sosyal hizmet harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri incelenmiştir. Ampirik bulgulara göre, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığı tespit edilmiştir. Kesbiç ve Salman (2018) tarafından yapılan çalışmada, kamu ve özel sektör ayrıştırması yapılarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde % 1.91’lik bir katkıda bulunduğu saptanmıştır.

Daşcı ve Cemaloğlu (2018) tarafından yapılan çalışmada, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi bulunmasına karşın; Boz ve Aslan (2018) tarafından yapılan çalışmada, sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru tek yönlü bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şen vd. (2018) 1995-2012 dönemini baz alarak gelişmekte olan ülke gruplarının bulunduğu veri seti ile yaptıkları çalışmada, sağlık harcamaları ve ekonomik

büyüme arasındaki nedensellik ilişkilerini araştırmışlardır. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisinin ülkelere göre değişiklik gösterdiği çalışmada, Brezilya ve Meksika için tek yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunurken kalan ülkeler için herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunamamıştır. Topçu ve Atasayar (2020) tarafından yapılan benzer bir diğer çalışmada, 1999-2018 dönemi verileri kullanılarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisinin gelişmiş ülkelerde çift yönlü, gelişmekte olan ülkelerde ise tek yönlü olduğunu göstermiştir. Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisinin çift yönlü olduğunu tespit edilen çalışmalara bakıldığında; Özavcı (2019), Sarıgül (2019), Ertürk (2020), Bayraktutan ve Alancioğlu (2020), Yıldırım ve Cebeci (2021) ve Çınar ve Has (2021) tarafından yapılan çalışmalar birer örnek olarak gösterilebilir. Özyurt (2020), Aygün (2020) ve Kostak (2021) ise söz konusu değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisinin tek yönlü olduğuna ilişkin sonuçlar elde etmişlerdir.

Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisini inceleyen yakın dönem çalışmalara bakıldığında; Erdem ve Çelik (2019), Şahin ve Temelli (2019), Kocabadak (2021) ve Bayır ve Kavan (2021) tarafından yapılan çalışmalarda değişkenler arasındaki ilişkinin anlamı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erdoğan vd. (2019) tarafından, 36 OECD ülkesi için yapılan çalışmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemde bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Çetiner ve Çelik (2021) Türkiye'nin 1980-2019 dönemini baz alarak yaptıkları çalışmalarında, eğitim ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre, sağlık harcamalarında meydana gelen % 1'lik artışın, ekonomik büyüme üzerinde % 0,84'lük bir artış sağlayacağı tespit edilmiştir. Dolayısıyla uzun dönemde ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin var olduğu sonucuna varılmıştır.

Literatüre bakıldığında, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi kapsamında yürütülen çalışmaların sınırlı bir kısmı iller özelinde incelenmiştir. Alp (2016) tarafından Aydın ilinin de içinde bulunduğu TR32 illeri özelinde yapılan çalışmada, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre sağlık harcamaları, ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilemiştir. Sağdıç ve Yıldız (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise Türkiye'nin 2004-2019 dönemi baz alınarak ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi 81 il kapsamında araştırılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, 30 ilde kamu sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi bulunmuştur. İlgili literatürde, farklı ülke grupları ve farklı dönemler baz alınarak yapılan çalışma sonuçlarının genellikle benzer ve seriler arasındaki ilişkinin pozitif olması, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi açıklamada güçlü bir değişken olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki pozitif ve nedensellik ilişkileri, sağlığa yapılacak olan yatırımların ne derecede önemli olduğunu göstermektedir. Ancak ülkemiz genelinde yapılan çalışmaların sıklığı ve iller düzeyinde yapılan çalışmaların sınırlı oluşu, konu dâhilinde yapılacak olan çalışmaların iller özelinde incelenmesinin gerekliliğini göstermiştir.

4.2. Veri Seti

Sağlık harcamaları ve büyüme ilişkisinin incelendiği bu çalışmada, Türkiye'de 81 ilin yıllık verilerden oluşan 2004-2020 dönemine ait 1'i bağımlı ve 2'si bağımsız olmak üzere toplam 3

değişken kullanılmıştır. Makroekonomik performans göstergesi olarak kullanılan bağımlı değişken, kişi başı GSYH (KBGSYH) şeklindedir. Beşeri sermayenin gelişiminde kritik bir öneme sahip olan ve burada kişi başı GSYH'yi açıklamada kullanılan bağımsız değişken ise iller düzeyinde yapılan sağlık harcamalarıdır (SH). Beşeri sermayeye olan katkısı dolayısıyla çalışmada, iller düzeyinde yapılan eğitim harcamaları da (EH) bağımsız ve bir kontrol değişkeni olarak kullanılmıştır. Veri setine ait değişkenler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Veri Setine Ait Değişkenler

Bağımlı Değişkenler			
Kısaltmalar	Değişkenler	Kaynak	
KBGSYH	İller Düzeyinde Kişi Başı GSYH	Türkiye İstatistik Kurumu	
Bağımsız ve Kontrol Değişkenler			
Kısaltmalar	Değişkenler	Kaynak	Beklenti
SH	İller Düzeyinde Sağlık Harcamaları	Hazine ve Maliye Bakanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı	Pozitif
EH	İller Düzeyinde Eğitim Harcamaları	Hazine ve Maliye Bakanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı	Pozitif

Çalışmada kullanılan kişi başı GSYH, ülke gayri safi yurtiçi hasılanın yıl ortasında nüfusa bölümü ile elde edilmektedir. Sabit fiyatlarla ve yerel para birimi cinsinden alınan KBGSYH serisi, logaritması alınarak analizde kullanılmıştır. İller bazında genel kamu sağlık hizmetleri için yapılan sağlık harcamaları ve genel kamu eğitim hizmetleri için yapılan eğitim harcamaları serilerinde de logaritmik dönüşüm yapılmış ve analize dâhil edilmiştir.

4.2.1. Veri Setine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Veri setine ait tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, medyan, maksimum, minimum, standart sapma değerleri ve hata teriminin çarpıklık ile basıklık katsayılarını kullanarak, hata teriminin normal dağıldığı hipotezini test etmede kullanılan Jarque-Bera testi verilmiştir. Normal dağılım için Jarque-Bera değerinin 5'ten küçük olması ve olasılık değerinin ise 0.05'ten yüksek olması gerekmektedir (Tayyare, 2018: 129). Jarque-Berra (JB) normallik sınaması sonuçlarına göre, değişkenlere ait JB istatistiklerinin olasılık değerleri 0.05'ten küçük olduğundan, normal dağılım özelliğinin olmadığını gösteren H_1 hipoteze karşı normal dağılım özelliğinin olduğunu H_0 hipotezi reddedilmiştir. Sonuç olarak incelenen tüm değişkenlerin normal dağılım özelliğine uygunluk göstermedikleri görülmektedir.

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler

	LnKBGSYH	LnSH	LnEH
Ortalama	9.652	11.857	12.931
Medyan	9.644	11.803	12.917
Maksimum	11.492	15.888	16.841
Minimum	7.934	8.897	10.038
Standart Sapma	0.689	1.038	1.116
Eğiklik	0.023	0.340	0.220
Basıklık	2.379	3.349	3.215
Jarque-Berra	22.232	33.473	13.765
Olasılık	0.000	0.000	0.001
Gözlem Sayısı	1377	1377	1377

Tablo 2’de 2004-2020 dönemine ilişkin Türkiye’nin 81 iline ait veri setinin tanımlayıcı istatistiklerine bakıldığında; kişi başı gayri safi yurtiçi hâsıla değişkenine (LnKBGSYH) ait ortalama değerin 9.652, en yüksek değerin 11.492 ve en düşük değerin 7.934 olduğu görülmektedir. Örneklem illerde belirtilen döneme ilişkin iller düzeyinde yapılan sağlık harcamaları değişkeninin (LnSH) ortalaması 11.857, en yüksek değeri 15.888 ve en düşük değeri ise 8.897 seviyesinde gerçekleşmiştir. İlgili dönemde iller düzeyinde eğitim harcamaları değişkenine (LnEH) ait ortalama değerin 12.931, en yüksek değerin 16.841 ve en düşük değerin 10.038 olduğu görülmüştür.

4.2.2. Veri Setine Ait Korelasyon Matrisi

İki değişken arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek için korelasyon analizi kullanılabilir. Korelasyon analizinde korelasyon katsayısı, değişkenler arasındaki değişimlerin ne dereceye kadar uygun olduğunu belirlemektedir. Korelasyon katsayısı (r) en düşük -1 ve en yüksek +1 olmak üzere $-1 \leq r \leq 1$ arasında değerler almaktadır. Korelasyon katsayısının negatif olması durumunda değişkenler arasındaki ilişki ters yönlü olmaktadır. Buna karşın korelasyon katsayısının pozitif olması durumunda ise değişkenler arasındaki ilişki aynı yönde doğrusal olmaktadır (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2007: 89). Korelasyon katsayısı +1 veya -1’e yaklaştıkça değişkenler arasındaki ilişki güçlenirken, 0’a yaklaştıkça ilişki zayıflamaktadır. Korelasyon katsayısı 0 olduğunda ise değişkenler arasında ilişki olmamaktadır. Korelasyon analizinde korelasyon katsayısı +1’e yaklaştıkça güçlü pozitif ilişki, -1’e yaklaştıkça güçlü negatif ilişki ortaya çıkmaktadır (Köstekçi, 2019: 223). Veri setine ait korelasyon matrisi Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Korelasyon Matrisi

	LnKBGSYH	LnSH	LnEH
LnKBGSYH	1		
LnSH	0.587156 (0.0000)	1	
LnEH	0.662761 (0.0000)	0.962958 (0.0000)	1

Not: Parantez içerisindeki değerler, korelasyon katsayılarına ilişkin t istatistiklerinin olasılık değerlerini göstermektedir.

Değişkenlere ait korelasyon matrisine göre sağlık harcamalarının kişi başı gayri safi yurtiçi hasıla ile negatif ve % 58 düzeyinde bir korelasyona sahip olduğu görülmektedir. Kişi başı gayri yurtiçi hâsıla ve sağlık harcamaları ile pozitif korelasyona sahip eğitim harcamalarının, kişi başı gayri safi yurtiçi hasıla ile ilişkisi % 66 ve sağlık harcamaları değişkeni ile olan ilişkisi ise % 96 düzeyindedir. Burada değişkenler arasındaki pozitif ilişkinin yanı sıra eğitim harcamaları ve sağlık harcamaları arasındaki güçlü pozitif ilişki dikkat çekmektedir.

4.2.3. Model ve Yöntem

Bu çalışma, sağlık harcamalarının beşerî sermayenin gelişim sürecine katkı sağlayacağı ve sağlıklı işgücünün üretim ve verimliliği artırmak suretiyle kişi başı gayri safi yurtiçi hasılayı olumlu etkileyeceği varsayımına dayanmaktadır. Bu temel varsayıma dayanarak sağlık harcamalarının kişi

başı gayri safi yurtiçi hâsıla üzerindeki etkilerini analiz edebilmek için çalışmada kullanılan ekonometrik model Denklem (1)'de belirtildiği şekilde kurulmuştur:

$$LnKBGSYH_{it} = \beta_0 + \beta_1 LnSH_{it} + \beta_2 LnEH_{it} + e_{it} \quad (1)$$

Bu modelin kurulmasında iller düzeyinde yapılan sağlık harcamaları temel bağımsız (açıklayıcı) değişken, modelde yer alan iller düzeyinde eğitim harcamaları bir kontrol değişkeni (ek bağımsız değişken) ve kişi başı gayri safi yurtiçi hâsıla verisi ise bir bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Bu modelde yer alan i ; analize dahil edilen illeri ($i=1,...,81$), t ; zaman boyutunu ($t=1,...,17$) ve it ile e_{it} ise ekonometrik sorunlardan arındırılmış hata terimleri serilerini göstermektedir. Sağlık ve eğitim harcamalarının beşerî sermayeyi geliştirerek, kişi başı gayri safi yurtiçi hasılayı artırması beklendiği için (Kılıç ve Özbek, 2018:384) β_1 ve β_2 'nin sıfırdan büyük çıkması beklenmektedir.

Analiz yöntemleri kapsamında, öncelikle serilerin durağanlıkları; Levin, Lin & Chu (2002) ve Im, Pesaran & Shin (2003) panel birim kök testleriyle incelenmiştir. Panel birim kök testlerinden sonra eğim katsayılarının homojenliğinin sınanmasına Swamy (1970) Delta Testi ($\hat{\Delta}$) ve Pesaran ve Yamagata (2008) Düzeltilmiş Delta Testi ($\hat{\Delta}_{Adj}$) kullanılmıştır. Daha sonra Panel ARDL testi kullanılmıştır. Çalışmada seriler arasındaki nedensellik ilişkilerini tespit etmek amacıyla panel Granger (1969) nedensellik testinden yararlanılmıştır.

4.3. Metodoloji ve Uygulama

Ekonometrik çalışmalarda kullanılan veriler çeşitlilik göstermektedir, bu çeşitlilik nedeniyle kullanılan yöntemler de kendi aralarında çeşitli özelliklerinden dolayı farklılaşabilmektedir (Güvenek, 2015:224). Bu çalışmalarda değişkenler arasındaki ilişkilerin çözülmesi; zaman serileri analizi, yatay kesit analizi ve panel veri analizi olmak üzere üç farklı yöntemle yapılmaktadır. Bunlardan zaman serileri analizi, belirli bir zaman aralığında değişkenlerin aldığı değerleri içermektedir. Yatay kesit analizlerde, tek bir zamana ait farklı değişkenler çözülmemektedir. Panel veri analizlerinde ise değişkenler, hem zaman boyutu hem de yatay kesit boyutu ile alınmakta ve zaman boyutuna sahip yatay kesit verileri kullanarak değişkenler arasındaki ilişki çözülmemektedir (Köstekçi, 2019: 228). Bu açıdan değerlendirildiğinde, panel veri analizi diğer analiz türlerine kıyasla daha avantajlı olarak görülmektedir (Gujarati, 2001: 638).

Yatay kesit veri ve zaman serisi gözlem büyüklüğüne göre kısa, uzun, dengeli ve dengesiz panel olarak farklı isimler alan panel veri analizi, zaman serisi ve yatay kesit veri analizlerine özgü özellikleri taşımaktadır. Bununla birlikte panel veri analizi, zaman serisi ve yatay kesit veri analizlerine ait dezavantajları da ortadan kaldırmakta ve bu nedenle önemli avantajlar sağlamaktadır. Panel veri analizinin sağladığı bu avantajlar, aşağıda belirtildiği şekilde özetlenebilir (Baltagi, 2005: 4-7; Tari, 2014: 475-476).

- Panel veri analizi, kesit birimlere özgü farklılığı dikkate aldığından, bu farklılığın model içinde kontrolünü mümkün kılmaktadır.
- Panel veri analizlerinde değişkenler arasında daha az doğrusal bağlantı sorunu yaratmaktadır.

- Panel veri analizi, yatay kesit veya zaman serisi verilerinde gözlemlenmeyen etkileri daha iyi ölçebilmektedir.
- Panel veri analizi, kısa dönem veya yetersiz kesit gözlemin varlığında da yapılabilir.
- Panel veri analizi, daha karmaşık davranış modelleri ile çalışabilme imkânı sunmaktadır.

Panel veri analizinin sağladığı bu avantajlar nedeniyle çalışmada, Türkiye’de 81 il için sağlık harcamaları ve kişi başı gayri safi yurtiçi hâsıla arasındaki ilişki panel veri analiz yöntemiyle incelenmiştir.

4.3.1. Panel Birim Kök Testi

Bir serinin her dönemde aldığı değerin, daha önceki döneme ait değerleriyle regresyonunun bulunması, ilgili serinin nasıl bir süreçten geldiğini anlamak açısından önemlidir. Serilere ilişkin bu süreci anlamak için ise ekonometride birim kök analizi yöntemleri geliştirilmiş ve serilerin durağanlıkları belirlenmeye çalışılmıştır (Tarı, 2014: 387). “Bir zaman serisinin istatistiksel analizi yapılmadan önce, o seriyi yaratan sürecin zaman içerisinde sabit olup olmadığının yani serinin durağan olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir” (Tatoğlu, 2013: 199). Bu anlamda durağanlık; bir değişkenin ortalaması, varyansı ve kovaryansının zaman içerisinde sabit kalması olarak ifade edilmektedir. Durağan serilerde uzun dönemde dalgalanmalar olsa bile seri, aynı ortalamayı korumakta ve zamana bağlı olarak değişmeyen bir sonlu varyasyona sahip olmaktadır (Kutlar, 2007: 324).

İlk olarak değişkenler arasındaki ilişkinin sağlıklı bir şekilde ortaya koyulması amacıyla modelde kullanılmış olan veri serilerine birim kök testlerinin uygulanması gerekmektedir. Panel veri analizinin uygulandığı çalışmalarda, birim kökün varlığına ilişkin yapılan testler hem Dickey-Fuller (1979) (DF) hem de Genişletilmiş DickeyFuller (ADF) ile birçok birim kök testi, ADF testini temel alarak genişletilmiştir. Ancak panel veri analizi, zaman serisi analizlerinden daha karmaşık olduğundan ötürü, panel veri analizindeki en önemli husus heterojenliktir. Diğer bir deyişle paneldeki her değişken durağanlık bakımından farklılık gösterebilir. Bu nedenle bazı panel analiz sonuçları birim köke sahip olurken bazıları birim köke sahip değildir ve birim kök testinin yapılması analizi daha karmaşık hale getirecektir (Asteriou ve Hall, 2007: 366).

Yapılacak ekonometrik analizlere ait sonuçların güvenilir olabilmesi için analize dâhil edilen serilerin durağanlık derecelerinin belirlenmesi gerekmektedir (Köstekçi, 2019: 231). Bu anlamda zaman serileri analizlerinde olduğu gibi panel veri analizi çalışmalarında da değişkenlerin durağan olması gerekmektedir (Sağdıç, 2015: 204). Çünkü durağan olmayan veya birim kök içeren serilerle yapılan analizlerde sahte veya anlamsız regresyon olgusu söz konusu olmaktadır (Gujarati, 2016: 320). Aynı zamanda zaman serisi analizlerinde serilerin durağanlık derecelerinin belirlenmesi ekonometrik modelin açıklanması açısından da önem arz etmektedir (Güvenek, 2015: 254). Bu nedenle öncelikle sahte ve anlamsız regresyon olgusunun ortadan kaldırılması için durağan serilerle analiz yapmak bir zorunluluk oluşturmaktadır. Buna karşın panel veri analizinde zaman boyutunun yeterince uzun olmadığı çalışmalarda ise durağanlık analizlerinin genellikle yapılmadığı görülmektedir (Nargeleçekenler, 2011: 168). Ancak zaman boyutunun 17 olduğu bu çalışmada bireysel sonuçlara bakılmadığından durağanlık analizlerine başvurulmuştur.

Literatürde panel birim kök analizleri için yaygın olarak Levin, Lin & Chu, Im, Pesaran & Shin, Fisher tipi ADF ve Fisher tipi PP birim kök testlerine başvurulabilmektedir (Çınar, 2011: 75).

Bu testlerden Levin, Lin & Chu panel birim kök testi ile ortak bir birim kökün varlığına bakılmaktadır. Im, Pesaran & Shin panel birim kök testinde ise bireysel birim kökün varlığı araştırılmaktadır. Panel birim kök testleri ile bireysel veya ortak birim kökün varlığının reddedilmesi durumunda serinin durağan olduğundan söz edilebilmektedir (Abdioğlu ve Uysal, 2013: 135).

Levin, Lin & Chu testi (LLC) bireysel birim kök testlerinin sınırlı güce sahip olduğunu, yüksek seviyelerde değişkenlik göstermiş olan alternatif hipotezlerin varlığına dikkat çeker. Aynı zamanda LLC Testi, bireysel birim kök testlerinden daha güçlü bir panel birim kök testi olarak değerlendirilmektedir. Im, Pesaran & Shin (2003) birim kök testi (IPS) ise birincil nesil diye sınıflandırılan birim kök testlerinin içerisinde yer almaktadır. IPS testinde amaç LLC testinin ortaya koyduğu hipotezin sınırlılıklarından kurtulmaktır. LLC testinin hareket noktasını, homojen katsayısının varlığı oluşturmaktadır, bu sebepten dolayı bu testte kısıtlamalar meydana gelmektedir. IPS testinin LLC testinden farkı ise, heterojen katsayının da olabilme ihtimalini göz ardı etmiyor oluşudur. Bu varsayımdan hareketle birim kök testinin uygulanmasının gerekliliği vurgulanmıştır. IPS daha esnek ve kolay uygulanabilen bir birim kök testi olarak görülmektedir. IPS testinde veriler tek tek ele alınarak test uygulanır ve daha sonra uygulanan bu birim kök testi sonuçlarının ortalaması alınarak birim kök testi istatistiği elde edilir (Im vd., 2003: 53)

Seriler düzey değerlerinde durağan olabildikleri gibi fark değerlerinde de durağan olabilmektedir. Bu anlamda düzey değerlerinde durağan olan serilere $I(0)$ serileri denir. Şayet seri düzey değerlerinde durağan değilse, bu durumda serilerin birinci farkları alınarak durağanlığa bakılabilmekte ve yapılan birim kök testi sonucunda birinci farkta durağanlaşan serilere $I(1)$ serileri olarak ifade edilmektedir. Levin, Lin & Chu (2002) ve Im, Pesaran & Shin (2003) panel birim kök testlerinin temel (H_0) ve alternatif (H_1) hipotezleri aşağıda belirtildiği şekilde kurulmaktadır.

H_0 : Seri durağan değildir. Yani seri birim köklüdür.

H_1 : Seri durağandır. Yani seri birim köklü değildir.

Levin, Lin & Chu (2002) ve Im, Pesaran & Shin (2003) testlerinde seriye ait olasılık değeri 0.05'ten büyük olduğunda, serinin birim köklü olduğu veya durağan olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda serinin durağan olduğunu ileri süren H_1 hipotezi reddedilmekte ve serinin durağan olmadığını ifade eden H_0 hipotezi kabul edilmektedir. Ancak birim kök testleri sonucunda serilere ait olasılık değeri 0.05'ten küçük ise serinin durağan olmadığını ileri süren H_0 hipotezi reddedilmekte ve serinin durağan olduğunu gösteren H_1 kabul edilmektedir. Söz konusu analizde kullanılan serilerin durağanlık dereceleri Levin, Lin & Chu (2002) ve Im, Pesaran & Shin (2003) panel birim kök testleri¹ ile incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

¹ Jensen ve Schmidt (2011)'in de belirttiği gibi bir ülkenin bölgeleri için yapılan çalışmalarda yatay kesit bağımlılığı çıkması beklenmemektedir. Ertur ve Musolesi (2015) ise ülke içi bölgeler üzerinde yapılan analizlerde sadece zayıf yatay kesit bağımlılığının bulunabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle çalışmada yatay kesit bağımlılığına bakılmamış ve birinci nesil panel veri analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Tablo 4. Panel Birim Kök Testleri

	Levin, Lin ve Chu (2002)				Im, Pesaran ve Shin (2003)			
	Düzey		Birinci Fark		Düzey		Birinci Fark	
	Sabitli Model	Sabitli ve Trendli Model	Sabitli Model	Sabitli ve Trendli Model	Sabitli Model	Sabitli ve Trendli Model	Sabitli Model	Sabitli ve Trendli Model
LnKBGSYH	12.75 (1.00)	-0.41 (0.34)	-25.57* (0.00)	-25.42* (0.00)	23.35 (1.00)	3.08 (0.99)	-20.92* (0.00)	-17.65* (0.00)
LnSH	0.36 (0.64)	-1.96 (0.15)	-28.89* (0.00)	-25.32* (0.00)	8.24 (1.00)	-2.03 (0.12)	-26.10* (0.00)	-18.02* (0.00)
LnEH	-18.97* (0.00)	-9.93* (0.00)	-20.07* (0.00)	-25.91* (0.00)	-5.86* (0.00)	-13.01* (0.00)	-16.45* (0.00)	-20.93* (0.00)

Not: *, İlgili serinin istatistiksel olarak %1 önem düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

LnKBGSYH ve LnSH serilerinin düzey değerleri için yapılan panel birim kök testlerinden elde edilen olasılık değerleri 0.05'ten büyük olduğu için birim kökün varlığını ifade eden H_0 hipotezleri reddedilememiştir. Ancak bu serilerin birinci farkları alınarak yapılan sınamada elde edilen olasılık değerleri 0.05'ten küçük olduğundan, H_0 hipotezleri reddedilmiş ve bu serilerin I(1) olduğuna karar verilmiştir. LnEH serisinin düzey değeri için yapılan birim kök sınamasından elde edilen olasılık değerleri 0.05'ten küçük olduğundan H_0 hipotezleri reddedilmiş ve bu serinin I(0) olduğuna karar verilmiştir.

4.3.2. Homojenlik Testi

Ekonometrik modellerde yer alan bağımsız değişkenlerin katsayılarının homojenliğini test etmek amacıyla geliştirilen ilk test, Swamy (1970) Delta Testidir ($\hat{\Delta}$). Pesaran ve Yamagata (2008), Swamy Delta Testinin büyük örneklerde güçlü olduğunu, buna karşın küçük örneklerde sapmaların düzeltilmesi gerektiği koşulu altında Düzeltilmiş Delta Testini ($\hat{\Delta}_{ADJ}$) geliştirmişlerdir. Bu test, Denklem 2'deki gibi bir panel veri modelini temel almaktadır:

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_i x_{it} + \varepsilon_{it} \quad i = 1, \dots, N; \quad t = 1, \dots, T \quad (2)$$

Bu testin hipotezleri ise aşağıda belirtildiği gibi kurulmaktadır.

$H_0: \beta_i = \beta$, Tüm yatay kesitlerde eğim katsayıları homojendir.

$H_1: \beta_i \neq \beta$, En az bir yatay kesitte eğim katsayıları homojen değildir.

Bu hipotezlerin sınanabilmesi için büyük örneklerde gerekli olan test istatistikleri Denklem 3 aracılığıyla elde edilmektedir (Pesaran ve Yagamata, 2008: 8):

$$\hat{\Delta} = \sqrt{N} \left(\frac{N^{-1} \tilde{S} - k}{2k} \right) \quad (3)$$

Küçük örneklerde gerekli olan test istatistikleri ise Denklem 4 aracılığıyla elde edilmektedir (Pesaran ve Yagamata, 2008: 8):

$$\hat{\Delta}_{Adj} = \sqrt{N} \left(\frac{N^{-1} \tilde{S} - k}{v(T, k)} \right) \quad (4)$$

Burada N ; yatay kesit adedini, S ; Swamy test istatistiğini, k ; modelde yer alan bağımsız değişken sayısını ve $v(T, k)$ ise standart hatayı göstermektedir. Yapılan analizlerde panelin geneli

için elde edilecek katsayıların homojen olup olmadığı Swamy (1970) Delta testi Pesaran ve Yamagata (2008) Düzeltilmiş Delta testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Homojenite Test Sonuçları

Model	Testler	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
$LnKBGSYH=f(LnSH, LnEH)$	$\tilde{\Delta}$	18.799	0.159
	$\tilde{\Delta}_{adj}$	20.593	0.205

Homojenite testi sonuçlarının raporlandığı Tablo 6 incelendiğinde, elde edilen olasılık değerlerinin 0.05’ten büyük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre H_0 reddedilmemiş ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin katsayılarının homojen olduğuna karar verilmiştir. Bu durumda panel için elde edilecek regresyon katsayıları ve nedensellik testi bulguları tüm illeri temsil edecektir.

4.3.3. Panel ARDL Analizi

Panel ARDL testi Pesaran ve Shin (1995,1999), Pesaran ve Smith (1998) ve Pesaran vd. (2001) tarafından geliştirilmiştir. Değişkenlerin farklı derecelerde durağanlık göstermeleri halinde Panel ARDL testine başvurulmaktadır (Koçak, 2020: 117). Bu durumda değişkenlerin eşbütünleşme ilişkilerinin incelenmesine imkân sağlamaktadır (Özdamar, 2015: 84).

Seriler arasındaki eşbütünleşme ilişkisinin varlığını test etmek amacıyla Pedroni (1999) eşbütünleşme testi ile Kao (1999) eşbütünleşme testleri kullanılabilir. Pedroni (1999) testi, birden fazla açıklayıcı değişken içeren modelleri analiz etme konusunda büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Ayrıca Pedroni, gruplar arasındaki etkileri veya grupların içerisindeki etkileri inceleyebilmek için grup içindeki istatistik verilerin N birime oranını dikkate alırken, gruplar arası istatistik için ise içinde N grubu olan oranı analize dâhil etmişlerdir (Tekgün, 2017: 48).

Pesaran ve Shin (1999), Pesaran vd. (2001) çalışmalarıyla ortaya çıkan ve geliştirilen panel ARDL testi, diğer eşbütünleşme yöntemlerine kıyasla daha fazla sayıda avantaja sahiptir. Diğer eşbütünleşme testlerinin aksine, ARDL, çalışma dâhilindeki tüm değişkenlerin eşit bir düzen içerisinde birleştirilmesi gerektiği hususunda kısıtlayıcı bir varsayımda bulunmaz. Diğer bir ifadeyle birden fazla değişkene sahip zaman serisi analizlerinde kimi serilerin düzey değerlerinde $I(0)$ kimi serilerin ise birinci farklarının alınması sonucunda $I(1)$ durağan bulunması durumunda kullanılabilen bir analiz yöntemidir. İkincisi, diğer koentegrasyon testleri örneklemin boyutuna duyarlıdır ancak panel ARDL testi, küçük örneklem boyutlarında dahi kullanılmaya uygundur. Üçüncü olarak ise, panel ARDL testi, bazı regrosörlerin endojen durumlarında bile uzun dönemli modelin ve geçerli olan t istatistiklerinin tarafsız bir şekilde tahminlerini sağlamaya yardımcı olmaktadır (Harris ve Sollis, 2003; Şimşek, 2016: 71).

Tüm bunlar beraber değerlendirildiğinde, kullandığımız serilerin de farklı derecelerde durağan oldukları görülmüş ve çalışmaya Panel ARDL analizi ile devam edilebileceğine karar verilmiştir. Bu çalışmada kullanılan uzun dönem ARDL modeli Denklem (5)’te gösterilmiştir²:

$$LnKBGSYH_{it} = \sum_{j=1}^p \gamma_j LnKBGSYH_{i,t-j} + \sum_{j=0}^q \delta_j LnSH_{i,t-j} + \sum_{j=0}^q \theta_j LnEH_{i,t-j} + e_{it} \quad (5)$$

² Bu modelin yazılmasında Asteriou, Pilbeam ve Pratiwi (2021: 276) temel alınmıştır.

Buradan kısa dönem ARDL modeli de Denklem (6)'daki gibi kurulur:

$$\Delta \text{LnKBGSYH}_{it} = \alpha_i + \Phi_i (\text{LnKBGSYH}_{it-1} - \xi_1 \text{LnSH}_{it-1} - \xi_2 \text{LnEH}_{it-1}) + \sum_{j=1}^{p-1} \psi_j \Delta \text{LnKBGSYH}_{i,t-j} + \sum_{j=0}^{q-1} \varphi_j \Delta \text{LnSH}_{i,t-j} + \sum_{j=0}^{q-1} \phi_j \Delta \text{LnEH}_{i,t-j} + e_{it} \quad (6)$$

Bu $(\text{LnKBGSYH}_{it-1} - \xi_1 \text{LnSH}_{it-1} - \xi_2 \text{LnEH}_{it-1})$ ifade, hata düzeltme terimini göstermektedir. Bu terimin katsayısı olan Φ_i ; sıfırdan küçük ve istatistiki yönden anlamlı bulunursa, modelde yer alan LnKBGSYH ile LnSH ve LnEH serileri arasında eşbütünlüşme ilişkisinin var olduğuna karar verilebilmektedir (Güler ve Özyurt, 2011: 16). Bu çalışmada ARDL modeli kullanılarak yapılan analiz sonuçları aşağıdadır³.

Tablo 6. Panel ARDL Analizi Sonuçları

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İstatistiği	Olasılık
Uzun Dönem Analizi				
LNSH	-0.353*	0.001	-447.655	0.000
LNEH	1.058*	0.000	3043.504	0.000
Kısa Dönem Analizi				
COINTEQ01	-0.217***	0.125	-1.736	0.083
D(LNKBGSYH(-1))	0.021	0.151	0.136	0.892
D(LNKBGSYH(-2))	-0.067	0.205	-0.325	0.745
D(LNKBGSYH(-3))	0.549	0.399	1.374	0.170
D(LNSH)	-0.197	0.307	-0.642	0.521
D(LNSH(-1))	0.045	0.179	0.249	0.803
D(LNSH(-2))	0.129**	0.061	2.124	0.034
D(LNSH(-3))	0.073	0.065	1.124	0.262
D(LNEH)	-0.476*	0.153	-3.106	0.002
D(LNEH(-1))	-0.374*	0.133	-2.810	0.005
D(LNEH(-2))	-0.068	0.152	-0.447	0.655
D(LNEH(-3))	0.063	0.209	0.301	0.763
Bilgi Kriterleri				
Akaike Bilgi Kriteri	-3.482			

Not: *, **, ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem düzeyinde istatistiksel anlamlılığı göstermektedir.

Bu sonuçlara göre uzun dönemde illerdeki sağlık harcamalarının %1 oranında artması, o ildeki kişi başına düşen milli geliri % 0.353 oranında azaltmıştır. Elde edilen bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslandığında, sağlık harcamalarının kişi başı GSYH'ı azalttığına ilişkin sonuçların; Kar ve Taban (2003), Güven vd. (2018), Kaya (2019), Aygün (2020) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile örtüştüğü görülmüştür. Sağlık harcamalarının, beşeri sermayeyi geliştirerek ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etki yaratması, bu harcamalarının yöneldiği kesimden büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu durum; Türkiye'deki sağlık harcamalarının, üretken düzeydeki beşeri sermayenin (sağlık düzeyleri ve verimliliklerini) geliştirilmesi ve korunmasında etkili olmadığını göstermektedir. Bunun nedeni ise Türkiye'deki nüfusun son yıllarda yaşlanmaya başlaması ve

³ Bu analize ait gecikme uzunluğu belirleme grafiği Ek 1'de, atıkların istikrarı grafiği EK 2'de, atıkların normality grafiği Ek 3'te yer almaktadır.

yapılan sağlık harcamalarının özellikle bu kesime gitmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan son yıllarda Türkiye'ye gelen 5 milyon üzerindeki göçmen nüfusun tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanıyor olması ve gelen bu kişilerin ekonomik katma değerlerinin düşük olması da bu sonuç üzerinde etkili olmuştur.

Eğitim harcamalarındaki %1 oranındaki artışın ise kişi başına düşen milli geliri %1.058 oranında artırdığı görülmektedir ki bu durum, ekonomik büyüme açısından asıl önemli olan yatırım ve harcamaların, genç nüfusa yönelik eğitim harcamaları/yatırımları olduğunu ortaya koymaktadır.

Kısa dönem analizinde yer alan COINTEQ01 hata düzeltme terimi olup, katsayısının -0.217 olduğu ve istatistiki yönden de anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu katsayı aynı zamanda yakınsama hızı olup, kısa dönem sapmalarının her dönem % 21,7'sinin ortadan kalktığını göstermektedir.

Kısa dönem analizi sonuçlarına bakıldığında; sağlık harcamalarının illerdeki kişi başına düşen milli geliri, iki dönem gecikmeli olarak pozitif etkilediği görülmektedir. Eğitim harcamaları ise ilk iki dönemde illerdeki kişi başına düşen milli geliri negatif etkilemiştir. Bu sonuç; Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamalarının, etkinlik ve üretkenlik temelinde yeniden planlanmasının gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık harcamaları alanında acil düzenleme yapılmalı ve ülkedeki göçmenlerin sağlık harcamalarının yükü kamunun üzerinden kaldırılmalıdır.

4.3.4. Panel Nedensellik Testi

İki değişken arasındaki nedensellik ilişkisinin ne yönde olduğunu tespit etmek amacıyla çeşitli nedensellik testleri; Granger (1969), Sims (1972), Pierce-Haugh (1977), Geweke (1982) ve Geweke-Meese-Dent (1983) uygulanabilmektedir. Bu testlerden en yaygını ve kolay uygulanabilirlik açısından en çok tercih edileni Granger panel nedensellik testidir. Bu test aynı zamanda öngörülebilirlik ve dışsalılık testi olarak da görülmektedir (Özsoy, 2009: 78).

Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisinin incelenmesine dair ilk test Granger (1969) tarafından oluşturularak literatüre katkı sağlamıştır. Granger (1969) nedenselliği, test edilebilir nedensellik tanımlaması uygulamalı ekonometride standart bir analitik araç haline bürünmüştür. Sonrasında Holtz-Eakin vd. (1988) ile panel veri çerçevesinde incelenmeye başlanması ile birlikte, Nair-Reichert ve Weinhold (2001), Konya (2006), Hurlin ve Venet (2008), Emirmahmutoğlu ve Köse (2011), Dumitrescu ve Hurlin (2012) gibi çalışmacılar tarafından önerilen yaklaşımlar sayesinde geliştirilmeye devam etmiştir (Kaplan, 2021: 81).

Çalışmada kullanılan Granger (1969) nedensellik testi, bir değişkenin geçmiş değerleri hakkında elde edilen bilginin, başka bir değişken üzerindeki tahminleri geliştirmeye yardımcı olduğunu göstermektedir (Kar vd., 2011: 688). Granger'ın panel nedensellik testi, bir nedenin etkiden sonra gelemeyeceği fikri üzerine kuruludur ve bir serinin kesin olarak öngörülebilirliğinden yola çıkılmaktadır. Gelecek geçmişin nedeni olamayacağı için, eğer bir x değişkeni y değişkeninin Granger nedeni ise x'deki değişiklikler y'deki değişikliklerin bir öncüsüdür (Emirmahmutoğlu, 2011: 84). Diğer bir ifadeyle eğer x değişkeni y'nin (Granger) nedeni ise; x'deki değişimler y'deki değişimlerden önce gerçekleşmelidir. Bu nedenle, y'nin diğer değişkenlerle (kendisinin geçmiş değerleri de dâhil olmak üzere) gerçekleştirilen regresyon denkleminde (y'nin bağımlı değişken olduğu durumda), eğer x'in geçmiş ve gecikmeli değişkenleri denklem değer alıyorsa ve bunlar y'nin öngörüsünü anlamlı bir şekilde artırabiliyorsa, x, y'nin (Granger) nedenidir sonucuna varılabilir (Mucuk ve Alptekin, 2008:167).

Panel veri analizleri, geleneksel zaman serisi analizlerine kıyasla veri setlerinin davranışlarını modellemede daha esnek olabilmektedir. Ek olarak, tekil zaman serilerine nazaran daha çok gözlem bulundurması sebebiyle, bilhassa kısa dönem periyotlarda klasik Granger testlerine göre daha faydalı bulgulara imkân sağlamaktadır. Bu sebeple potansiyel faydaları göz önünde bulundurularak çalışmalara dâhil edilmektedir (Hood vd., 2008: 325).

Bu çalışmada panel Granger nedensellik testi için yararlanılan VAR modelinin uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesine ilişkin test sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7. VAR Modeline Ait Optimum Gecikme Uzunluğu Testi Sonuçları

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-2329.141	NA	0.016838	4.429517	4.443646	4.434873
1	3337.898	11291.02	3.62e-07	-6.316995	-6.460477*	-6.295568
2	3390.956	145.4111*	2.33e-07*	-6.700676*	-6.301771	-6.563179*
3	3448.220	113.4402	2.54e-07	-6.492345	-6.351052	-6.438779
4	3514.885	131.6837	2.73e-07	-6.601870	-6.418189	-6.532234

*Kriter tarafından seçilen gecikme uzunluğunu göstermektedir.

Yıllık verilerin kısa dönemli olarak kullanılmasına bağlı olarak maksimum gecikme uzunluğu 4 üzerinden Likelihood Ratio (LR), Final Prediction Error (FPE), Akaike (AIC), Schwarz (SC) ve Hannan Quinn (HQ) kritik değerlerini minimum yapan gecikme uzunluğu saptanmaya çalışılmıştır. Bu tabloya göre; VAR modelinin uygun gecikme uzunluğunun 2 olduğuna karar verilmiştir.

Veri setinde üç farklı değişken (kontrol değişkeni olan eğitim harcamaları) bulunması nedeniyle Vektör Otoregresif (VAR) modeline dayalı nedensellik testi uygulanmıştır. Sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve kişi başına düşen milli gelir arasındaki ilişkinin Granger nedensellik testiyle incelenmesi için söz konusu değişkenlerin durağanlık seviyelerinin kullanılması gerekmektedir.

VAR modeli Sims (1980) tarafından panel Granger nedensellik testi temel alınarak geliştirilmiştir. Modele göre iki içsel değişkenin olması durumunda, değişkenlerin her biri hem kendi hem de öteki içsel değişkenin belirli bir zaman aralığına kadar ki gecikmeli değerleri ile ifade edilir. Sims, içsel-dışsal ayrıştırımını eleştiren bir yaklaşımda bulunarak, bu ayrımın suni olduğunu savunur (Akyüz, 2018: 185).

Çalışmamızdaki modelde, değişken sayısının azlığı ve değişkenler arası karşılıklı ilişkinin varlığından dolayı, VAR modeli en uygun analiz yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylelikle bağımlı değişkenlerin gecikmeli değerler alıyor olması, geleceğe yönelik tahminlerin daha tutarlı yapılmasını da mümkün kılacaktır (Bozkurt, 2002: 43). VAR modeli tanı testleri olarak literatürde yer edinen otokorelasyon ve değişen varyans testleri varsayımları altında, verilerin test sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 8. VAR(2) Modeline Ait Otokorelasyon Testi

Temel Hipotez: Null hypothesis: Serisel Korelasyon Yoktur						
Gecikme Uzunluğu	LRE* İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Olasılık	Rao F İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Olasılık Değeri
1	130.6380	9	0.2514	14.82590	(9, 2927,9)	0.5890
2	95.74448	9	0.2258	10.80100	(9, 2927,9)	0.3178

Katsayıların stabilitesi ve hata terimlerinin serisel korelasyon (otokorelasyon) gösterip göstermediğinin değerlendirilmesine bakıldığında, olasılık değerleri 0.05'ten büyük olduğu için VAR(2) modelinde otokorelasyon yoktur sonucuna varılmıştır. VAR(2) modeline ait değişen varyans testi sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 9. VAR(2) Modeline Ait Değişen Varyans Testi

Joint test:		
Ki ² İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Olasılık
329.8194	72	0.2804

Değişen varyans testi sonuçları değerlendirildiğinde, tablodaki Ki² olasılık değerleri 0.05'ten büyük olduğu için VAR(2) modelinde değişen varyans yoktur sonucuna varılmıştır. Kısacası değişen varyans sorunu bulunmamıştır. Bu doğrultuda yapılan panel Granger nedensellik testi sonuçları, aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 10. Granger (1969) Panel Nedensellik Testi Sonuçları

Temel Hipotezler:	Gözlem	F-Statistic	Olasılık
LNSH ≠) LNKBGSYH	1215	16.0681	0.000
LNKBGSYH ≠) LNSH		11.4484	0.000
LNEH ≠) LNKBGSYH	1215	9.51655	0.000
LNKBGSYH ≠) LNEH		45.5705	0.000
LNEH ≠) LNSH	1215	35.6942	0.000
LNSH ≠) LNEH		29.6691	0.000

Bu tablodan elde edilen sonuçlara göre Türkiye'deki illerde sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve kişi başına düşen gelir arasında karşılıklı nedensellik ilişkileri vardır. Diğer bir ifade ile bu üç değişken birbirlerinin Granger nedenidir. Yani sağlık ve eğitim harcamalarındaki değişimler, kişi başı GSYH'daki değişimlerin nedeni olduğu gibi kişi başı GSYH'daki değişimler de sağlık ve eğitim harcamalarındaki değişimlerin nedenidir.

Ekonomik büyümenin bir göstergesi olarak kabul edilen kişi başına düşen milli gelir ile beşeri sermayenin bileşenleri olarak değerlendirilen eğitim ve sağlık harcamalarının birbirleriyle olan ilişkisinin incelenmesi, mevcut durumun tespiti ve gelecek dönemler için oluşturulacak politikalar açısından önemlidir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatürde Kılıç ve Özbek (2018), Çalışkan vd. (2018), Sarıgül (2019) ile Çetiner ve Çelik (2021) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla bir paralellik göstermektedir.

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde, Türkiye'de ekonomik büyümenin eğitim ve sağlık harcamalarındaki değişimlere duyarlı olduğu gibi; eğitim ve sağlık harcamalarının da GYSH'daki değişimlere duyarlı olduğu görülmektedir. Buradan yola çıkılarak, ülkenin sağlık ve eğitim harcamalarındaki planlamanın ve düzenlemelerin ekonomik büyüme üzerindeki önemi dikkat

çekmekte ve söz konusu değişkenlerin birbirlerini etkileyen bir yapıda olduğu görüşü desteklenmektedir. Dolayısıyla sürdürülebilir bir ekonomik büyümeyi sağlayabilmek adına sağlık ve eğitim harcamalarına ilişkin politikalarda düzenlemeler yapılmalıdır.



5. SONUÇ

Ekonomi bilimi, k t kaynakların sınırsız ihtiyaçlar karşısında etkili ve doğru bir şekilde kullanılabilmesini sağlar. K t kaynakların çeşitli sektörlerde nasıl dağıtılacağını ve bu dağıtımın hangi koşullar altında ger ekle tirilebileceğine yardımcı olan ekonomi bilimi, ülkelerin geli mi lik düzeylerine ve ekonomik anlamda büyümelerine de katkı sağlar. Sağlık alanında yapılacak olan yatırımlar ve harcamalar da ekonomi biliminin ilgilendiği k t kaynakların doğru bir şekilde tahsis edilmesi ile gerçekleşmektedir. Sektörel dağılımlara baktığımızda özellikle sağlık sektörü, sürekli büyüyen ve gelişen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda ülke ekonomileri içerisinde yer alan kaynakların büyük bir kısmının giderek sağlık sektörüne ayrıldığı görülmektedir. Kaynakların da sınırlı olması nedeniyle, sağlık alanında yapılan yatırım ve harcamaların doğru bir şekilde planlanması gerekmektedir. Bundan dolayı sağlık ve ekonomi biliminin kesiştiği alan olan sağlık ekonomisine verilen önem giderek artmaktadır.

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerine ilişkin ekonomik faaliyetleri inceleyen ve bunların analizlerini yapan bir bilim dalı olarak tanımlanabilir. Sağlığın sosyolojik boyutunun yanında ekonomik boyutunun da önem kazanması sebebiyle; sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi, sağlık ekonomisi alanındaki akademik çalışmaların ilgi odağı olmuştur. Sağlık ekonomisi, kendine has özellikleri barındırmanın yanı sıra ekonomi biliminin özelliklerini de bünyesinde barındırmaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık alanının özellikleri ile ekonomi biliminin özelliklerinin birleştirildiği sağlık ekonomisi, ekonominin bir alt bilim dalı olarak gösterilmektedir.

Sağlık ekonomisi, ülkelerin hem ekonomik büyümelerini hem de kalkınmalarını sağlayabilmek adına üzerinde çalışmalar yürütülen bir alandır. Sağlık ekonomisine verilen önemle ülke sınırları içerisinde yaşayan toplumların sağlık düzeyleri, k t kaynakların sağlık harcamaları içerisinde verimli bir şekilde planlanmasıyla yükseltilebilmektedir. Aynı zamanda ülkelerin geli mi lik seviyelerinde, sağlık hizmetlerinin belirleyici bir rolünün bulunduğu da bilinmektedir. Bundan dolayı geli mi lik seviyelerine paralel olarak, sağlık sektörüne ayrılan harcamalarda da bir artış görülmektedir. Diğer yandan, politika yapıcıları ve uygulayıcıları tarafından ülke içerisinde yaşayan bireylerin sağlıklı olabilmelerini sağlamak olduğa önemlidir. Çünkü  lke ekonomisinin geli mi liğini ve özellikle ekonomideki üretkenliğin sürekliliğini sağlayabilmek için bireylerin sağlık durumlarının iyi olması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ülkelerin özellikle kamu harcamaları içerisinde sağlık sektörüne ciddi bir pay ayırdıkları görülmektedir.

Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların daha çok sağlık harcamaları ve sağlık yatırımlarına ayrıldığı bilinmektedir. Sağlık harcamaları, sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması için yapılan harcamalar olarak tanımlanabilir. Ancak sağlık yatırımları ve sağlık harcamalarını birbirinden bağımsız olarak değerlendirmek doğru olmaz. Çünkü sağlığa yapılan bütün harcamalar, aslında birer yatırım olarak görülürse yaymı  olduğu yoğun dışsal fayda nedeniyle ülke ekonomisine önemli bir katkı sağlayabilmektedir.

Sağlık harcamaları, toplum sağlığını korumakla birlikte aynı zamanda nitelikli insan kaynağı sağlaması nedeniyle beşeri sermaye için büyük öneme sahiptir. Çünkü sağlık harcamalarının verimli ve etkin bir şekilde kullanılmasıyla, sağlık hizmetlerinin kalitesi artmakta ve toplumun sağlık düzeyi yükselmektedir. Toplumun sağlık düzeyinin artışına paralel olarak bireylerin üretim sürecindeki üretkenlikleri artırılmakta ve bir beşeri sermaye olan nitelikli insan gücünden daha

uzun süre yararlanılmaktadır. Bu noktada sağlık harcamaları ve büyüme ilişkisi ön plana çıkmaktadır.

Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise özellikle üretimde sürekliliği sağlayacak olan beşeri sermaye olgusunun önemi göze çarpmaktadır. Nitelikli insan gücündeki verimliliğin artışı, üretim sürecindeki faktörlere katkı sağlayarak gelir artışı yaratabilmektedir. Bu anlamda beşeri sermaye, içsel büyüme teorilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte fiziki sermayeden ayrı bir şekilde değerlendirilmeye başlamıştır. Temel olarak, nitelikli işgücü şeklinde ifade edilebilen beşeri sermayeye verilen önemle ülke ekonomilerinin büyümesi ve kalkınması daha sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Beşeri sermayenin bileşenleri olan eğitim ve sağlık alanlarına yapılacak olan her katkı, beşeri sermayenin kalitesinde bir artış yaratmaktadır. Bu sebepten ötürü, sağlığa verilen önemle beşeri sermayenin niteliği artırılarak sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ve sağlıklı bir ekonomik yapı oluşturulabilmektedir. Yani beşeri sermayede yaşanan olumlu gelişmelerin, ekonomik büyümeye de katkı sağlayacağı belirtilebilir.

Beşeri sermayenin katkı sağladığı ekonomik büyüme, ülkelerin en temel amacını oluşturmaktadır. Ekonomik büyüme milli gelirdeki artış, mal ve hizmet üretimindeki artış ve toplumsal refahın birleşimi sonucu gerçekleşmektedir. Ekonomik büyümenin sağlanması daha çok üretimle ilişkilendirilmektedir. Üretimde beşeri sermayeyle ilişkilendirildiğinden dolayı, beşeri sermayenin unsurlarından olan sağlık ve eğitim harcamalarının ekonomik büyümeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Özetle ekonomik büyümede sürekliliğinin sağlanması için sağlık harcamalarına önem verilmesi gerekir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının planlamasında aktif rol oynayan politika yapıcılarının, sağlıklı ve sürdürülebilir bir ekonomik yapıyı tesis etmek amacıyla sağlık yönetimi ve sağlık ekonomisi alanları üzerindeki çalışmaları dikkate almaları gerekmektedir.

Sağlık ekonomisi ve sağlık harcamalarına verilen önem, sağlığın beşeri sermaye üzerindeki olumlu etkisinden gelmektedir. Sağlık harcamaları, beşeri sermayeyi geliştirme ve koruma noktasında önemli bir rol üstlenmekte ve üretimin daha sağlıklı bir beşeri sermaye ile gerçekleştirilmesini mümkün kılmaktadır. Daha sağlıklı üretim yapısı ise gelir artışıyla sonuçlanmaktadır. Bu temel varsayımdan hareketle yapılan bu çalışmada, Türkiye’de iller bazında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek süratıyla sürdürülebilir ekonomik büyümenin sağlanmasında sağlık harcamalarının rolünü ortaya koymak ve elde edilen sonuçlara ilişkin politika önerilerinde bulunmak, çalışmanın önemini oluşturmaktadır. Ayrıca bu araştırmanın iller bazında yapılmış olması, araştırmanın bir diğer önemini ve özgünlüğünü göstermektedir.

Çalışmada, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelenmesi amacıyla Türkiye’de 81 il için 2004-2020 dönemine ilişkin yıllık veriler kullanılmıştır. Sağlık harcamaları ve kişi başı GSYH ilişkisinin yanı sıra beşeri sermayenin geliştirilmesi noktasında sağlık harcamaları kadar önemli bir diğer harcama olan eğitim harcamaları da bir kontrol değişkeni olarak modele dâhil edilmiştir. Yapılan panel ARDL analizi sonuçlarına göre uzun dönemde % 1 anlamlılık düzeyinde bağımsız değişkenler olan sağlık harcamaları ve eğitim harcamalarındaki artışların büyüme üzerinde farklı etkiler yarattığı sonucuna varılmıştır. Bu anlamda sağlık harcamalarındaki % 1’lik artışın kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılayı % 0.353 oranında azalttığı, buna karşın eğitim harcamalarındaki % 1’lik bir artışın ise kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılayı % 1.058 oranında artırdığı gözlemlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre,

sağlık harcamalarının kişi başı GSYH üzerindeki etkisinin önsel beklentilerin aksine negatif olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Türkiye’deki sağlık harcamalarının, üretken düzeydeki beşerî sermayenin (sağlık düzeyleri ve verimliliklerini) geliştirilmesi ve korunmasında etkili olmadığını göstermektedir. Ülkemizde yer alan göçmen nüfusun, tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanıyor olması ve gelen bu kişilerin ekonomik katma değerlerinin düşük olması bu sonuç üzerinde etkili olmuştur. Sağlık harcamalarında yeniden yapılanmayı zorunlu kılan politikaların hayata geçirilmesini zorunlu kılan bu sonuçlar, öncelikle Türkiye’deki göçmenlerin sağlık harcamalarının yükünün kamunun üzerinden kaldırılmasının elzem olduğunu göstermektedir. Eğitim harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisi ise ekonomik büyüme açısından asıl önemli olan yatırım ve harcamaların, genç nüfusa yönelik eğitim harcamaları/yatırımları olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisine ilişkin negatif sonuç; Yang vd. (2003), Werblow vd. (2007), Gökbunar vd. (2016) ve Balçık vd. (2021) tarafından yapılan çalışmalarda belirtilen yaşlı nüfus ile Küçükhazar (2019) ve Dursun (2019) tarafından yapılan çalışmalarda belirtilen göçmen sorunuyla ilişkilendirilmiştir. Yaşlı nüfustaki artışın sağlık harcamalarında artışa sebep olduğu yapılan araştırmalar neticesinde ortaya konulmuş ve bu durumun ise kamusal harcamalar üzerinde bir yük oluşturduğu görülmüştür. Diğer yandan sığınmacılara ve ülkemize gelen göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması da bu eksende değerlendirilebilir. Bu anlamda yaşlı nüfustaki artış ile birlikte sağlık harcamalarının ekonomik anlamda katma değeri düşük olan göçmen topluluğuna yönelik yapılması, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisini azaltmakta veya negatif yöne çevirebilmektedir. Ayrıca çalışmada, panel Granger nedensellik testinden elde edilen bulgular, Türkiye’de iller düzeyinde sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve kişi başına düşen gelir arasında karşılıklı nedensellik ilişkisinin olduğunu göstermiştir.

Çalışmanın teorik ve ampirik sonuçları değerlendirildiğinde, Türkiye’de kişi başı gayri safi yurtiçi hasılanın eğitim ve sağlık harcamalarındaki değişimlere duyarlı olduğu gibi eğitim ve sağlık harcamalarının da kişi başı gayri safi yurtiçi hasıladaki değişimlere duyarlı olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar neticesinde çalışmamız, Türkiye’de eğitim ve sağlık harcamalarının, etkinlik ve üretkenlik temelinde yeniden planlanmasının gerektiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla etkin sağlık politikaları ekseninde sağlık harcamalarında yeniden yapılandırılmaya gidilmesi, üretim sürecinde önemli bir faktör olan beşerî sermayenin korunması ve geliştirilmesi noktasında önemli avantajlar sağlayarak daha sağlıklı bir üretim yapısıyla ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır.

Çalışmadan elde edilen bulgular dikkate alındığında, politika önerileri neden ve sonuç ilişkisi ekseninde birkaç başlık altında oluşturulabilir. Bu anlamda öncelikle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki negatif etkisi, yaşlı nüfus üzerinde yoğunlaşan kamu sağlık harcamalarından kaynaklanabildiğinden, sağlık harcamalarının yaşlıları korumakla birlikte bu süreçte daha çok genç kesime yönelik olarak planlanması gerekmektedir. Bu noktada oluşturulacak olan sağlık politikalarıyla genç nüfusun ve doğurganlık hızının artırılmasına yönelik çalışmalar ön plana çıkarılabilir. Böylece işgücünün büyük bir miktarını oluşturan genç nüfusa yönelik yapılan sağlık harcamaları, daha sağlıklı beşerî sermaye yaratarak üretim sürecine katkı sağlayacak ve dolayısıyla ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etki yaratabilecektir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki negatif etkisi, aynı zamanda Türkiye’de bulunan göçmen nüfusla bağlantılı olabileceğinden; bu nüfusa ayrılan sağlık harcamalarının yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu kapsamda ücretsiz sunulan sağlık hizmetlerinin, belirli bir kısmının ücretli olarak sunulması noktasında alternatif politikalar geliştirilmelidir. Bu anlamda bir yandan sağlık harcamaları ile beşeri sermaye geliştirilirken diğer taraftan kamu sağlık harcamalarının kamu bütçesi üzerinde oluşturduğu yük azaltılmaya çalışılmalıdır. Böylesi bir yapıda rasyonel politikalar ekseninde yeniden yapılandırılan sağlık harcamaları, ekonomide üretkenliğin ve verimliliğin artışı sağlayarak ekonomik büyüme performansını olumlu yönde etkileyecektir. Ekonomik büyüme performansındaki olumlu gelişmeler ise uzun dönemde sağlık harcamalarındaki artışı tetikleyerek sağlıklı bir toplum için gerekli sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini yükseltecektir. Sağlık düzeyinin gelişmesini ve iyileşmesi anlamına gelen bu gelişmeler, nihai olarak beşeri sermaye birikimi ve sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ile sonuçlanacaktır.



KAYNAKÇA

- Abdioğlu, Z. & Uysal T., (2013), “Türkiye’de Bölgeler Arası Yakınsama: Panel Birim Kök Analizi”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 27(3), ss: 125-143.
- Acar, Y. (2002), İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını, No.67, Bursa.
- Ağır, H. & Tıraş, H. H. (2018), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 17, 34- 102.
- Ağırdıcı, M. (2017), *Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Ahmed, P. I., Kolker, A., & Coelho, G. V. (1979), Toward a New Definition of Health: An Overview. *Toward a new definition of health*, 7-22.
- Ahmet, A. Y., Kızılkaya, O., & Koçak, E. (2013), Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 163-172.
- Ak, B. & Sevin D., H. (2000), Turist Sağlığı ve Turist Sağlığı İmkânları Açısından Antalya Bölgesinde Bir İnceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(1), 89-100.
- Ak, B., & Sevin, H. D. (2000), Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri*, 20, 21.
- Akalın, B. (2020), Sağlık Hizmetleri ve Yönetiminde Yapay Zekâ, Yalın Yayıncılık, İstanbul.
- Akar, S. (2014), Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(1), 311-322.
- Akaza, H., Kawahara, N., Masui, T., Takeyama, K., Nogimori, M. & Roh J. (2013), Union for International Cancer Control International Session: Healthcare Economics: The Significance of The UN Summit Non-communicable Diseases Political Declaration in Asia. *Cancer Science*. 104(6), 773-778.
- Akça, H. (2015), Beşeri Sermaye Harcamaları: Türkiye’de Yaşanan Gelişmeler ve Sonuçlar Üzerine Bir İnceleme, *Ekonomi Bilimler Dergisi*, 2, 856-859.
- Akdur, R. (2006), Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliği Uyumu.” Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2016), “Piyasacı Sağlık Politikası Eden Sağlık Başkanı Neden Daha Yüksektir.” [www.Utopya_Saglik_Harcamaları_Ra Pdf](http://www.Utopya_Saglik_Harcamaları_Ra_Pdf). (Erişim Tarihi: 13.05.2021).
- Akın, C. S. (2007), Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Akıncı, A., & Tuncer, G. (2016), Türkiye’de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. *Sayıştay Dergisi*, (102), 47-61.
- Akyüz, H.E. (2018), Vektör Otomatikresyon (VAR) Modeli ile İklimsel Uyumların Analizi. *Uluslararası Mühendislik Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 10 (2), 183-192.
- Alacahan, E. (2015), Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye’nin Kalkınmasındaki Rolü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Alkin, E., (2008), İktisada Giriş, (Editör: İlyas ŞIKLAR) TC. Anadolu Üniversitesi Yayını No:1472, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:785, 7. Baskı, Kasım, Eskişehir.
- Alp, M. (2016), Sağlık Ekonomisi ve Etkileri: Aydın Örneği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi İktisat Anabilim Dalı, Aydın.
- Alp, M., & Peker, O. (2018), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelir Üzerindeki Etkisi: TR32 Bölgesi Örneğinde Eşbütünlük Analizi. *The Journal of International Scientific Researches*, 3(1), 85-95.

- Alpugan O. (1984), Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi, Karadeniz Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 2(1), 155-163.
- Altunç, Ö. F. (2011), Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye’ye İlişkin Ampirik Kanıtlar, *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 145-157.
- Alu, A. (2018) Küreselleşme ve Sağlık. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 1(1), 1-9.
- Antonio, J. & Zamora, C. (2000), Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean. XXXV Meeting of The Advisory Committee on Health Research, Havana, Cuba, 17-19 July, Division of Health and Human Development, Washington, DC, (<http://www.paho.org/English/HDP/HDR/ACHR-00-08.pdf>), (Erişim Tarihi: 08.12.2021).
- Asteriou, D., Pilbeam, K. & Pratiwi, C. E. (2021), Public Debt and Economic Growth: Panel Data Evidence for Asian Countries. *Journal of Economics and Finance*, 45, 270–287.
- Atalan, A. (2018), Türkiye Sağlık Ekonomisi İçin İstatistiksel Çok Amaçlı Optimizasyon Modelinin Uygulanması, *İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi* 1(1), 34-51.
- Atasever, M. (2014), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Ankara: Sağlık Bakanlığı 2014. Yayın No: 983.
- Ateş, M. (2016), Sağlık Sistemleri. (3.baskı) İstanbul: Beta.
- Atun, R. A. & Susan F. (2005), Advancing Economic Growth: Investing Health, Chatham House Conference 22-23, June.
- Ay, A., Kızılkaya, O. & Koçak, E. (2013), Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1), 163-172.
- Aydemir, C., & Baylan, S. (2015), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 417-435.
- Aygün, A. (2020), *Seçili OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Ekonometrik Analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Aytekin, S., & Aytekin, G. (2010), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 1(2), 163-184.
- Balçık, P. Y., Konca, M. & Biçer İ. (2021), Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Panel Veriye Dayalı Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 314-324.
- Balsak, M. (2004), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Baltagi, B. (2005), “Econometric Analysis of Panel Data”, John Wiley&Sons Ltd., Third Edition, UK.
- Barbara, M., Lilani, K. & Charles, N. (2002), *Health Economics: An International Perspective*, Routledge, London and New York.
- Barro, R. J. (1990), Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth. *The Journal of Political Economy*, 98(5), 103-125.
- Barro, R. (1996), Three models of health and economic growth, Unpublished Manuscript, Cambridge, MA: Harvard University.
- Bayır, M., & Kavan, H. (2021), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelere Yönelik Karşılaştırmalı Ekonometrik Bir Analiz, *Ampirik Yöntemlerle İktisadi, Mali ve Finansal Uygulamalar Dergisi*, 33-49.
- Bayraktutan, Y., & Alancıoğlu, E. (2020), Sağlık Harcamaları-İktisadi Büyüme İlişkisi: Seçilmiş Oecd Ülkeleri için Panel Bootstrap Granger Nedensellik Analizi, *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 1-12.
- Becker, G. S. (1993), Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior. *Journal of Political Economy*, 101(3), 385-409.

- Bekir, M. (2003), Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları, Ankara.
- Beraldo, S., Montolio, D. & Turati, G., (2009), "Healthy, Educated and Wealthy: A Primer on the Impact of Public and Private Welfare Expenditures on Economic Growth", The Journal of Socio-Economics, 38, 946-956.
- Berber, M. (2011), İktisadi Büyüme ve Kalkınma-Büyüme Teorileri Kalkınma Ekonomisi. 4.Baskı Derya Kitabevi, Trabzon, 111-112.
- Biggs, B. King, L. Basu, S. & Stuckler, D. (2010), "Is Wealthier Always Healthier? The Impact Of National Income Level, Inequality and Poverty on Public Health in Latin America", Social and Medicine, 2(71), 266-273.
- Bilgili E., & Ecevit E. (2008), Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 201-228.
- Boz, A. G. C., & Aslan, Ö. (2018), Türkiye'de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları İle Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Güvence*, (14), 1-27.
- Boz, C., & Sur, H. (2016), Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılık Analizi. *Sosyal Güvence*, (9), 23-46.
- Bozkurt, H.Y. (2002), Türkiye Ekonomisinde İktisadi Kriz ve Büyüme Analizinin Vektör Otoregresif Modeller ile İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, SBE, Doktora Tezi, İstanbul.
- Bulğurcu, B. & Özdemir, P. (2015), Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bir İnceleme, *Ege Akademik Bakış*, 15(4), 523-537.
- Campbell, S.M., Roland, M.O. & Buetow, S.A. (2000), "Defining Quality of Care" *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.
- Cassama, M.S. (2019), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Analizi (2005-2017), Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Cate, T. (1997), Keynes ve Olasılık. *Keynesyen İktisat Ansiklopedisi*, 283-6.
- Cebeci, E., & Ay, A. (2016), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Brics Ülkeleri ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 91-102.
- Chen, L.C., Evans T.G., & Cash, R.A., (1999), "Health as a Global Public Good", *Global Public Goods*, (Ed. Inge Kaul, Isabelle Gruber ve M.A.Stern) içinde, Oxford University Press, New York, 284-290 ve Ayşegül Mutlu, Küreselleşme ve Uluslararası Kamusal Mallar Çerçevesinde Eğitim, Sağlık ve Çevre Sorunları, Yayınlanmamış Çalışma, İstanbul, 2002.
- Cohen, D., R. & Henderson, J. B. (1998), "Health, Prevention and Economy", Oxford University Press, Oxford, London UK.
- Culyer, A. J., Newhouse, J. P., Pauly, M. V., McGuire, T. G., & Barros, P. P. (Eds.). (2000). *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Çalışkan, Ş., Karabacak, M., & Meçik, O. (2018), Türkiye'de Uzun Dönemde Eğitim ve Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33(1), 75-96.
- Çalışkan, Z. (2008), Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 26, 29- 50.
- Çavmak, Ş. & Çavmak, D. (2017), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, (1), 48-57.
- Çelik, Y. (2016), Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çeştepe, H., Yıldırım, E., & Yıldız, H. (2020), Türkiye'de Sağlıkın Ekonomik Büyümeye Etkisi: 81 İl Düzeyinde Panel Gmm Kanıtları, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (28), 175-192.
- Çetin, M., & Ecevit, E. (2010), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.

- Çetiner, S., & Çelik, O. (2021), Türkiye Ekonomisinde Ekonomik Büyüme ve Beşeri Sermaye Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi: 1980-2019 Dönemi, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(51), 540-558.
- Çınar, S. (2011), Gelir ve CO2 Emisyonu İlişkisi: Panel Birim Kök ve Eşbütünleşme Testi, Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30(2), 71-83.
- Çınar, S., & Banu, H. A. S. (2021), The Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: The Case of Turkey, *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 5(2), 114-128.
- Çiftçi, C., & Aykaç, G. (2011), İçsel Büyüme Modelleri ve Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülkelerin Konumları. *Sosyoekonomi*, 14(14), 159-180.
- Çınar, İ. (2019), Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(2), 69-75.
- Çoban, H. (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Daşçı, E., & Cemaloğlu, N. (2018), Beşeri Sermayeye Yapılan Harcamaların Ekonomik Büyümeye Etkisi: Panel Var Analizi, *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 1-16.
- Deniz, M. H. & Sümer, K. K. (2017), Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisinin 2000-2014 Yılları için Analizi, International Conference on Eurasian Economies 2016, Kaposvar, Macaristan, 115, 471-478.
- Demirgil, B., Şantaş, F. & Şantaş, G. (2018), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Uygulamalı Bir Çalışma, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (20)2, 388-398.
- Dimitrios Asteriou & Stephen G. Hall (2007), Applied Econometrics: A Modern Approach Using Eviews and Microfit Revisited Edition, Palgrave Macmillan, Newyork, 366.
- Dinler, Z. (2009), İktisat, Ekin Yayınevi, 3.Basım, Bursa.
- Dinler, Z., (2000), İktisada Giriş, Ekin Kitabevi, 6. Basım, Bursa.
- Doğan, Z. (2014), Ekonomik Büyüme Süreçlerinin Analizinde Yeni Açılımlar ve Büyümenin Yersel Dinamikleri, Akademik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2, 6.
- Doğanay, H. (1997), Türkiye Beşerî Coğrafyası. Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları, 2982, İstanbul.
- Domar, E. (1946), Capital Expansion, Rate of Growth, and Employment, *Econometrica*, 14, 137-147.
- DPT (2001), Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara: DPT Yayınları, Yayın No: DPT: 2561- ÖİK:577.
- Dumitrescu, E. I. & Hurlin, C. (2012), Testing for Granger Noncausality in Heterogeneous Panels. *Economic Modelling*, 29(4), 1450-1460.
- Dursun, S. (2019), Uluslararası Göç Bağlamında Suriyeli Sığınmacıların Türkiye Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Elmi, M. Z. & Sadeghi, S. (2012), Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality, *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12(1), 88-91.
- Emirmahmutoğlu, F., (2011), Gelişmekte Olan Ülkelerde Para Krizlerinin Ekonometrik Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Ankara.
- Ercan, N. Y., (2002), İçsel Büyüme Teorisi: Genel Bir Bakış, Planlama Dergisi, Özel Sayı, Dpt’nin Kuruluşunun 42. Yılı, 129-138.
- Erci, B. & Tuncel, Ş. (1991), Temel Sağlık Hizmetleri, Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni, 23/3, 181-187.
- Erdem, E., & Çelik, B. (2019), İnsani Gelişme ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Bazı Afrika Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(17), 13-36.

- Erdoğan, S., & Canbay, Ş. (2016), İktisadi Büyüme-Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Harcamaları İlişkisi Üzerine Teorik Bir İnceleme. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 29-43.
- Erdoğan, S., Yıldırım, D. Ç., & Gedikli, A. (2019), Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir İnceleme, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 590-607.
- Eriçok, R. E., & Yılcı, V. (2013), Eğitim Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Sınır Testi Yaklaşımı, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 8(1), 87-101.
- Erişti, H. E., Öbay, H., Oğuz, H., Arı, N. I., Duyuran, H. G. & Karaman, Ö. (2004), OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999- 2000, TC. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, 8, 74.
- Ertur, C. & Musolesi, A. (2015), Weak and Strong Cross-Sectional Dependence: A Panel Data Analysis of International Technology Discussion. The SEEDS Working Paper Series, 4.
- Ertürk, E. (2020), G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Eser, K., & Gökmen, Ç. E. (2009), Beşeri Sermayenin Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri: Dünya Deneyimi ve Türkiye Üzerine Gözlemler, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 1(2), 41-56.
- Fedderke, J. (2002), Technology, Human Capital, Growth and Institutional Development. *Theoria*, 49(100), 1-26.
- Feldstein, PJ (1993), Sağlık Ekonomisi Delmar Publisher Inc. Albany New York.
- Fişek, N. H. (1983), Halk Sağlığına Giriş: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.
- Fox, D. M. (1979), From Reform to Relativism: A History of Economists and Health Care, *Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*, 57, 297-336.
- Freyssinet, J. (1985), "Az Gelişmişlik İktisadi", Çevirenler: M. Ali Kılıçbay-Tezer Öçal, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Fuchs, V. R. (1986), The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts and London, USA.
- Gelijns, A. & Rosenberg, N. (1994), The Dynamics of Technological Change in Medicine, *Health Affairs*, 13 (3), 28-46.
- Gemmel, N. (1995), The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence, Edward Elgar Publishing, UK.
- Gerdtham, U.G. & Löthgren, M. (2002), New Panel Results on Cointegration of International Health Expenditure and GDP, *Applied Economics*, 34, 1679-1686.
- Getzen, T. F. (1997), Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., New York.
- Geweke, J., R. Meese & W. Dent (1983), Comparing Alternative Tests of Causality in Temporal Systems: Analytic Results and Experimental Evidence", *Journal of Econometrics*, 21(2), 161-194.
- Geweke, J. (1982), Measurement of Linear Dependence and Feedback Between Multiple Time Series. *Journal of The American Statistical Association*, 77(378), 304-313.
- Ginzberg, E. (1954), What Every Economist Should Know About Health and Medicine, *The American Economic Review*, 44(1), 104-119.
- Gökbunar, A. R., Uğur, A., & Duramaz, S. (2016), Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi, *International Journal of Economic & Social Research*, 12(1), 109-122.
- Görgün, S. (1993), Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, SBF Yayınları, İstanbul, 74.

- Göv, A., Orhan, E. B. & Köstekçi, A. (2019), Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme ve İnsani Gelişme Endeksi İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Ekonometrik Bir Analiz, *Journal of Academic Value Studies*, 5(5), 781-790 (ISSN: 2149-8598).
- Granger, C.W J (1969), Ekonometrik Modeller ve Çapraz Spektral Yöntemlerle Nedensel İlişkilerin İncelenmesi, *Econometrica*, 37, 424-438.
- Greenfield, H. I. (1963), Medical Care in the United States: an Economic Work-up. In *Paper Delivered at the Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science, Cleveland, Ohio*.
- Grossman, G. M. & Elhanan, H. (1989), Product Development ant International Trade, *The Journal of Political Economy*, 97(6), 1261 – 1283.
- Grossman, M. (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Gujarati, D. (2001), Basic econometrics, Literature Publishing.
- Gujarati, D. (2016), “Örneklerle Ekonometri”, Nasip, BULUTOĞLU, (Çev.), BB101 Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- Güler, A. & Özyurt, H. (2011), Merkez Bankası Bağımsızlığı ve Reel Ekonomik Performans: Panel ARDL Analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 3(2), 11-20.
- Günaydın, G. (1994), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi. Eskişehir.
- Gürak, H. (2016), Ekonomik Büyüme ve Kalkınma (Kuramlar, Eleştiriler ve Alternatif Bir Büyüme Modeli), Nobel Yayınları, Ankara.
- Güvel, E., A. (2011), Ekonomik Büyüme Kuramları (Ulusların Zenginliği’nin Dinamikleri), Karahan Kitabevi, Adana.
- Güven, D., Şimşek, T., & Güven, A. (2018), Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.
- Güven, E. (2020), Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama, Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Güvenek, E. (Ed.) (2015), Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya.
- Hansen, P. and King, A. (1996), The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach. *Journal of Health Economics*, 15(1), 127-137.
- Harrod, R.F. (1939), An essay in dynamic theory, *Economic Journal*, 49, 14–33.
- Harris, R. & Sollis, R., (2003), Uygulamalı Zaman Serisi Modelleme ve Tahmin, Wiley, Batı Sussex.
- Hausman, J.A. (1978), Ekonometride Spesifikasyon Testleri, *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1251-1271.
- Hayaloğlu, P., & Bal, H. Ç. (2015), Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.
- Hayran, O. (1997), Hastane Yöneticiliği, Edt. Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Basımevi, İstanbul.
- Heshmati, A. (2001), On The Causality Between Gdp And Health Care Expenditure In Augmented Solow Growth Model, SSE/EFI Working Paper Series İn Economics And Finance, 423, 1-19, January.
- Holtz-Eakin, D., Newey, W. & Rosen, H. S. (1988), Panel Data ile Vektör Otoregresyonlarının Tahmini *Econometrica*, 56(6), 1371-1395.
- Hood, M. V., Kidd, Q. & Morris I. L. (2008), Two Sides of the Same Coin: Employing Granger Causality Tests in a Time Series Cross-Section Framework, *Political Analysis*, 161, 324-344.
- Hurlin, C., & Venet, B. (2008), Financial Development And Growth: a Re-Examination Using a Panel Granger Causality Test, Erişim Tarihi: 30.05.2022.
- Illich, I. (2015), Şenlikli Toplum, (çev.: Ahmet Kot), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

- IM, K.S., M.Hashem, P. & Yongcheol, S. (2003), Testing For Unit Roots İn Heterogeneous Panels, *Journal Of Econometrics*, 115(1), 53- 74.
- International Labour Organization, (1959), *The Cost of Medical Care*, Ceneva.
- Işık, A. (1997), *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Jack, W. (1999), *Principles of Health Economics for Development Countries*. WBI Development Studies. Washington D.C.: The World Bank.
- Jensen, P. S. & Schmidt, T. D. (2011), Testing for Cross-sectional Dependence in Regional Panel Data. *Spatial Economic Analysis*, 4(6), 423-450.
- Kamacı, A., & Yazıcı, H. U. (2017), OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi, *Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 52-69.
- Kao, C. (1999). Spurious Regression and Residual-Based Tests for Cointegration in Panel Data, *Journal of Econometrics*, 90(1), 1-44.
- Kaplan, B. (2021), Bankaların Tahvil İhraçlarının Pay Getirilerine Etkisinin Panel Veri Analizi ve Granger Nedensellik Analiziyle İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi SBE, Denizli.
- Kaplan, F. (2016), *Ekonomik Büyüme Dolaylı Belirleyicileri ve Bir uygulama*, Savaş Yayınevi, Ankara.
- Kar M., vd. (2011), Financial Development and Economic Growth Nexus in The MENA Countries: Bootstrap Panel Granger Causality Analysis, *Economic Modelling*, 28/1-2, 685-693.
- Kar, M. ve Ağır, H. (2006), Türkiye’de Beşerî Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme ile Nedensellik Testi, 1926-1994, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 11, 51-68.
- Kar, M. ve Taban, S. (2003), Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58 (03), 145-169.
- Karagül, M. (2002), Beşerî Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye’deki Önemi, Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Yayın no: 37, 2002.
- Karasu, M. A., (2008), Türkiye’de Kentleşme Dinamiklerinin Suça Etkisi, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 57(4), 255-281.
- Kareem, R. O., Ademoyewa, G., Fagbohun, O. L. & Arije, B. R., (2017), Impact of Federal Government’s Healthcare Expenditure on Economic Growth of Nigeria, *Journal of Research in Business, Economics and Management (JRBEM)*, 1(8), 1329-1343.
- Karim, D. O., (2016), Health Expenditure and Economic Growth Nexus: an ARDLType Analysis for Nigeria, *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)*, 2(2), 516-519.
- Kaya, G. (2019), Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik.
- Kaynak, M. (2015), *Büyüme Teorileri Giriş*, 3.baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kesbiç, C. Y., & Salman, G. (2018), Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Tespiti: 1980-2014 Var Model Analizi, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (639), 1163-1180.
- Keskin, A. (2011), Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye, *Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4), 125-153.
- Khanolkar, V., Khan, S. A. & Gamba, M. (2016), An Insight on Health Care Expenditure, MBAA Proceedings 2010-Papers, 34 (<https://sga.usi.edu/media/3654718/Insight-on-Health-Care.pdf>), (Erişim Tarihi: 13.02.2021).
- Kılıç, R. & Özbek, İ.R. (2018), Sağlık ve Eğitim Hizmetleri ile Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması, *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 369-391.
- Kısa, P. (2012), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi Nedensellik Analizi "Türkiye Örneği", Yüksek Lisans Tezi, Uşak Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak.

- Kızıl, B. C., & Ceylan, R. (2018), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği, *Journal of Yaşar University*, 13(50), 197-209.
- Kibritçioglu, A. (1998), İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 53, 1- 22.
- Kirzner, I. M. (2000), Arz ve Talep Kanunu, (Çev. F. Erdal), *Liberal Düşünce*.
- Klarman, H. E. (1979), Health Economics and Health Economics Research. The Milbank Fund Quarterly - Health and Society, 57(3), 371-379.
- Klarman, H.E. (1965), The Economics of Health, Colombia University Press New York and London.
- Kocabadak, Y. (2021), Kriz ve Salgın Dönemlerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Koç, Aylin (2013), Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme, Maliye Dergisi, (165), Temmuz Aralık, 241-258.
- Koçak, A. (2020), Ar-Ge Harcamaları Ve Reel Efektif Döviz Kurunun G-20 Ülkelerindeki Yüksek Teknolojili Ürün İhracatı Üzerindeki Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Konuk, N. A. (2012), 1980’den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kónya, L. (2006), Exports and Growth: Granger Causality Analysis on OECD Countries with a Panel Data Approach, *Economic Modelling*, 23, 978-992.
- Korkmaz, S. (2010), Türkiye’de AR-GE Yatırımları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin VAR Modeli ile Analizi, *Journal of Yaşar University*, 5, 2.
- Kostak, P. (2021), Co2 Salınımı, Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensel İlişki: AB Ülkeleri Üzerine Bir İnceleme, Yüksek Lisans Tezi, Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Koying, C. & Young-Hsiang, Y. (2006), Economic Growth, Human Capital Investment, And Health Expenditure: A Study Of OECD Countries, *Hitotsubashi Journal Of Economics*, 47(1), 1-16.
- Köse, Z., Gültekin, H., & Meral, G. (2021), G20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, Yaşam Beklentisi ve Ekonomik Büyüme İlişki Üzerine Bir İnceleme. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 20(4), 1600-1616.
- Köstekçi, A. (2014), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu ve Özel Sektör Ortaklığının Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Köstekçi, A. (2019), Kamu Borç Yönetiminde Etkinliğin OECD Ülkelerinin Makroekonomik Performansına Etkisi, Doktora Tezi, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi SBE, Kütahya.
- Kunduracı, N. F. (2009), Yoksullukla Mücadele-Beşeri Sermaye İlişkisi, Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi, Ankara: TC Başbakanlık ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü.
- Kurtulmuş, S. (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kutlar, A. (2007), Ekonometriye Giriş, Nobel Yayınevi, 1. Basım, Ankara.
- Küçükhasar, M. (2019), Suriye Kaynaklı Göç Sonrası Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Hayat Kalitesi Üzerine Etkileri: Şanlıurfa İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Lerer LB., Lopez AD., Kjellstrom T. & Yach D. (1998), Health for all: Analyzing Health Status and Determinants, *World Health Statistics Quarterly*, 1(51), 7-20.
- Levin, A., Lin C.F. & Chu C.S.J. (2002), Unit Root Tests in Panel Data: Asymptotic and Finite-Sample Properties, *Journal of Econometrics*, 108(1), 1-24.
- Lucas, R. E. (1988), On The Mechanics of Economic Development. *Journal of Monetary Economics*, 22, 3-42.

- Mazgit, İ. (1998), Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Mazgit, İ. (2002), Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, (Hereke-Kocaeli), 405-415.
- Mehrara, M., & Mehrara, M. (2011), The Casuality Bewtween Health Expenditure and Economics Growth in Iran. *Int. J. Eco. Res.*, 2(4), 13-19.
- Mert, M. (2017), Kalkınma ve Büyüme İktisadı, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık, Ankara.
- Mucuk, M. & Alptekin, V. (2008), Türkiye’de Vergi ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: VAR Analizi (1975 - 2006), *Maliye Dergisi*, 155, 162-167.
- Muhsin, K. (2003), Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(03), 145-169.
- Musgrave, R. A. (1969), *Fiscal Systems*, London, Yale University Press.
- Mushkin, S. J. (1958), Toward a Definition of Health Economics, *Public Health Reports*, 73(9), 785-794.
- Mushkin, S. J. (1962), Health as an Investment, *Journal of Political Economy*, 70(5), 129- 157.
- Mutlu, A. (2002), Çevre Ekonomisi–Politikalar. *Uygulamalar ve Türkiye, İstanbul: Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın*, (15), 85.
- Mutlu, A. & Işık, K. (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, 1. Baskı, Ekin Yayıncılık, Bursa.
- Nakamba, P., Hanson, K., & McPake, B. (2002), Markets for Hospital Services in Zambia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 17(3), 229-247.
- Nair-Reichert , U. & Weinhold,D., (2001), Kroslararası Paneller İçin Nedensellik Testleri: Gelişmekte Olan Ülkelerde Doğrudan Yabancı Yatırımlara ve Ekonomik Büyümeye Yeni Bir Bakış, *Oxford Ekonomi ve İstatistik Bülteni*, 63(2), 153-171.
- Nargeleçekenler, M. (2011), Hisse Senedi Fiyatları ve Fiyat/Kazanç Oranı İlişkisi: Panel Verilerle Sektörel Bir Analiz. *Business and Economics Research Journal*, 2(2), 165-184.
- Newhouse, JP (1992), Tıbbi Bakım Maliyetleri: Ne Kadar Refah Kaybı?, *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), 3-21.
- Normand C. (1991), Economics, Health, and Economics of Health, *BMJ*, 303, 1572-1577.
- Odubunmi, A. S., Saka, J. O. Oke, D. M., (2012), Testing the Cointegrating Relationship between Health Care Expenditure and Economic Growth in Nigeria, *International Journal of Economics and Finance*, 4 (11), 99-107.
- Ogundipe, M. A. & Lawal, N. A., (2011), Health Expenditure and Nigerian Economic Growth, *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 30, 125-129.
- Orhaner, E. (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Özavci, M. (2019), Kamu Politikası Aracı Olarak Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ardahan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ardahan.
- Özbek, R. İ., & Kılıç, R. (2018), Sağlık ve Eğitim Hizmetleri İle Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması. *Odü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (Odüsobiad)*, 8(2), 369-391.
- Özdamar, G. (2015), Türkiye Ekonomisinde Döviz Kuru Geçiş Etkisi: ARDL Sınır Yaklaşımı Bulguları, *Akdeniz İ.İ.B.F Dergisi* (32), 66-97.
- Özel, H. A., (2012), Ekonomik Büyümenin Teorik Temelleri, Çankırı Kara Tekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1), 63-72.
- Özgüven, A. (1988), İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Özsağır, A. (2008), Düünden Bugüne Büyümenin Dinamiği. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (1), 332-347.

- Özsoy, C. (2009), Türkiye’de Eğitim ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkinin VAR Modeli ile Analizi, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 80-81.
- Öztekin, Z. (2001), Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1(39), 294-299.
- Öztürk, S., & Uçan, O. (2017), Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 139-152.
- Özyakışır, D. (2011), Beşeri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme, 6 (1), 46-71.
- Özyurt, M. (2020), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.
- Palmerio, G. (1991), *Perspectives on Economic Thought*, Dartmouth Publishing Company.
- Pedroni, P. (1999), Critical Values for Cointegration Tests in Heterogeneous Panels with Multiple Regressors, *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 61(1), 653-670.
- Penner, S. (2003), *Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, A Wolters Kluwer Company.
- Pesaran, H., Shin, Y. ve Smith, R. (2001), Bounds Testing Approaches to the Analysis of Level Relationships, *Journal of Applied Econometrics*, 16, 289-326.
- Pesaran, M. H. & Shin, Y., (1995), Long-run Structural Modelling, Unpublished Manuscript, University of Cambridge.
- Pesaran, M. H. & Shin, Y., (1999), An Autodistributed Lag Modeling Approach to Cointegration Analysis, In S. Strom (Ed), *Econometrics and Economic Theory in the 20th Century: The Ragnar Frisch Centennial Symposium* (370–413), Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pesaran, M.H. & Yamagata, T. (2008), Testing Slope Homogeneity in Large Panels, *Journal of Econometrics*, 142(1), 50-93.
- Petty, W. (1963), *A Treatise of Taxes and Contributions*, The Economic Writings of Sir William Petty içinde (der. C. H. Hull), Augustus M Kelley, New York, 1-97.
- Phelps E., C. (1963), *Perspectives in Health Economics*, Health Economics, John Wiley and Sons. Ltd., 4, 335. aktarma yapılan eser, Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 55(5), 941-973.
- Pierce, D.A. & L.D. Haugh (1977), Zamansal Sistemlerde Nedensellik: Karakterizasyonlar ve Anket, *Journal of Econometrics*, 5, 265-293.
- Pradhan, R. P. (2011), Effects of Health Spending on Economic Growth: A Time Series Approach, *Decision*, 38(2), 68-83, August.
- Prescott, N. M. (1979), Schistosomiasis and Development, *World Development*, 7(1), 1-14.
- Rebelo, S. (1991), Long-run Policy Analysis and Long-run Growth, *Journal of Political Economy* 99 (June): 500–521.
- Rombo, K. O., Sambiri, M. J., Maurice, M. ve Olala, G. O., (2014), The Role Of Government Healthcare Expenditure On Economic Growth And Development In Kenya, *Researchjournal’s Journal of Economics*, 2(5), 1-13, May.
- Romer, P. M. (1986), Increasing Returns and Long-Run Growth. *The Journal of Political Economy*, 95(5), 1002-1037.
- Romer, P. M., (1994), The Origins of Endogenous Growth, *The Journal of Economic Perspectives*, 8(1), Winter, 3-22.
- Sachs, J.D. (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Switzerland.

- Sağdıç, E. N., & Yıldız, F. (2021), Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma, *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 6(12), 14-31.
- Sağdıç, E.N. (2015), Vergi Gelirlerini Planlamak, Türkiye Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı, (2006), “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003”, TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Salman, G. (2017), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Saltık, A. (1995), Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 10(68), 38-44.
- Santerre, R. E. & Neun, S. P. (2007), Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies, Cengage Learning, US.
- Saraçoğlu, S., & Songur, M. (2017), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Avrasya Ülkeleri Örneği, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 353-372.
- Sargutan, A. E. (1993), Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2005), Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sarıgül, Ö. (2019), *Eğitim Harcamaları, Sağlık Harcamaları ve Milli Gelir İlişkisi: OECD Ülkeleri için Panel Bootstrap Modelleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Savedoff, W. D. (2004), Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. Bulletin of The World Health Organization, 82(2), 139-140.
- Saygılı Ş., & Cihan C. (2008), Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamikleri: 1987-2007 Döneminde Büyümenin Kaynakları, Temel Sorunlar ve Potansiyel Büyüme Sorunu, Tüsiad Araştırma Raporları Serisi, İstanbul.
- Sayım, F. (2011), Sağlık Piyasası ve Etik, Mkm yayıncılık, Bursa.
- Sayım, F. (2017), Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 7(15), 13-30.
- Sayım, F. (2017), Yabancı Uyraklı Göçmenler-Sığınmacılar Ve Ziyaretçiler İçin Kamu Ve Özel Hastanelerde Verilen Hizmetlerin Faturalanması Ve Muhasebe Kayıtları-Yalova Örneği, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (53), 35-54.
- Schultz, T. W., (1966), Beşeri Sermayeye Yapılan Yatırımlar, İktisadi Kalkınma Seçme Yazılar, Çeviren Fahir Gürkan, Ankara, s.414
- Selim, S., Uysal, D., & Eryiğit, P. (2014), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Serin, N. & Çakıcı, L. (1990), Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Sever, E., & İğdeli, A. (2019). Sağlık Harcamaları, Sağlık Çıktıları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 11(20), 246-259.
- Seyidoğlu, H. (2006), *İktisat Biliminin Temelleri*, Güzem Can Yayınları.
- Sims, C. (1972), Money, Income and Causality, American Economic Review, 62(4), 540-552.
- Sims, C. (1980), Makroekonomi ve Gerçeklik, Econometria, 48, Ocak, 1-49.
- Skolnik, R. (2012), Global Health 101, (2nd ed.), Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Smith, A. (1948), *Milletlerin zenginliği*, 56, Uçar Yayıncılık.
- Smith, G.T. (1987), Geleceğe Yönelik Beklentiler: Tanıtıcı Bir Genel Bakış. *SAĞLIK EKONOMİSİ*, 1.

- Somunoğlu, S. (2012), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599.
- Sönmez, T. (1994), Consistency, Monotonicity, and The Uniform Rule. *Economics Letters*, 46(3), 229-235.
- Söyük, S. (2018), Örgütsel Adalet ve İş Tatmini: Sağlık Sektöründeki Önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 435-442.
- Spence, M. & Lewis, M. (2009), Health and Growth, Washington: Commission Growth and Development.
- Stiglitz, J. E. (1994), Kamu Kesimi Ekonomisi, Çeviren: Ö.F. Batirel, Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No:59, 2. Baskı, İstanbul.
- Sümbüloğlu, K. & Akdağ, B. (2007), Regresyon Yöntemleri ve Korelasyon Analizi, Hatiboğlu Yayınevi, 1. Baskı, Ankara.
- Swamy, P. (1970), Rastgele Katsayılı Regresyon Modelinde Etkili Çıkarım, *Econometrica*, 38(2), 311-323.
- Şahin, D., & Temelli, F. (2019), OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi, *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 946-961.
- Şen, A., & Bingöl, N. (2018), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 9(1), 89-106.
- Şen, H., Kaya, A., & Alpaslan, B. (2018), Education, Health, and Economic Growth Nexus:A Bootstrap Panel Granger Causality Analysis for Developing Countries, *Sosyoekonomi*, 26(36), 125-144.
- Şenatalar, B. (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), 25-30.
- Şimşek, M., & Kadılar, C. (2010), Türkiye’de Beşeri Sermaye, İhracat ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Nedensellik Analizi, *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(1), 115-140.
- Şimşek, T. (2016), Türkiye’de Enerji Tüketimi ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin ARDL Sınır Testi ile İncelenmesi, *Journal of International Management Educational and Economics Perspectives*, 4(1), 69-78.
- Şimşir, N.C., Çondur, F., Bölükbaş M. & Alataş, S. (2015), Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(604), 43-54.
- Taban, S. (2008), İktisadi Büyüme Kavram ve Modeller, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Taban, S. & Kar, M. (2004), Kalkınma Ekonomisi, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Tarı, R. (2014), Ekonometri, Umuttepe Yayınları, 10. Baskı, İzmit.
- Taşar, İ. (2015), İçsel Büyüme Modelleri Çerçevesinde Türkiye’de Ekonomik Büyümenin Yapısal Dönüşümü, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Taşkaya, S., & Demirkıran, M. (2016), Enflasyon, Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 127-131.
- Tatoğlu F.Y., (2013), İleri Panel Veri Analizi, İkinci Baskı, Beta Basım Yayın Dağıtım, s.199, İstanbul.
- Tayyare, E. (2018), Tasarruf-Yatırım-Kurumsal Kalite İlişkisine Yönelik Bir Analiz: Türkiye Örneği, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 119-139.
- Tekgün, B. (2017), Phillips Eğrisinin Panel ARDL Analizi: Türkiye’deki Bölgeler Arası Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Tengilimoğlu, D., Işık O. & Akbolat, M., (2018), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayıncılık, 9. Basım, Ankara.
- Tıraş, H. H. (2013), Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tıraş, H. H., & Ağır, H. (2018), Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17(4), 1558-1573.
- Tokalaş, S. (2006), Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tokat M. (1994), Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 793, Eskişehir.

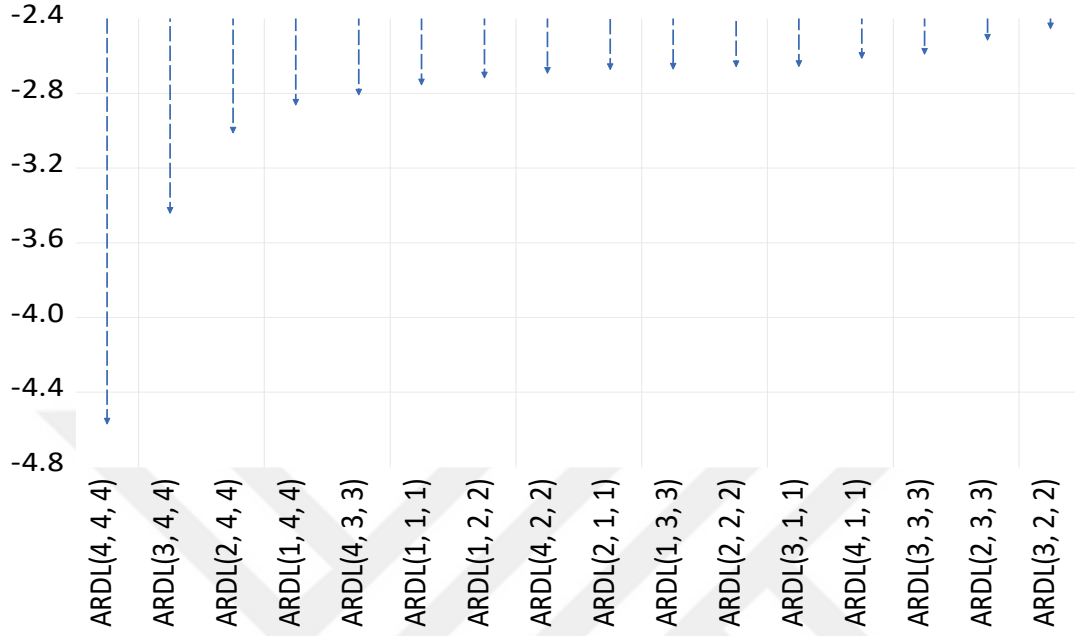
- Topcu, E., & Atasayar, Y. (2020), Sağlık Harcamaları, Sermaye Birikimi ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensel İlişki: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkeler Üzerine Bir İnceleme, *Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 276-291.
- Turan, T. (2008), İktisadi Büyüme Teorisine Giriş, Yalın Yayıncılık, İstanbul.
- TÜİK (2017), www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi:05.05.2021).
- Uçan, O., & Atay, S. (2016), Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, *Omer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 215-222.
- Ulutürk, S. (2015), Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(603), 47-63.
- Uz, H. (1998), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul, Yüce Yayın, s.91-110.
- Uzunoğlu, S., & Sönmezler, G. (2013), Ekonomiye giriş, 1. Basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Ünsal, E. (2014), Mikro İktisat, İmaj Yayıncılık, Ankara.
- Ünsal, E. M., (2013), Makro İktisat, Genişletilmiş 10. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara.
- Van Dine, D. L. (1916), The Relation of Malaria to Crop Production, *The Scientific Monthly*, 3(5), 431-439.
- Werblow, A., Felder, S. ve Zweifel, P. (2007). Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of 'Red Herrings'? *Health Economics*, 16(10), 1109- 1126.
- Wong, I. O.L., Lindner, M. J., Cowling, B. J., Lau, E. H.Y., Lau, V. L. S, & Leung, G. M. (2010), Measuring Moral Hazard and Adverse Selection by Propensity Scoring in the Mixed Health Care Economy of Hong Kong, *Health Policy*, 95 (1), 24-35.
- Woodhall, M. (1987), Human Capital Concepts. (Edited by George PSACHAROPOULOS), Economics of Education Research and Studies, Advances in Education, Pergamon Pres, The World Bank, Washington, DC, USA.
- World Bank (1993), World Development Report: Investing in Health, Oxford University Press, New York.
- World Health Organization (WHO) (Haziran 2016), National Health Accounts, 2014 GHO | By country | Turkey - statistics summary (2002 - present) (who.int) (Erişim Tarihi: 06.05.2021).
- Xu, K., Saksena, P. & Holly, A., (2011), The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis, A Working Paper of the Results for Development Institute (R4D), World Health Organization, December.
- Yanar, Y. (2011), Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Yang, Z., Norton, E.C. & Stearns, S.C. (2003). Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 2- 10.
- Yanpar, A. (2007), Gelişmekte Olan Ülkelerde Büyüme Yönelimli Vergi Politikası, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yar, C. E., Çulha, E. D., & Atilla, E. A. (2019), Sağlık Sistemi Kapasite Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 281-304.
- Yardımcı, S. (2006), İçsel Büyüme Modelleri ve Türkiye Ekonomisinde Büyümenin Dinamikleri, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (1), 96-114.
- Yardımcıoğlu, F. (2012), OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 27-47.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. & Karaca, Z. (2012), Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma, *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.
- Yıldırım, H. H. (2000), Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejiler, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi.

- Yıldırım, K. (2000), Ekonomik Büyüme İktisat Teorisi, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Yıldırım, S. (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maaliyet Analizi*, Doctoral dissertation, DPT.
- Yıldırım, Z., & Cebeci, A. (2021), Gelişmiş Ülkelerde Kamusal Sağlık Harcamaları ve Sermaye Birikimi İlişkisi: Panel Eşbütünleşme Analizi, *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 16(62), 982-1004.
- Yıldız, B., & Yıldız, G. (2018), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Avrupa Ve Merkez Asya Ülkeleri Örneği. *Maliye Dergisi*, 174, 203-218.
- Yılmaz, Ö. G. (2005), Türkiye Ekonomisinde Büyüme İle İşsizlik Oranları Arasındaki Nedensellik İlişkisi, *Istanbul University Econometrics and Statistics e-Journal*, (2), 63-76.
- Yılmaz, S. (2012), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yumuşak İ.G. (2008), Beşeri Sermayenin İktisadi Önemi ve Türkiye'nin Beşeri Sermaye Potansiyeli. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 55, 3-48.
- Yumuşak, İ. G., & Yıldırım, D. Ç. (2009), Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57-70.
- Zengin, G., & Özkan, G. (2018), Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Panel Veri Analizi (2000-2015), *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 365-380.

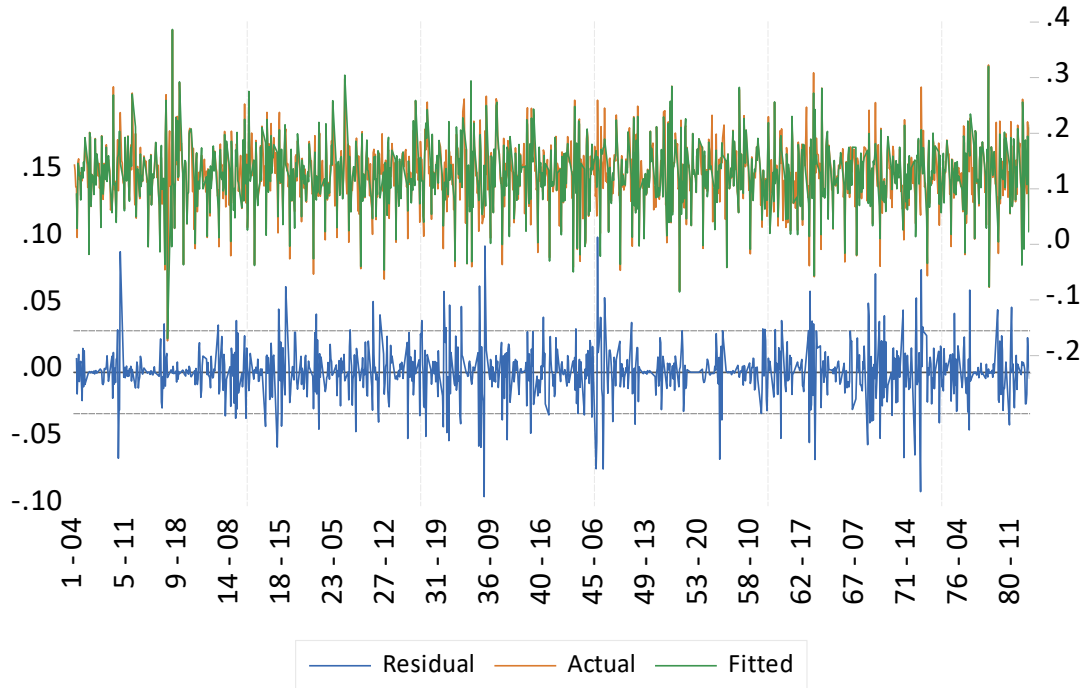
EKLER

Ek 1: ARDL Modeline Ait Gecikme Uzunluğu Belirleme İşlemi Sonuçları

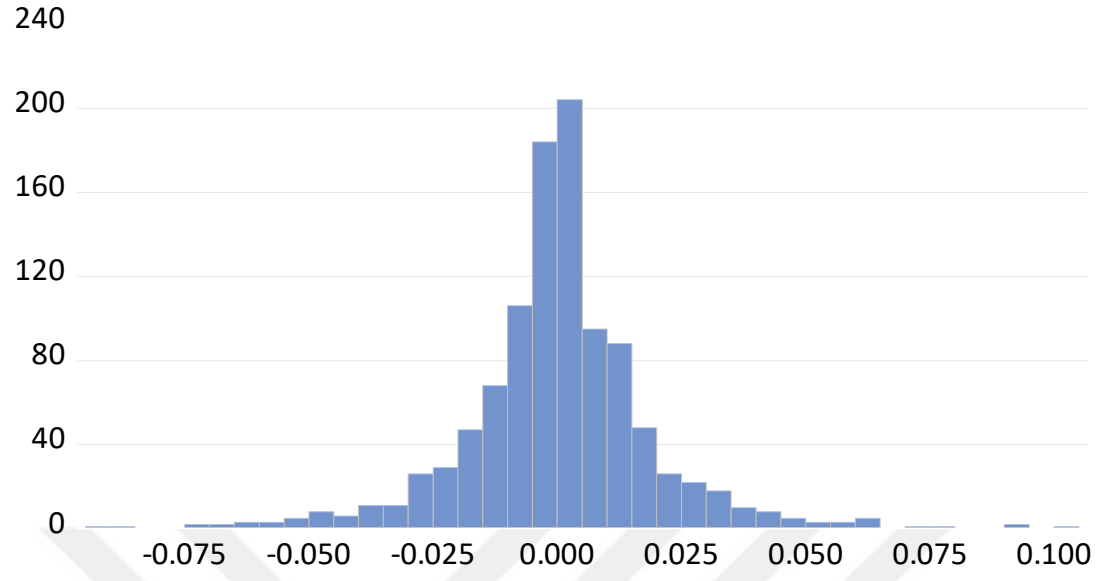
Akaike Information Criteria



Ek 2: ARDL Analizine Ait Atıkların İstikrarı Grafiği



Ek 3: Atıkların Normality Grafiği



Atıkların normal dağılıma uyduğu görölmektedir.