

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANABİLİM DALI**



**SAĞLIK HARCAMALARI VE
EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğ. Üy. İzzet TAŞAR

HAZIRLAYAN

Hilal ÖNER

2018

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

HAZIRLAYAN

Dr. Öğ. Üy. İzzet TAŞAR

Hilal ÖNER

Jürimiz, 20.07.2018 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonunda bu yüksek lisans / doktora tezini oy birliği / oy çokluğu ile başarılı saymıştır.

Jüri Üyeleri:

1. Prof. Dr. Kerem PEKİŞİ 
2. Doç. Dr. Tayfur BAYAT 
3. Dr. Öğ. Üy. İzzet TAŞAR 
- 4.
- 5.

F. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ömer Osman UMAR

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖZET**Yüksek lisans Tezi****Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi****Hilal ÖNER****Fırat Üniversitesi****Sosyal Bilimler Enstitüsü****İktisat Anabilim Dalı****ELAZIĞ – 2018, Sayfa: XIII+126**

Ekonomik büyüme ve gelişme için gerekli olan sağlık harcamaları, ülkelerin kalkınma düzeylerine göre farklılık göstermiştir. Yüksek ekonomik kalkınmaya sahip ülkeler de yüksek düzeyde sağlık ve eğitime sahiptir. Ekonomik büyüme ve gelişme ile toplumun sağlık ve ekonomik seviyesi artarken, diğer yandan bu niteliklere sahip insanlar ekonomik kalkınma için önemli bir girdi oluşturmuştur. Bu nedenle, Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümesinin seyrinin etkilerini inceleyen bu çalışma, konu anlamak açısından önemlidir. Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür.

Sağlık hizmeti; kişilerin ya da toplumun bedensel- ruhsal ve sosyal açıdan tam iyi olması için yapılan tüm faaliyetlerdir. Ortalama yaşam düzeyinin artırılması ve ölüm oranının azaltılması toplumsal gelişme ve ekonomik büyüme için gerekli bir husustur. Bu doğrultuda sağlık harcamalarının sosyal devlet uygulamalarında hakkaniyetle ve özen gösterilerek yapılması; sağlık çıktılarını iyileştirecek ve beşeri sermayenin niteliğini artıracaktır. Üretim faktörlerinden insan gücü, günümüz toplumlarında ekonomik başarıyı getiren ve bu nedenle ekonomik yatırım yapılması gerekliliğini ön plana çıkaran önemli bir unsurdur. Bu nedenle insan sağlığı ile ekonomi arasında bağ önem kazanmıştır. Böylece iş gücü verimliliği sağlamak için yapılan sağlık harcamaları bir yatırım olarak görülmekte ve sağlık harcamalarının ekonomiye yük getirmeden yapılması gereken yatırımlar şekline dönüşmesi beklenmiştir.

Bu çalışmada 2012-2017 yılı yapılan sağlık harcamalarının Türkiye’deki ekonomik büyüme üzerindeki etkileri incelenmiştir. Ekonomik büyüme üzerinde önemli bir etkisi olan insan sermayesinin gelişmesine katkıda bulunan en önemli faktörlerden biri sağlıktır; çünkü insan sağlığının yetersiz olması, insan sermayesinin ana kaynağı olan eğitimin kalitesini engellemiştir. Ekonomik büyümeyi sağlayan beşeri kaynaklar; bir ülkenin nüfusunun niteliği göre eğitim ve sağlık harcamalarının artırılması ile ekonomik büyümeye katkı sağlar.

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini anlamak için ele alınması gereken bir diğer konu da sağlık harcamasıdır. Sağlık harcamaları, ülkelerin en önemli kalkınma göstergeleri olarak kabul edilmiştir. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, ülkelerin kalkınma düzeyine göre de artmıştır.

Araştırma sonucu, kısa ve uzun dönemde sağlık sektörü ve ekonomik büyüme arasında tek yönlü nedenselliğin olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Ekonomik büyüme, GSYİH, Birim kk analizi

SUMMARY**Master Thesis****The Impact on Health Expenditures and Economic Growth****Hilal ÖNER****Firat University****Social Sciences Institute****Department of Business Administration****ELAZIĞ - 2018, Page: XIII+126**

The health expenditures required for economic growth and development vary according to the level of development of the countries. Countries with high economic development also have a high level of health and education. While economic growth and development and the health and economic level of the society are increasing, people with these qualities constitute an important input for economic development. Therefore, this course of studies examining the effects of the economic growth of health spending in Turkey, is important to understand the issues. The state is obliged to ensure that everyone can live in physical and mental health and receive medical care.

Health care; all activities carried out in order to ensure that the persons or the community are in good physical, mental and social terms. Increasing the average level of life and decreasing the mortality rate are necessary for social development and economic growth. In this respect, health expenditures should be made with due diligence and care in social state practices; improve health outcomes and increase the quality of human capital. From the production factors, human power is an important element that brings economic success to today's societies and thus necessitates economic investment. For this reason, the link between human health and economy has gained importance. Thus, the health expenditures made to achieve labor productivity are considered as an investment, and the health expenditures are expected to be transformed into the investments that need to be done without bringing the economic burden.

In this study year of 2012-2017 health spending their impact on economic growth in Turkey it was examined. One of the most important factors contributing to the

development of human capital, which is an important effect on economic growth, is health; Because the inadequacy of human health will prevent the quality of education which is the main source of human capital. Human resources for economic growth; contributes to economic growth by increasing education and health expenditures according to the quality of an individual's population.

Another issue that needs to be addressed in order to understand the causality relationship between health spending and economic growth is health spending. Health expenditures are considered as the most important development indicators of the countries. The share of health expenditures in the GNP also increases according to the level of development of the countries.

The researcher has shown that there is a double-sided causality between the health sector and economic growth in the short and long term period.

Key Words: Health Expenditures, Economic Growth, GDP, Unit root analysis

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	I
ÖZET	II
SUMMARY	IV
İÇİNDEKİLER	VI
TABLOLAR LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
ÖNSÖZ	XII
KISALTMALAR	XIII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	3
1.1. Sağlık Kapsamı	3
1.1.1. Yarı Kamusal ve Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık	4
1.1.2. Sağlık Sektörleri	4
1.1.3. Sağlık Düzeyini Sınırlayan Ölçütler: Ortalama Yaşam Düzeyi, Ölüm Oranı	5
1.2. Sağlık Hizmetleri	5
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
1.2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	7
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	8
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	9
1.2.5. Sağlık Finansmanı	11
1.2.5.1. Sağlık Finansmanı Kavramı	11
1.2.5.2. Sağlık Finansmanının Amaçları	12
1.2.5.3. Finansman Kaynakları	12

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI	15
2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Özellikleri	15
2.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Gelişimi	16

2.3. Sağlık Ekonomisi Açısından Ekonomik Değerlendirme ve Yöntemleri.....	17
2.4. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Analizi.....	20
2.4.1. Sağlık Ekonomisinde Talep Analizi.....	21
2.4.2. Sağlık Ekonomisinde Arz Analizi.....	22
2.5. Sağlık Harcamaları.....	23
2.6. Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleme Yaklaşımları.....	23
2.7. Sağlık Harcamalarının Önemi.....	24
2.8. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	24
2.9. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri.....	25
2.9.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı.....	25
2.9.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları.....	26
2.9.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	26
2.9.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	27
2.9.4.1. Özel finansman yöntemleri.....	27
2.9.4.2. Kamusal nitelikli finansman kaynakları.....	30
2.9.4.3. Fonların Havuzlanması.....	31
2.9.4.4. Hizmet Sağlayıcılara Ödeme.....	32

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME	33
3.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı ve Kaynakları.....	33
3.1.1. Ekonomik Büyüme.....	34
3.1.2. Ekonomik Büyüme Türleri.....	35
3.1.2.1. Sopantane Büyüme.....	35
3.1.2.2. Organizeli Büyüme.....	35
3.1.2.3. Açık Büyüme.....	36
3.1.2.4. Kapalı Büyüme.....	36
3.1.2.5. Durgun Büyüme.....	36
3.1.2.6. Dengeli Büyüme.....	36
3.1.2.7. Dengesiz Büyüme.....	37
3.1.2. Büyümenin Kaynakları.....	37
3.1.2.1. İnsan Kaynakları.....	39
3.1.2.2. Sermaye Birikimi.....	40

3.1.2.3. Doğal Kaynakları	41
3.1.2.4. Teknolojik gelişme	42
3.2. Ekonomik Büyüme Modelleri	42
3.2.1. Klasik Ekol Öncesi Büyüme Modelleri	43
3.2.1.1. T. Malthus'un Büyüme Görüşleri	43
3.2.1.2. Marksist Büyüme Modeli	44
3.2.1.3. Merkantalist Akım	46
3.2.1.4. Fizyokrasi Akımı	49
3.2.2. Klasiklerin Büyüme Teorileri	50
3.2.2.1. Adam Smith'in Büyüme Teorisi	51
3.2.2.2. D. Ricardo'nun Büyüme Görüşleri	53
3.2.3. Modern Büyüme Teorileri	54
3.2.3.1. Harrod –Domar Büyüme Modeli	54
3.2.3.2. Neoklasik (Solow) Büyüme Modeli	55
3.2.3.3. Neo-Klasik Büyüme Modeli	56
3.2.4. İçsel Büyüme Teorileri	57
3.3. İşletmelerde Büyüme	
3.4. Sağlık Ekonomisi Büyüme İlişkisi	59
3.5. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri	65

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK HARCAMALARI, EKONOMİK BÜYÜME VE NEDENSELLİK ANALİZİ

4.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	67
4.2. Sağlığın KBDGSYİH'yi Etkileme Mekanizmaları	70
4.3. Türkiye'de Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı	72
4.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	73
4.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları	76
4.3.3. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Olası Etmenler	78

BEŞİNCİ BÖLÜM.....

5. LİTERATÜR İNCELEMESİ VE EKOMETRİK ANALİZ

5.1. Literatür Taraması	83
5.2. Veri Seti	93

5.3. Metodoloji.....	93
5.3.1. Granger Nedensellik Testi Aşamaları	93
5.3.2. Değişkenlerin Tanımlanması.....	96
5.3.3. Granger Nedensellik Testi	97
5.3.4. VAR Modelinin kurulması	97
5.3.5. Değişkenlere ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	99
5.3.6. Geleneksel Birim Kök testleri: ADF (Augmented Dickey-Fuller)	100
5.3.7. Johansen Eş bütünleşme	101
5.3.8. Pantula Presnsibi (Hata düzeltme Modeli);.....	101
5.3.9. Granger Yaklaşımı.....	102
SONUÇ VE ÖNERİLER	105
KAYNAKLAR	109
EKLER	125
Ek 1: Benzerlik Rapor	125
ÖZGEÇMİŞ	126

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. 2012 -2016 yılları kamu ve özel sektör toplam sağlık giderleri	71
Tablo 4.2. 2010-2016 yılları Toplam Sağlık harcamaları GSMH oranı	71
Tablo 5.1. 2012-2017 yıllara sağlık harcamaları ve GSYH.....	96
Tablo 5.2. Uygun gecikme uzunluğunu belirlenmesi	99
Tablo 5.3. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikler.....	99
Tablo 5.4. ADF(1981) Birim Kök testi Sonuçları.....	100
Tablo 5.5. Pantula Presnsibi (Hata düzeltme Modeli)	101
Tablo 5.6. Birim Kök Test Sonuçları	102
Tablo 5.7. Nedenselliğin Yönü ve olasılık tablosu	103

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
Şekil 3.1. Bilgi Ekonomisinde Büyümeyi Etkileyen Unsurlar	39
Şekil 5.1. Değişkenlerin yıllar içindeki seyirleri	97



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın araştırılmasında, hazırlanmasında çok değerli katkılarını gördüğün Tez danışmanın Dr. Öğ. Üy. İzzet TAŞAR'a, Dr.Öğ.Üy. Yunus GÜLCÜ'ye Analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen Arş. Gör. Esmâ GÜLTEKİN'e ve tüm bölüm hocalarıma,

Bugünlere gelmemde maddi ve manevi desteklerini hep üzerimde hissettiği babam Kamil ÖNER'e, annem Hatice ÖNER'e, Kardeşlerim Başak ve Fatih ÖNER'e teşekkürlerimi sunarım.



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADF	: (Augmented Dickey-Fuller) birim kök analizi
ADF	: Birim Kök testi
ATY	: Arz talebi
CPSH	: Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
NHS	: Ulusal Sağlık Hesapları
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
TCMB	: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası
THHA	: Türkiye Hanehalkı Araştırma Anketi
TSH	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Harcamaları
TSİHA	: Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USH	: Ulusal Sağlık Hesapları
VAR	: Vektör Otoregresif Modeller
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Çalışmanın Amacı;

Bu çalışmada 2012-2017 yılları arası Türkiye'deki sağlık harcamalarının Türkiye'nin ekonomik büyümeye etkilerini belirlemek için yapılmıştır. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki analiz edilerek, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisinin yönünü belirlemek, amaçlanmıştır

Çalışmanın Önemi:

Ekonomik kalkınma bir göstergesi olan sağlık harcamaları, ülkelerin kalkınma düzeylerine göre farklılaşma göstermiştir. Yüksek ekonomik kalkınmaya sahip ülkeler de yüksek düzeyde sağlık ve eğitime harcamalarına sahiptir. Ekonomik kalkınma ile toplumun sağlık seviyesi artarken, diğer yandan bu niteliklere sahip insanlar ekonomik kalkınma için önemli bir girdi oluşturmuştur.. Bu nedenle, Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümesinin seyrinin etkilerini inceleyen bu çalışma, konuyu anlamak açısından önemlidir.

Şüphesiz sağlık; fertler ve toplumların yaşam kalitesini belirlemede ve belirlemede önemli bir etkidir. Benzer şekilde, sağlık harcamaları, ülkelerin kalkınma düzeyini belirlemek için sıklıkla kullanılan kavramlardan biridir. Ancak, üretim ve kişi başına düşen gelir olarak ifade edilen ekonomik büyüme, 1990'ların başından bu yana hızlanmıştır.

Ekonomik büyüme üzerinde önemli bir etkisi olan insan sermayesinin gelişmesine katkıda bulunan en önemli faktörlerden biri sağlıktır; Çünkü insan sağlığının yetersiz olması, insan sermayesinin ana kaynağı olan eğitimin kalitesini engellemiştir.

Bu bağlamda, dünyanın geri kalanında olduğu gibi Türkiye'de de sağlık harcamalarının yıllara göre arttığı görülmüştür. Öyle ki; Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması, 1975 yılında 45 \$ 'dan 2016 yılında 1150 \$ 'a yükselmiştir. Ancak, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında, 2016 verilerine göre Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamaları en düşük seviyeli ülke olarak görünmüştür. Taşkaya ve Demirkıran, 2016: 127). Bu nedenle, toplumun sağlık düzeyini en üst düzeyde tutmak, insanların tam bir

fiziksel ve zihinsel esenlik halinde olmalarını sağlamak için sosyal devlet anlayışının bir gerekliliğidir; Türkiyede bir takım önlemler alınmıştır. 2003 yılında sunulan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, bu anlamda eşitliği sağlamayı, verimliliği artırmayı ve hasta memnuniyetini artırmayı hedeflemiştir.

Ekonomik büyümenin kişi başına kamu sağlığı harcamaları ve özel sağlık harcamaları üzerindeki etkileri araştırılacak ve bu nedenle günlük kamu ve özel sektör verimlilik notlarının uygulanacağı 1980 yılından itibaren varyans ayrıştırması ve etki-tepki analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu yolla, halihazırda uygulanan ya da destekleyici bir şekilde bir politika önerisi şeklinde çıkarımlarda bulunulması ana tema olacaktır.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bunun yanı sıra sağlık, canlı bir organizmanın işlevsel ve metabolik halidir. İnsanların çevrelerindeki gerçekleşen her türlü değişime uyum sağlaması ve yönetmesi şeklinde de değerlendirilmiştir. (<https://basriyildiz.com>. Dünya Sağlık Örgütü)

Sağlık kavramını temel insan hakkı olarak kabul eden Ottawa Sözleşmesi; huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımı gibi ön şartları sosyal-ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki bağlantılara bağlamıştır. (Sağlık Bakanlığı, No: 814: 1)

Sağlık kavramının varlığı, önemi gereği anayasalarımızda güvence altına alınmıştır. 1961 Anayasasında Madde 49da:

‘Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alınmıştır.’ (Anayasa Madde: 61)

1982 Anayasasında sağlık hakkı daha kapsamlı belirtilerek; sağlık hakkı devlet ve vatandaşın ödevi olarak belirtilip, bu hakkın ne şekilde sağlanacağı ve gerekirse kanunla genel sağlık sigortaları kurulabileceği 56. Madde de şu şekilde belirtilmiştir:

‘Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından

yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.’(Anayasa Madde: 82)

İnsan yaşantısı için en önemli haklardan biri olan sağlık hakkı; korunması ve bu hususta gerekli değerin verilmesi için bir takım harcamalara gereksinim duymuştur. Bu bağlamda sağlık harcaması; genel olarak sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar olarak tanımlanabilir. Sağlık için gerekli olan mal tüketimini ve sağlık kazanımını sağlayan faaliyetlerin üretimini sağlayan tüm harcamalar da sağlık harcamalarıdır. Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, sağlıklı bir toplum yapısı ile mümkündür. Sağlıklı toplum nüfusunun varlığı sağlık harcamalarının etkin kullanımı ve dolayısıyla sağlık harcaması-ekonomik büyüme dengesi ile mümkündür. (Taşkın, 2011: 78)

1.1.1. Yarı Kamusal ve Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık

Yarı kamusal mal; bölünebilme ve fiyatlandırılması mümkün olan, hem içsel hem dışsal fayda oluşturabilen, dış fayda ve kayıpları ölçmenin mümkün olmadığı ve piyasa (özel sektör) tarafından üretilmesi mümkün olduğu halde sahip olduğu pozitif dışsallıklar nedeniyle devlet tarafından da üretilerek desteklenme sağlanan mal türüdür. Yarı kamusal mal türü olarak sağlık için, hem bireye hem de topluma yarar sağladığını söylemek mümkündür. (www.kpssaladersleri.com/..kamu-kesiminde-uretilen-mal-ve-hizmet-cesitleri)

Küresel kamusal mal olarak sağlık küresel ve kamusal olarak iki boyutta incelenebilir. Küresel boyutta yayılma alanı (yerel, ulusal ve bölgesel) geniştir ve bunun sonucu olarak faydaların yayılması evrensel çıktılar oluşturur. Kamusal boyutta tüketimde rekabet yoktur ve tüketimden mahrum bırakma söz konusu değildir. Küresel kamusal mal olan sağlık hizmeti; bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile sosyal ve ekonomik olumsuzlukları engelleyen özel, kamusal ve kendine has dışsallıklara sahip bir mal türüdür (Kılıç, 2017: 5).

1.1.2. Sağlık Sektörleri

Bireyler hastalık belirtisi gösterdiklerinde doğrudan sağlık kuruluşlarına başvurmamıştır. Çünkü bireyler aile, arkadaş vs. genel çevreden ve geleneksel

iyileştiricilerden yardım almıştır. Böylece sağlık hizmetinin sunumunda 3 sektör oluşmuştur. Bunlardan ilki olan popüler sektör; eğitim alarak bir uzmanlığa erişmemiş, yalnızca deneyimlerine güvendiğimiz kişilerden oluşur. Dünya sağlık örgütü sağlık hizmetlerinin büyük kısmının karşılandığı sektörün popüler sektör olduğunu belirtmiştir.

Aynı şekilde eğitim almadan toplum nezdinde uzman gibi varsayılan kırık-çıkıkçılar, dişçiler, bel çekenler vs. resmi makamlarca onay görmeyen folk sektörü oluşturmuştur.. Son Sektör olarak sağlık sektörünün resmi makamlarca onay gören sektörü profesyonel sektör; eğitim alan ve ilgili alanlarda uzmanlaşan sağlık çalışanlarının olduğu kütleyi temsil eder. Sağlıkla ilgili kaynak ve harcama konusu incelenirken profesyonel sektör sadece söz konusu olurken, diğer iki sektörün de kaynak ve harcamalarının varlığı unutulmamalıdır. (Koca, 2015: 6-7).

1.1.3. Sağlık Düzeyini Sınırlayan Ölçütler: Ortalama Yaşam Düzeyi, Ölüm Oranı

Bir ülkede ölüm oranı ve bunun dağılımı ölümler ve ilgili toplumdaki etkilerini gözlemek açısından önemli bilgileri barındırmıştır. Mesela; çevresel faktörlerden ekonomik çevrenin etkisi ile yeterli beslenme düzeyine ulaşamayan kişiler, beslenme sorunu ve ölüme varan sonuçlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle bireyin sahip olması gereken sağlık ölçütleri ile sağlık düzeyi ve karşılaşılan sağlık problemleri tespiti yapılarak; gerekli sağlık yatırımları ve harcamaları yapılmıştır. (Ayhan, 2004: 6-7)

Ortalama yaşam düzeyinin artırılması ve ölüm oranının azaltılması toplumsal gelişme ve ekonomik büyüme için gerekli bir husustur. Bu amaçla sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi ve sağlık çıktılarının daha iyi bir düzeye ulaştırılması gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık harcamalarının sosyal devlet uygulamalarında hakkaniyetle ve özen gösterilerek yapılması; sağlık çıktılarını iyileştirecek ve beşeri sermayenin niteliğini artıracaktır. (Tüylüoğlu ve Tekin 2009: 21)

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti; kişilerin ya da toplumun bedensel- ruhsal ve sosyal açıdan tam iyi olması için yapılan tüm faaliyetlerdir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde sağlık hizmetlerinden faydalanmanın hak olduğu ve bu maksatla düzenlenen 12.01.1961

tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda sağlık hizmetlerinin tanımı şu şekilde yapılmıştır: ‘İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların iş alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir’. (www.saglik.gov.tr)

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi gibi birtakım hizmet sınıflandırılması ile faaliyet amacının nedeni ve işlevi hakkında bilgiler vermiştir.

1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyi ve çevreye yönelik olarak yapılan koruyucu sağlık hizmetleri; bireyi ve toplumu bilinçlendirerek, hastalıkları önleme hizmetidir. Bireye yönelik olarak yapılan koruyucu sağlık hizmetlerinde; bireyin hastalıktan korunması birincil koruma, hastalık belirtilerinde erken teşhisle hızlı tedavi yolu ikincil koruma ve son olarak hastalıkların olumsuz sonuçlarını azaltmak gibi hizmetler üçüncül koruma olarak adlandırılan koruyucu sağlık hizmetidir. Çevrenin insan sağlığına elverişli hale getirilmesi ve olumsuz koşulların yok edilmesi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetidir. Aile planlaması, beslenme eğitimi verilmesi ve çevre hijyeni gibi hizmetler koruyucu sağlık hizmetidir. (www.dersimiz.com/ders../Saglik-Hizmetleri-ve-Yararlanma-Yollari-Saglik-Bilg. Sağlık Hizmetleri ve Yararlanma Yolları (Sağlık Bilgisi))

1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyler bir hastalık anlarında sağlık kurumlarına başvurmaları, yani hastalığın ortaya çıktığı andaki talep edilen sağlık hizmeti tedavi edici sağlık hizmetidir. Tedavi edici sağlık hizmeti üç kısma ayrılmıştır:

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Toplum sağlığı ve aile hekimliği hizmet türlerinin verilmesidir. Bu hizmetlerle hasta ayakta yada evde tedavi edilmiştir.
- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların devlet ve özel gibi hastanelerde yatırılarak tedavi altına alınmasıdır.

- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların tedavisi için daha özel donanımın ve uzman sağlık personelin mevcut olduğu sağlık kurumlarından alınan hizmet türleridir. Doğumevleri, jinekoloji, kanser (onkoloji), verem, ruh ve sinir hastaneleri ve çocuk hastalıkları hastanesi üçüncü basamak tedavi hizmetinin alındığı hastanelerdir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde bireysel fayda ön plandadır ve toplumun diğer üyelerine buluşma tehlikesini azalttığı ölçüde de dışsal fayda oluşturmuştur.. Devlet verdiği tedavi edici hizmetle elde ettiği toplam fayda; bölünebilir bireysel fayda ve topluma sağlanan bölünemez dışsal faydanın birleşiminden oluşmuştur. (Akdağ, 2012:17-18)

1.2.1.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri bireylerin kaza yada hastalık sonucunda hasar gören fiziksel ve ruhsal işlevsel bozukluklarına destek olma çabasıdır. Doğuştan ve kaza sonucundaki sakatlanmalarda hareket kabiliyeti sağlama, engelli bireylerin sosyalleştirilmesi, ruhsal bozuklukların tedavi edilmesi ve yaşlılık vb. gibi koşullarda alınan tüm hizmetleri kapsar. Söz konusu tüm koşullardaki kısıtlılık durumlarına bireylerin ve ailelerinin uyumlaştırılması amaç edinilmiştir. (Yazgan, 2009: 34)

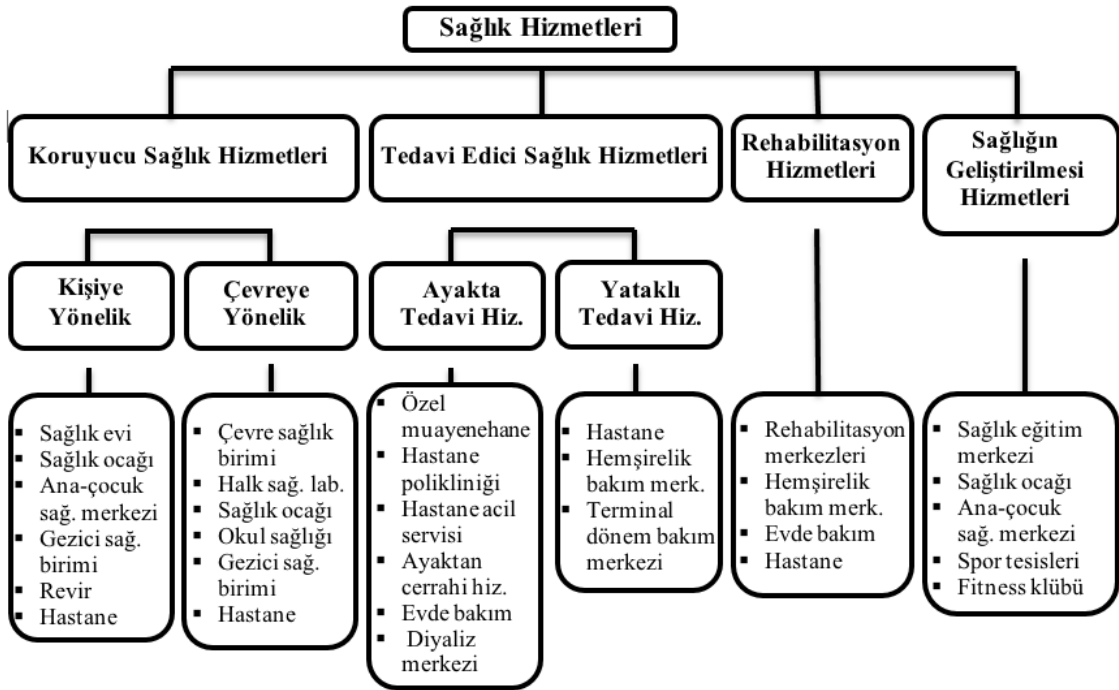
Rehabilitate edici sağlık hizmetleri; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki şekilde verilmiştir. Tıbbi rehabilitasyonda protez, gözlük, işitme cihazları, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi ekipmanlarla kalıcı bozuklukların giderilmesi sağlanır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri bu hizmetlerin verildiği kuruluşlardır. Sosyal rehabilitasyonda ise çeşitli pedagojik destek programları ile kişiye becerilerine uygun iş yapma, toplumsal uyumu kazanma ve yakınlarının acılarını dindirme hizmeti verilmiştir. (Arısoy, 2017: 27-28)

1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Halkı sağlığını iyi bir düzeye getirmek ve halkı bilinçli kılmak için faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlarda sağlık hizmeti sınıflandırmasında yer almıştır. Sağlığın gelişimini bireysel ödev olarak bireylerin benimseyip; eğitim verilen kurumlarda bunları öğrenip, uygulamak ve çevresine destek vermek sağlık hizmetlerini geliştirir. Sağlık

hizmetinin geliştirilmesine hizmet eden kurum ve kuruluşlar; sağlık eğitim merkezleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve sağlık ocakları vs. olarak sıralayabiliriz (Pirhan, 2014; 9).

Şekil 1.1’de sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması bir tablo olarak gösterilmiştir. Bu tabloda yapılan sınıflandırmada; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlere ilaveten Dünya Sağlık Örgütü’nün önem verdiği sağlığın geliştirilmesi hizmeti de sınıflandırma da yer almıştır.



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Kavuncubaşı, 2000:34)

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

İnsanın yaşama, öğrenme ve iş yapma gibi yaşamsal faaliyetleri için en temel hakları arasında yer alan sağlık hakkını önem verilmesi ve bu amaçla sağlık hizmet sunumunun etkin, doğru ve kaliteli yapılması gerekmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu; insanların sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesinde ikamesi olmayan sağlığı bireylere kazandırır, korunumuna yardımcı olur, bireylerin yaşam kalitesi-mutluluk bütünlüğünü oluşturur ve devletin ekonomik büyüme seviyesini belirleyen bir saha olarak büyük önem taşımaktadır (Ekinci, 2015; 6).

Sağlık hizmet sunumu üç başlık altında incelenebilir:

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmeti:** Sağlık hizmeti hastaneye yatışın gerekmediği, ayakta ya da evde tedavinin yeterli olduğu durumlarda alınan hizmet sunumudur. Birinci basamak sağlık hizmeti yeterli olmadığı durumlarda doktorun onayıyla bir üst basamaktan hizmet alır.
- **İkinci Basamak Sağlık Hizmeti:** Hastaların yatış yaparak sağlık kurumundan hizmet alması gerektiği hususlar kamu ve özel hastanelerin yataklı alanlarında hizmet almalarıdır.
- **Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti:** Hastalıkların tedavisi için özel dallara yönelik hizmet veren yüksek teknolojik sağlık hizmet sunumudur. Üniversite hastaneleri; araştırmalar yaparak ve teknolojiyi takip ederek özel dal merkezleri kurmaktadır. İhtisas gerektiren üçüncü basamak hizmet sunumu; onkoloji merkezleri, göğüs hastalıkları hastanesi ve göz hastaneleri gibi kurumlarda verilmiştir. (Gök, 2012: 12-13)

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplumun sağlık koşullarını iyileştiren sağlık hizmetleri; tüm toplumu ilgilendiren ve sağlamış olduğu fayda diğer mal/hizmetlerden alınan faydadan çok farklı olan bir hizmet türüdür. Örneğin; devlet yoksul insanlara sağlık hizmeti sağlayarak hem bireyleri hem de tüm toplumu önemser. Çünkü elde edilen bireysel fayda; diğer bireylerin hastalanmalarını önleyerek sağlığını da korur. Anlaşılacağı üzere sağlık ve sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerinden yapısı, piyasası ve kullanılan girdiye göre çıktıları farklılaşan bir hizmet türüdür. Başlıca özellikleri şu şekilde ifade edilebilir:

- **Yarı kamusal mal olma özelliği:** Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri; direk faydası olmadığından fiyatlanamayan, pazarlanamayan, toplumun tamamına sunulan ve dışlamanın söz konusu olmadığı tam kamusal mal özelliği taşımaktadır ve bu nedenle devletin hizmet sağlama görevinin zorunlu olduğu bir sahadır. Bunun yanısıra tedavi edici sağlık hizmetleri; hizmeti tüketene bireysel ve topluma dışsal fayda sağladığı, fiyatlama-pazarlamanın ve tüketimden dışlamanın mevcut olduğu hizmet türüdür. Yarı

kamusal mal olarak sağlık özel ve kamu hizmet kuruluşları tarafından sunulur. (Karagöz, 2015; 13-14).

- **Dışsallık Özelliği:** Yüksel yapmış olduğu literatür taraması sonucu dışsallık tanımlamalarından özetle bir tanımlamaya ulaşmıştır: “Bir ekonomik birimin (alıcı veya satıcı) gerçekleştirdiği ekonomik faaliyet (üretim veya tüketim) sonucunda, başka ekonomik birimlerin bundan olumlu veya olumsuz etkilenmesine dışsallıklar denir”. (Yüksel, 2006: 20) Bu tanımlamadan hareketle sağlıktan elde edilen toplumsal marjinal fayda bireysel marjinal faydadan daha yüksek olduğundan dolayı, devletin zorunlu hizmet sunum desteğinin ön koşul olduğu dışsallıklar mevcuttur. Devletin aşılama, bulaşıcı hastalık önleme, anne-bebek sağlığını önemseyen önleyici/koruyucu hizmetler ve sağlık eğitimi verme hususları sağlık hizmetinin dışsallık özelliğinden kaynaklanmıştır.
- **Belirsizlik Durumu:** Sağlık hizmetinin talebinde ve arzında belirsizlik söz konusudur. Bireyler ne zaman sağlık hizmeti talebine ihtiyaç duyacaklarını belirleyemezler. Sağlık hizmet talebi oluştuğunda ise; arz edilecek hizmetin türü, süresi, kapsamı, kalitesi ve fiyatı belirlenemez. Hizmet sağlayıcı (hekim) ve hasta arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı, hizmet sunanların kararları yapılması gereken sağlık hizmet akışını belirler.
- **Arzın pahalı olması:** Sağlık hizmetinin sunumu için gerekli teçhizat/donanımın ileri teknoloji gerektirmesi ve hizmet sağlayıcıların uzman olması gibi faktörler arzın maliyetini artırır. (Durmaz, 2017: 5-6)
- **Erdemli mal olması: Erdemli (merit) mal;** toplumun sağlığı ve refahı açısından gerekli olan, ancak bilgi ve gelir eksikliğinden dolayı yeterince talep edilmeyen mallardır. Bireylere alkol ve sigara konusunda sınırlandırma yapılması, annelere süt parası ödenmesi gibi uygulamalar örnek olarak verilebilir.
- **Sağlık hizmetlerinde ekonomik ve ekonomik olmayan yararlar:** Bireylerin sağlıklı olmaları ve bu düzeyi korumaları ekonomik olmayan faydadır. Sağlık hizmet tüketiminin oluşturduğu psikolojik motivasyon işgücü kayıplarını önler ve tüketimi artırır. Azalan işgücü kaybıyla üretim artar ve

sağlıklı bireyin işgücü verimliliği her zaman daha yüksektir. (Karagöz, 2015 :17)

- **İkame edilememesi:** Sağlık hizmetleri kendi aralarında ikame edilemez ve ertelenmesi mümkün değildir. Örneğin; polio sekel düzeltilmesi ameliyatı pahalı diye, çürük dişlerin bakımı işleminin yapılması doğru değildir. Buna sağlık hizmetlerinin ikame edilmezlik ilkesi denmiştir. Ayrıca bireysel açıdan sağlık talebi ekonomik ve diğer nedenlerle kısa süreliğine ertelenebilir. Ancak sağlık için erken teşhis ve tedavinin gerekliliğinden dolayı bireysel ikame tercihi söz konusu olmamıştır. (Çamcı, 2007: 40)

1.2.5. Sağlık Finansmanı

Sağlık sistemi sağlık hizmet sunumu için gereken girdiye ulaşma, bunun için kaynak ayırma ve harcamaların dengede tutulmasını sağlaması gerekmiştir. Sağlık sisteminin fonksiyonlarından olan sağlık finansmanı; kıt kaynaklar altında artan sağlık harcamalarını ödeme güçlüğünden dolayı temin riskini ortadan kaldırmaktır.

Sağlık sisteminde kullanılan finansman şekli hakkaniyeti etkiler ve hakkaniyet sağlanması ise; sağlıklı/ hasta birey arasında risk havuzlama ve farklı gelir düzeyinde risk paylaşımının en doğru şekilde yapılması ile mümkündür. Sonuç olarak sağlıklı bireyler hasta bireyleri finanse eder ve yoksul hastaların ekonomik yükü hafifletilmiş olur. (Özgen ve Uğurluoğlu, 2008; 134-135)

Sağlık sistemleri insan sağlığını sadece yükseltmekle değil, bunun dışında hastaları finansal riske karşı korurlar ve saygınlıkla tedavi imkanı sunarlar. Sağlık hizmetleri üç amaca hizmet eder:

- Sağlık hizmet sunumunda sağlıklı nüfusu artırmak,
- Sağlık sistemindeki arzulanan beklentilerin sunulması,
- Sağlık sisteminde hastalık ihtimaline karşı finansal koruma sağlamak. (Çelik, ve Uğurluoğlu, 2005: 7)

1.2.5.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

Sağlıklı yaşam hakkının tüm bireylere kaliteli bir şekilde sunulması için; sağlık için tahsis edilen kaynakların verimli ve etkin kullanılması gerekmiştir. Bu doğrultuda

sağlık hizmetlerinin finansmanı; hedeflenen ve istenilen sağlık hizmet alımının mali kaynağının kamu ve piyasadan sağlanarak yapılmasıdır. Sağlık sektörü kamu ve özel sektör kaynakları birlikte kullanılarak finanse edilmiştir. (Çelikay ve Gümüş, 2010: 187)

1.2.5.2. Sağlık Finansmanının Amaçları

Sağlık sistemleri hastalanmanın belirsizliğinden dolayı karşılaşılabilecek finansal riske karşı ödeyiciler oluşturmuştur. Oluşturulan sistemde; sağlık sektörünün finansmanı için kaynak temini, kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanımı yapılırken birtakım hususlara dikkat etmek gerekir. Özetle; sağlık sistemlerinde kaynak oluşumunda insanların yoksullaşmasını engellemek, bireyleri finansal açıdan korurken adaleti sağlamak, sağlık hizmetlerine erişim için gerekli kaynakların sürdürülebilir olmasına dikkat etmek ve kaynakların verimli kullanılması finansmanın amaçları arasındadır (İstanbuluoğlu ve ark. 2010: 89).

1.2.5.3. Finansman Kaynakları

Sağlık finansmanı; ait olduğu ülkenin soysa-kültürel doku, ekonomik yapı ve politik rejimi gibi unsurların kombinasyonundan oluşmakla birlikte kamu ve özel sektör ayrımı yapılarak finanse edilmiştir. Sağlık finansmanında kullanılan kamu finansman kaynakları;

- **Genel Vergi Gelirleri:** Sağlık finanse edilirken vergi gelirleri temel kaynağı oluşturur. Vergi gelirlerinin sağlık sistemi içindeki ağırlığı politik ve ekonomik rejim farklılıklarına göre değişir. Genel vergi gelirlerinin sağlığa tahsisinde karşılaşılan politik baskılar sağlığın sunumunda verimliliği ve adaleti azaltır.
- **Sosyal Sigorta:** Çalışanların ücretlerinden zorunlu alınan, devlet- işveren- çalışanın katkısı olduğu prim ödemleridir.
- **Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı:** Kısa vadeli, düşük faizli borçlar alınarak ve bu borçların vergi dışı diğer gelirle ödenmesi suretiyle sağlık sistemlerinin desteklenmesidir. Enflasyonun var olduğu ekonomide hizmet arz fiyatının yükseltilmesi ya da devletin para basmasıyla yaşanan refahla tüm sistemler gibi sağlık da olumsuz ekonomik koşullardan arınmıştır.

- **Özel Amaçlı Vergiler:** Devlet sağlık alanında yaptığı yatırım ve harcamalarını kendi gelirleri aracılığıyla finanse eder. Kamunun en büyük gelir kaynağı olan vergiler; belli amaç için toplanınca özel amaçlı vergi adını alır ve sağlık finansmanında bu tür vergiler kullanılmıştır.
- Piyango ve Bahis Gibi Gelirler. (Çoban, 2015: 43-46).

Özel finansman kaynakları ise;

1. **Özel Sağlık Sigortası:** Özel sigorta şirketleri özel sağlık sigortalarına aracılık ederek sağlığa katkıda bulunurlar. Ancak sigorta olan bireylerin hastalıklarını gizlemeleri (ters seçim), sigortalı iken gereğinden fazla hizmet kullanımı ve riskli davranışlar konusunda kaçınmamaları (ahlaki tehlike) sigortalı açısından; yüksek riske girenlerin sigortalanmaması, risk primlerinin doğru hesaplanmaması ve sigorta şirketlerinin tekelleşme eğilimleri sigortacı kurum açısından sağlık piyasasını kötüye kullanmaya müsait hale getirebilir. Tüm bunlara rağmen özel sağlık sigortaları gelir düzeyi yüksek-düşük ayrımı ile gelir düzeyi düşük olanların sağlık alanından daha fazla faydalanmasına imkan tanır. Sağlığa ek kaynak olarak özel sağlık sigortaları; sağlık yatırım ve harcamalarında önemli bir fon kaynağıdır. (Kaya, 2008: 40-42)
2. **İşverence Finanse Edilen Sistemler:** Bireylerin işlerinden kaynaklı kısa ya da uzun dönemli hastalanma riski ve sağlık koşullarının iyi olma halinin işe pozitif anlamda yansması durumları; işvereni yakından ilgilendirir ve işverenlerin işçinin ödediği prime ek prim ödemesi durumuyla karşı karşıya getirir. Yapılan ödemelerle işveren sağlığı finanse eden bir aktör durumuna gelir. (Çiftçi, 2011: 97)
3. **Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları,**
4. **Toplum Finansmanı:** Sağlık projelerine yapılan işgücü, para ve malzeme katkıları sağlık hizmet sunumlarını destekleyici finansman kaynaklarıdır.
5. **Doğrudan Hane Halkı Harcamaları veya Kullanıcı Katkıları:** Bireylerin sağlık hizmetinden yararlanmak için cepten yaptığı ödemelerdir. Böylece bireyler gereksiz hizmet talebinde bulunmazlar ve bilinçli hareket ederler. Fakat gelir seviyesi düşük bireyler katlandıkları maliyetten dolayı hizmet gereksiniminden kaçınırlar ve sağlık hizmetinden mahrum bireyler kitlesi

oluşabilir. Bu nedenle sağlık 6demelerinin gelir gruplarından daha uygun şekilde alınması ve gerekli muafiyetlerin yapılması gerekmiştir.

- 6. Cepten 6demeler;** doğrudan 6deme, kullanıcı katkısı ve enformel 6deme gibi t6rleri vardır. Doğrudan 6demeler; hizmet arzının az olduğu, sosyal g6vence kapsamı dışında ve hizmete ulaşmanın zaman aldığı anlarda yapılan 6demelerdir. Sağlık g6vencesi kapsamında olmayan ila4 alımında eczane 6demeleri, diş4i 6demeleri, 6zel hastane ve 6zel hekim 6demeleri bu gruba giren 6demelerdir. Kullanıcı katkıları; sağlığı yaygınlaştırmak i4in alınan, ancak sağlıkta finansman y6k6n6 geliri d6ř6k ve sağlığı k6t6 olanlara y6neltilmiştir. Enformel 6demeler; sağlık 4alışanlarına verilen ‘ benimle 6zel ilgilenin’, ‘teşekk6r hediyeleri’ vs. ama4la yapılan yasal olmayan 6demelerdir (Yaşar, 2007: 16-19).

İKİNCİ BÖLÜM

2.SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Özellikleri

Üretim faktörlerinden insan gücü (beşeri sermaye); günümüz toplumlarında ekonomik başarıyı getiren ve bu nedenle ekonomik yatırım yapılması gerekliliğini ön plana çıkaran önemli bir unsurdur. Bu nedenle insan sağlığı ile ekonomi arasında bağ önem kazanmıştır. Böylece iş gücü verimliliği sağlamak için yapılan sağlık harcamaları bir yatırım olarak görülmekte ve sağlık harcamalarının ekonomiye yük getirmeden yapılması gereken yatırımlar şekline dönüşmesi beklenmiştir. Bu beklentiyi karşılayan sağlık ekonomisi; ekonomi kurallarını sağlık sektörüne uygulayan iktisat biliminin alt disiplini­dir. (Aktürk, 2010: 7-8)

Ekonominin genç alt bilim dalı olan sağlık ekonomisi 1960larda dikkat çekmiş ve 1970lerde büyük ilgi görmüştür. 7 Nisan 1948 tarihinde BM tarafından kurulan Dünya Sağlık Örgütü 1977 tarihli Genel Kurul Toplantısında 2000 yılına dek dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır.’ şeklindeki hedefi sağlık ekonomisinin önemini artırmıştır.

Ekonomistlerin Sağlık Ekonomisi alanına eğilmelerinin başlıca üç nedeni vardır.

- Sağlık hizmetleri finansmanının önemi,
- Sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün ekonomide en fazla kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi,
- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının büyümesi

Sağlığın beşeri sermayenin etkinliği ve verimliliği için gerekli olan temel unsur olması; sağlık için harcamaların türü ve bireylere bölüşümü hususunda analizler yapmayı gerektirir. Çünkü sunulan tıbbi hizmetler sınırlı kaynaklar ve sonsuz istekler nedeniyle sunumunu zorlaştırmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti için kaynak israfı engellenmeli ve gerekli sağlık faaliyetine tahsis edilmiştir. (Dürrü, 2012: 7-8)

Ekonomi, temelde kıt kaynakların varlığından söz eder, kaynakların en iyi kullanımı ve seçim yapma zorunluluğunun gerekliliğine de işaret eder. Bu nedenle mal/hizmetlerin üretimi ve dağılımı incelenerek önceliklendirme kararları saptanır ve

kararların olası sonuçları politika belirleyicilere sunulur. Sağlık ekonomisi de sağlıkta politika belirleyiciler ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı karar verme konusunda birçok yöntem ve teknik bünyesinde barındırır. Tatar, geniş bir çalışma alanına sahip sağlık ekonomisini şu başlıklar altında özetlemiştir:

- Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı: Sağlık harcamaları önemli boyutlarda yapıldığından, kaynak kullanımı hakkında yorum yapabilmek için kaynak dağılımı hakkında bilgi sahibi olmak gerekmiştir.
- Sağlık amacıyla kullanılan kaynakların verimliliği: Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların toplam faydayı maksimize edecek şekilde tahsis edilmesini sağlayan karar ve politikaları kapsayan bilgileri, karar vericilere ve yöneticilere ulaştıracak veri ve yöntemleri sağlar.
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi: Sağlığın gelişimi ile ilgili bulgular sağlık ekonomisinin çalışma alanıdır.
- Sağlık hizmetlerinin arz ve talep analizi: Alternatif hizmet sunum, finansman yöntemleri, arz-talep tepkisi ve sağlık sonuçları örüntüsü sağlık ekonomisinin önemli bir alanıdır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi: Çeşitli nüfus gruplarının sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve sahip oldukları sağlık göstergeleri etkileşimi irdelenir.
- Ekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanımı: Mevcut olan teknolojilerle ilgili fayda/maliyet analizi yapılarak; kıt kaynaklar fayda maksimizasyonunun olduğu alanlara tahsis edilmiştir.
- Sağlığın ölçülmesi: Sağlık hizmet sunumlarının bireysel ve toplumsal faydalar ölçülmeye çalışılmıştır. (Sur ve Palteki, 2013:337-338)

2.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin sağlık kuruluşlarınca hizmet sunumunun kaliteli olması için sağlık ekonomisine önem verilmesi gerekmiştir. Ancak sağlık ekonomisinin yönetimce ele alınması öncelikle sağlık işletmelerinin hizmet türüne göre sınıflandırılmasını

gerektirmiştir. Karasioğlu ve Çam yapmış oldukları araştırmada sağlık işletmelerini sundukları hizmete göre şu şekilde sınıflandırmıştır:

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin sağlığının korunumunu sağlarken; tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık sürecinde kişiyi normal sağlık düzeyine ulaştırmaya ve rehabilitasyon hizmetleri ise kişide hastalık ve kaza sonucunda oluşan olumsuzlukları silmeye çabalar. Dolayısı ile sağlık işletmelerinin yapıları, kaynakları ve maliyetleri birbirinden oldukça farklıdır. Örneğin; sağlık işletmeleri fiziki koşullar açısından incelendiğinde hastaneler yataklı hasta kabulü yapıyorken, sağlık ocakları bu hizmeti verememiştir. Devlet hastanelerinde bağışlar kaynak olarak kullanılma durumu sağlık ekonomisinin işletmelerde yönetimini zorlaştırmıştır. Maliyet ve kaynak unsuru ekonomiye temel oluşturduğundan, sağlık ekonomisinin dengede tutmanın zorluğu hissedilerek gereken önem verilmelidir. (Karasioğlu ve Çam, 2008: 16).

Sağlık ekonomisi düşük maliyet-yüksek fayda prensibiyle sunulan sağlık hizmetlerinin; optimum verimlilik elde edilebilecek kaynaklarla sağlanmasına ve bu şekilde sağlıktaki dağıtım, etkinlik ve adalet sorunlarına çözüm olabilecek politikaları öngörmeyi amaçlamıştır. Sağlık ekonomisi; sunulan sağlık hizmetlerinin fayda ve maliyetlerinin toplum bireylerine dağılımı ve eldeki kıt kaynakların rasyonel kullanımı gibi temel konuları inceleyen ekonominin uygulamalı alt dalıdır. (Çoban, 2009: 3-4).

2.3. Sağlık Ekonomisi Açısından Ekonomik Değerlendirme ve Yöntemleri

Bireylerin sağlık düzeyini korumak ve yükseltmeyi amaç edinen sağlık sistemi; bünyesinde barındırdığı tedavi faaliyetlerinin yapılmaya değer öncelik taşıyan kısmını çok iyi belirlemek zorundadır. Bu nedenle elde edilen sağlık çıktıları ve sisteme aktararak işlenen girdiler birlikte değerlendirilmiştir. (Çalışkan, 2009: 319)

Ekonomik değerlendirme yöntemleri; sunulması gereken hizmet türü, düzeyi ve zamanlaması ile ilgili sorulardan yola çıkarak, sağlık yöneticilerine karar noktasında alternatif yolları maliyet ve fayda perspektifinden sunmuştur. Genel olarak ekonomik değerlendirme sağlık konusunda karar vericilere sağlık programlarının değeri hakkında bilgi verir. (Sur ve Palteki, 2013: 348-349)

Ekonomik değerlendirmede ortak nokta maliyet kavramı bu değeri belirleyen önemli bir kavramdır. Sağlık kurumlarında maliyet yönetimi; hizmet sunumu ve

faaliyetlerin devamı, karar alma sürecinin etkinliği ve alınan kararların etkililiği için sağlık sisteminde çok iyi yönetilmelidir. Maliyet yönetiminde temel felsefe, sürekli iyileştirmedir. Sürekli iyileştirme; sıfır hata, uygun hizmet bileşimi, maliyet unsurlarında israfın önlenmesi, değer yaratmayan hizmetlerin elimine edilmesi ve katma değer yaratan hizmet sunumlarının artırılması ile gerçekleştirilmiştir. (Sur ve Palteki, 2013: 415)

Sağlık sisteminde çeşitli kaynaklar arasında rasyonel seçim yapılmasını sağlayan ekonomik değerlendirme yöntemleri; sağlık ekonomisinin işlerliğine yardımcı olan özel noktalardan biridir. Ekonomik değerlendirme yöntemleri girdi ve çıktı arasındaki ilişkiyi incelerken; maliyet kavramı her zaman girdi olarak kullanılmakta ve ekonomik değerlendirmeyi türlerine ayıran kavram ise çıktılar olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yapmış yazarlar; sağlıkta kaynakların etkin/ verimli kullanımı ve tahsisini sağlayan ekonomik teknikleri dört başlıkta incelenmesi hususunda görüş birliğine varmışlardır:

- Maliyet Etkililik Analizi,
- Maliyet Fayda Analizi,
- Maliyet Minimizasyon Analizi,
- Maliyet Değer Analizi (Yiğit, 2013: 14)

Maliyet etkililik; planlanan hedeflere minimum maliyet ve maksimum çıktıyı sağlayacak en etkili yolu seçerek bütçe yapılmasıdır. Bu yolla ortak çıktı doğal birimlerle (hastalıktan korunan kişi sayısı, önlenen komplikasyonlar, kurtarılan yaşam, ağrısız geçen gün sayısı vs) ifade edilmiştir. Maliyetler de parasal olarak ifade edilmiştir. (Balçık ve Şahin, 2013: 124) Maliyet etkinlik analizi beş adımda açıklanmıştır:

1. Program amaçlarının tanımlanması: Sorun tespiti yapılarak maliyet etkililik çalışması yapma gayesi kesin ve kantitatif bir şekilde ifade edilmiştir.

2. Bu amaçları gerçekleştirmenin alternatif yollarının tanımlanması: Yapmış olduğumuz analizin amacını gerçekleştirecek yollar tespit edilmiştir.

3. Her seçeneğin maliyetinin tanımlanması ve hesaplanması: Tespit edilen her bir yol için maliyetler belirtilir. Örneğin; seçilen tedavi yöntemi ve onun yan etkilerinin oluşturduğu maliyetler belirlenmiştir.

4. Her seçeneğin etkililiğinin belirlenmesi ve ölçümü: Alternatif bir yolun etkililiği oluşan sonuçlara göre saptanmıştır.

5. Her seçeneğin maliyet etkililiğinin hesaplanması ve sonuçlarının yorumlanması: Maliyet etkililiği; herhangi bir seçeneğin maliyetinin seçilen etkisine oranlanarak bulunur ve elde edilen farklı sonuçların nedenleri değerlendirilerek analiz yapılmıştır. (Ağırbaş, 1999; 15-16; Tatar ve Tatar. 1998:1-5)

Maliyet fayda analizi; sunulan sağlık hizmetinin hem maliyet hem de yarar olarak parasal değeri tespit edilir ve alternatif uygulamalardan net yararı yüksek olan uygulama seçilir.(Çalışkan, 2008: 37). Bu analizde faydaların ölçülmesi ve hangi faydanın analiz edileceği çok önemlidir. Daha sonra da faydaların belirlenebilme sorunundan dolayı; fayda türlerinin değerlerinin nasıl ölçülmesi gerektiği üzerinde durulmalıdır.(Şataf, 2014: 110)

Maliyet minimizasyon analizi; aynı çıktı düzeyinin elde edildiği durumlarda sağlık hizmet süreçlerinden maliyeti düşük olanın tercih edilmesidir. Ancak sağlık hizmetinin talep edilme zamanının belirsizliği, hasta- doktor arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı sağlık hizmet alımının şekline doktorun karar vermesi ve elde edilen çıktı hakkındaki bilgisizlik bireylerin maliyet minimizasyonu yapmasına engel durumlardır. (Çalışkan, 2008: 178-179)

Maliyet değer analizinde ise elde edilen çıktı sonucunda kazanılacak olan yaşam süresindeki artış ve yaşam kalitesindeki iyileşme tahmin edilir ve aynı analizde incelenir. ‘Yaşam kalitesi’ ve ‘yaşam süresi’ kavramları hakkındaki verilerle hazırlanan anketler bireylere uygulanır. Böylelikle sağlık hizmetinin alımının bireyde oluşturduğu etki sadece tıbbi iyileşme değil, yaşam kalitesindeki iyileşme de incelenerek diğer ekonomik yöntemlerin eksikliği giderilmiş olur. (Loş, 2016: 37).

2.4. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Analizi

Ekonomi denilince akla; kıt kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların karşılanması ve bu süreçte mal –hizmet üreten ve tüketenleri inceleyerek elde edilen verileri değerlendirmeyi, “piyasadaki önceliklendirme kararlarında yol göstermeyi ve bu kararların olası sonuçlarını politika belirleyicilere sunmayı amaçlamaktadır”. (www.saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeyeliki.) Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak değerlendirilme özelliği ise; diğer sektörlerde söz konusu olan arz-talep dengesi noktasının piyasa fiyatını oluşturma noktasının varlığı ve sağlık sektörü için denge noktasının oluşumuna müdahale gereksiniminin olmasıdır.

“Risk ve belirsizlik, dışsallıklar, kamu malı olma özelliği, pazara girişte kurallar ve ölçek ekonomisi gibi birtakım özelliklere sahip olan sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran en önemli özellik; arzın talep yaratabilme özelliğidir”. (www.saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-turkiye)

Sağlık hizmetini arz eden (doktor) ile talep eden (hasta) arasındaki bilgi asimetrisi; sağlıkla ilgili tüm kararların devrini arz edenlere vermiştir. Ayrıca yoğun kaynak kullanımının olması sağlık sektöründe kaynak kullanımının önceliklendirilmesi ve etkililiğini gerektiren tedbirlere yöneltmekte ve böylece de sağlık ekonomisinin şu gibi temel alanlarının varlığını bizlere göstermiştir:

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı:** Sağlık harcamalarının artması ve kaynakların kıt olması; kaynak kullanım miktarını ve kaynak dağılımının tüm boyutlarıyla incelenmesi gerektiği bir alan olarak karşımıza çıkmıştır.
- **Kaynakların verimli kullanımı:** Kaynak tahsisinde verimlilik esaslarına dikkat edilmesi toplumsal faydayı maksimize edilmiştir.
- **Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi:** Sağlık için kaynak kullanımının bireysel ve toplumsal etkilerinin gözlemlendiği alandır.

- **Sağlık hizmetleri arz ve talebinin analizi:** Alternatif hizmet sunumu, finansmanı, arz talep etkisi ve bunun sağlık üzerindeki etkileri sağlık ekonomisi için önemli bir alandır.
- **Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi:** Sağlık hizmetlerine insanların erişimi ve bununla alakalı göstergeler ele alınır.
- **Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı:** Kullanılan sağlık teknolojilerinin fayda ve maliyet analizi yapılarak kıt kaynaklar toplumsal faydaya hizmet verecek şekilde sevk edilmiştir.
- **Sağlığın ölçülmesi:** Ekonomik değerlendirme teknikleri kullanılarak, sağlık hizmetlerinin yarattığı bireysel ve toplumsal fayda ölçülmeye çalışılır. (saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye)

2.4.1. Sağlık Ekonomisinde Talep Analizi

“Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler; malın fiyatı, diğer malların fiyatı (rakip ya da tamamlayıcı malların etkisi), tüketicinin gelir seviyesi, tüketici zevk ve tercihleri ile hayata bakış açıları, eğitim düzeyi ve gelecek beklentileri, sağlıkta otorite kabul edilen kuruluşlar ve uzman görüşleri, düzenlenen kampanya ve medyadaki sağlık köşeleri ve son olarak satıcıların uzmanlık alanları sayılabilir.” (Çoşkun ve Akın, 2009: 270.

Loş yapmış olduğu çeşitli kaynak araştırmalarında edindiği bilgilerle sağlık piyasasının talep özelliklerini şöyle sıralamıştır:

- Sağlık hizmeti talebi önceden belirlenemez. Çünkü kişilerin ne zaman hasta olacağı bilinemediğinden dolayı talep öngörülemez.
- Sağlık piyasasında talep kanunu geçerli değildir. Sağlık talebinin fiyat esnekliği zayıf olduğundan dolayı birey herhangi bir ilacı ucuz olduğundan dolayı tercih etmez ya da pahalı olduğu talepten vazgeçmez.
- Diğer piyasalara göre ikame etkisi düşüktür. Sağlık talebinde gelir etkisi daha kuvvetlidir. Ayrıca sağlıkta talebi etkileyen; demografik, yaş, yaşam tarzı, eğitim ve genetik faktörler gibi birçok neden bulunmuştur.

- Sağlıklı yaşam talebinin artışı, toplam nüfusun artışı ve toplam nüfusta çocuk, yaşlı nüfusun artması sağlık hizmet talebini artırır.
- Sağlık hizmeti alımı konusunda hasta asimetrik bilgiye sahiptir ve bu husus ahlaki tehlike oluşturmuştur. Hizmet arzında doktor yeterli bilgiyi hastayla paylaşmadığından dolayı hizmet talebinde gereksiz kullanım ve bununla birlikte yine hastanın tedavi maliyetlerine duyarlı hizmet talebi söz konusu olmuştur. (Loş: 2016: 14-15)

2.4.2. Sağlık Ekonomisinde Arz Analizi

Sağlık hizmetleri arzını etkileyen faktörler ise; “üretilecek mal ve hizmetin fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatları ve bulunabilirliği (piyasadaki finansman olanakları, diğer sektörlerin karlılığı vs), teknolojiye gelişmeler, devlet teşvikleri ve vergi politikaları, geleceğe yönelik beklentiler, piyasanın özellikleri, devletin kısıtlamaları ve politika değişiklikleri ve diğer bir faktör olarak ulusal ve uluslararası sağlık kurulları sayılabilir. “(Çoşkun ve Akın, 2009: 276)

Sağlık hizmetleri ikame edilemezlik, eksik rekabet ve tekelleşme eğilimleri gibi niteliklere sahip olmakla birlikte tüm gelir gruplarına arzı gerektiren bir sektördür. Sağlık hizmet arzının özelliklerine bakıldığında ise; hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı, doktorların davranışlarında güven beklentisi, riski üzerine alan bir yaklaşım ve piyasadaki satıcılardan farklı olarak mesleki açıdan ahlaki davranması beklenir. İkinci olarak sağlık ekonomisinde arz koşullarında lisans zorunluluğu getirilmesinin bazı olumlu ve olumsuz sonuçları bulunmuştur. Sağlıkta lisans uygulaması, hastalara zarar verilmesinin önlenmesinde ve kalitenin deva ettirilmesinde olumlu etki yapmıştır. Ancak piyasaya giriş engeli yapan lisans zorunluluğu; rekabeti engeller, maliyetleri artırır ve piyasadaki arz etme yetkisi bulunanlara monopol karı sağlamıştır.

Sağlık hizmeti talebinde bireyler ikame yapamaz ve arz fiyatını belirleyemez. Bu nedenle piyasa fiyat dengeleme görevi üstlenmez. Piyasada oluşan arz fazlalığı marjinal fiyat yüksekliğinden ötürü fiyat artışı yönünde eğilim gösterebilir. Bunun yanı sıra fiyatlandırma hususunda sağlık ekonomisi müdahaleyi çok fazla içinde barındırmayan,

teknoloji ve yoğun bilgi gerektiren ve arzı bütünleşik yapı gerektiren bir sektördür. Son olarak tüm farklılıkların dışında arzın fiyat esnekliği düşüktür. Sağlık hizmeti arzı yapısı gereği bilgi yoğunudur ve arz miktarını artırmak uzun ve maliyetli bir süreci gerektirir. Sağlık hizmet arzındaki sayılan tüm bu özel nitelikler sağlık ekonomisinde arzın belirsizliğini ifade etmiştir. (Çoban, 2009: 44-52)

2.5. Sağlık Harcamaları

Ekonomiyi oluşturan sektörlerin önemini anlatan verilere ulaşmak için ilgili sektörde yapılan harcamaların bilinmesi gerekmiştir. İncelenen sektörün payı, bu konuda yapılan toplam harcamaların o ülkenin GSMH, MG veya GSYİH'sına oranı ile ölçülmüştür. Bunun dışında sağlık harcamalarının aile bütçesindeki payı nadiren olsa da karşılaştırmalarda kullanılmıştır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak yoğun kaynak aktarımının yapıldığı sağlık sektörü; ülkede büyümenin sağlanması ve gelişmişliğin artması için kontrol altına alınması gereken hususun sağlık harcamaları olduğunu bizlere göstermiştir. (Işık, 1997:73)

2.6. Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleme Yaklaşımları

Bir ülkenin sağlık için yapması gereken harcama düzeyini belirlemesi bilindiği üzere çok kolay olmamıştır. Ülkenin coğrafi, siyasi ve ekonomik yapısı bahsedilen düzey bilgisine erişmek için konuya dahil edilmiştir. Bir ülkenin sağlığı için yapması gereken sağlık harcaması miktarına kısaca dört yöntemle verilmiştir:

Benzer sosyal-ekonomik düzeye sahip ülkelerin sağlık harcaması-sağlık sonuçları verileri kıyaslanarak emsal ülke yaklaşımı uygulanır. Emsal ülke yaklaşımında girdi/harcama üzerine yoğunlaşma 'daha iyi sağlık' ilkesinin uygulanmasını ortadan kaldırmıştır. Diğer bir yaklaşım olan politik ekonomi yaklaşımında sağlık harcama kararlarını veren güçlerin kararını etkileyen sosyal aktörlerin davranışı incelenir. Sağlık üretim faktörü fonksiyonu hazırlanarak sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin incelenmesi 'sağlık üretim fonksiyonu yaklaşımı' kapsamındadır. Son olarak bütçe yaklaşımında; "mevcut epidemiyolojik koşullar, sosyal amaçlar, sağlık girdilerinin teknik ve tahsisat verimliliği, mevcut fiyatlar ve fonların alternatif sosyal kullanımları olmak üzere beş değişken üzerinden sağlık harcama düzeyine karar verilmiştir." (Erten, 2016: 39-42)

2.7. Sağlık Harcamalarının Önemi

Bireyin sağlık durumu önceki halinden düşük olduğunda sağlık ihtiyacı gereksinimi ortaya çıkar. Sağlık ihtiyacı kavramı bireyin sağlık statüsü, hizmet alım kapasitesi ve kaynakların etkin dağıtımı birbiriyle yakından ilişkili kavramlardır. (Özkan, 2002: 6) Bu nedenle sağlık ihtiyacının tahminin belirsizliğinden dolayı; sağlık politikalarında başarı için sağlık harcamalarının planlamasının yapılması gereklidir. Sağlık harcama parametresinin bilinirliği; ülkelerin gelişme düzeyinin tespiti, kaynak tahsisinde verimlilik ve diğer sektörlerle kıyaslamaların yapılabilmesinde büyük kolaylık sağlamıştır.

Sağlık harcamalarına verilen önem neticesinde hayatımıza birçok olumlu katkıda bulunur. Planlı yapılan kaynak tahsisi sonucunda yapılan sağlıklı hizmet sunumuyla; erken ölüm oranları düşer ve çalışan işgücü sayısı artar, bireylerde azalan hastalıklar beraberinde güç kaybı sızıntısını önleyerek bireysel faydayı ve toplumsal kalkınmayı beraberinde getirir. Çünkü sağlıklı toplumun oluşması için yapılan sağlık alanındaki tüm harcamalar; meydana gelen sağlıklı nüfusla üretim kapasitesini artırır ve ekonomik büyümeye temel oluşturmuştur. (Karabulut, 1998: 37).

2.8. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Ülkelerin gerçekleştirmiş oldukları sağlık harcamalarını etkileyen birden fazla faktör mevcuttur. Bu faktörleri özetle sıralayacak olsak şu konu başlıklarını ele alabiliriz:

- **Kişi başına düşen gelirin değişmesi:** Milli gelir artışına bağlı olarak artan kişisel gelir artışı sağlık hizmetleri talebini artırır ve dolayısıyla sağlık harcamaları artırmıştır.
- **Sosyal değer yargılarının değişmesi:** Günümüz modern dünyasında artan teknoloji ve bilimsel gelişmelerle birlikte bireyler; artan bilinçlenme ve kalite olgusu dolayısıyla daha çok sağlık hizmeti talep etmiştir. Bu husus sağlık harcamalarını artırmıştır. Modernleşmenin getirdiği aile yapısındaki değişimler (düzensiz beslenme ve doğum kontrol harcamaları vs) sağlık harcamalarını artış yönünde yönlendirmiştir.

- **Kentleşme:** Kent nüfusunun artması kentleşmeyi artırarak sağlık ihtiyacına olan talebi artırır. Böylece artan sağlık faaliyet ve yatırımlarıyla sağlık harcamaları artırmıştır.
- **Eğitim düzeyinin yükselmesi:** Bireylerde artan bilinçle birlikte daha kaliteli bir sağlık hizmeti talebi oluşmuştur. Bu amaçla yapılan sağlık turizm sağlığa yapılan harcamaların bir göstergesidir. Sağlık turizmi, düşük maliyetli aynı zamanda güvenli ve kaliteli tıbbi veya estetik hizmeti almak üzere yapılan seyahatlerdir. (Aydoğdu; 2016:12) Bu tarz seyahatlerin yoğun yapıldığı ülkelerde sağlık hizmetlerinin nitelikli olarak arz edildiği ve yoğun olan sağlık taleplerinin ülke ekonomisine hiç şüphesiz katkısı olacaktır.
- **Yaşam süresinin uzaması:** Ortalama yaşam süresinin uzunluğu iktisadi büyüme performansını uzun dönemde olumlu etkiler. Çünkü iktisadi büyüme oranının artması gelir artışı sağlayacağından dolayı; sağlık harcamaları ve yatırımlarında da artış beklentisi söz konusu olacaktır.
- **Tıbbi teknolojik gelişmeler:** Sağlık için gerekli olan teknolojinin elde edilmesi yüksek sağlık maliyetlerine neden olmuştur.. Sağlık tanı ve tedavi süreçleri için yeni teknoloji gereksinimi ve yeni teknolojinin kullanımı için gerekli olan nitelikli personel ihtiyacı da sağlık harcamalarını artırır. (Salman, 2017: 15-19)

Sağlık hizmetlerinin etüdünde kullanılan; demografik göstergeler, ekonomik göstergeler, hastane göstergeleri ve sağlık insan gücü göstergeleri ile sağlık harcamaları arasında bir denge olması gerekmiştir. Örneğin; nüfus göstergesinin belirlenmesi sağlık hizmeti planı ve harcamalarının tasnifine olanak tanır. Dolayısıyla sağlık harcama miktarı; ilgili ülkenin demografik, ekonomik, sağlık kurumları ve çalışanları ile ilgili bilgi sunmuştur. (Özkara, 2006: 12).

2.9. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

2.9.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde, “sağlık hakkını açıkça düzenlemiştir. Buna göre; Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Aynı haklar Dünya Sağlık Örgütü

(WHO), daha sonra 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ve 1998 Dünya Sağlık Bildirgesi'nde tekrarlanmıştır". (UNICEF, WHO,2009)

Türkiyede sağlık hakkı 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almıştır. 1982 Anayasasının 17. maddesi; "Herkesin yaşamı, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı vardır" (Anayasa, Md.17).

Sağlık finansmanı geniş bir kavramdır. Genel olarak; Sağlık sektöründe finansal kaynakların seferber edilmesi ve kullanılmasıdır. Sağlık sistemleri, hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamak için gelişmiş ödeme sahiplerine sahiptir. Özel veya kamu kurumları olabilen ödeyenler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için doğrudan veya dolaylı olarak sigortalıdan gelir toplarlar. Toplanan gelir ya hizmet sağlayıcılara bir engellilik (geri ödeme) olarak ya da doğrudan ödenen hizmet bedelini ödemek için sağladıkları hizmet için bir karşılık olarak transfer edilir (Mossialos ve Dixon, 2002:12).

2.9.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları

"Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaç olmalıdır. Herkese finansal koruma sağlarken adaleti gözetmek, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak ve kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek gibi hedefleri bulunmalıdır." Mossialos, Dixon , 2002:13).

2.9.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç ana işlev vardır: gelir toplama, fon havuzlaması ve hizmet sağlayıcılara ödeme (Mossialos ve Dixon, 2002:13).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında gelir tahsilatı; Sağlık sisteminin çalışanlardan ve işverenlerden nasıl fon topladığını gösteren bir finansman süreci. Kim hangi yöntemi ödeyecek? Bu ödemeleri kimin üstleneceği ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri ne alacağı (Mossialos ve Dixon , 2002:14).

Gelir toplama yöntemleri; vergi mükellefleri, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel sağlık tasarruf hesapları, cepten yapılan ödemeler,

borçlar ve bağışlar. Gelir toplama yöntemleri; Aynı zamanda "finansman yöntemleri" olarak da adlandırılmaktadır (Cutler ve Reber, 1998: 76).

Bireysel düzeyde, önceden hesaplanamayan büyük riskler, çok sayıda birey üzerinde toplandığında önceden hesaplanabilir. Ana amaç; Belirsiz sağlık ihtiyaçlarının finansal risk paylaşımıdır. Ek olarak, fon havuzlaması sağlık hizmetlerine olan talebi desteklemiştir. Fon akışını garanti etmiştir. Bu noktada belirsizlik azalır ve yeni yatırımlar teşvik edilmiştir.

Toplanan gelir, sağlık hizmetlerinin kullanımı için hizmet sağlayıcılara hizmetlerin aktarılması ve sağlık finansmanı alanında hizmet sağlayıcılara ödenmesi olarak özetlenebilir. Fon havuzu ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynıdır ve hizmet sağlayıcılara ödeme yapmak için kimin ödeyeceği kanaatindedir. İki tür ödeme tanımlanmıştır; pasif ödeme, fatura ödeme. Stratejik ödeme, dinamik bir ödeme şeklidir. Sağlık hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde ödeneceği sürekli olarak tartışılmaktadır (Kutzin, 2001:75).

Ödeme yöntemlerinde hizmet sağlayıcılara olduğu kadar gelir toplama ve fon havuzlama yöntemlerinde de farklılıklar bulunmuştur. Hizmet sağlayıcılara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, günlük ödeme, vaka başına ödeme, kişi başı ödeme, bütçe ve ödeme. Her ödeme şeklinin avantaj ve dezavantajları vardır (Kutzin, 2001:75).

2.9.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Finansman hizmetlerinin finansmanı; doğrudan ödeme (cepten), özel sigorta sistemi, kamu sigorta sistemi, vergi ve finansman. Farklı ülkelerde finansman yöntemleri genellikle yukarıda belirtilen yöntemlerin bir birleşimini oluşturur (Yalçın ve Yıldırım, 2001:2). Sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemleri iki bölüme ayrılacaktır: özel ve kamu finansman kaynakları.

2.9.4.1. Özel finansman yöntemleri

Cepten yapılan ödemeler: Cepten yapılan ödemeler, bireylerin cep telefonlarından sağlık hizmetlerini kullanmak için doğrudan ödeme yaparak yaptıkları tüm harcamalardır. Hastalık, risk için herhangi bir mali koruma sağlamamıştır. Cepten yapılan ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve gayri resmi ödeme (Mossialos,

Dixon, 2002:20). 1970'lerde başlayan sağlık harcamalarındaki hızlı artış ve dünya ölçeğinde makroekonomik daralma ek kaynak yaratma ihtiyacını getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkıları gibi yeni cepten ödeme biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Mossialos, Dixon , 2002:21).

Doğrudan ödemeler: Sosyal güvenlik kapsamı dışındaki hizmetler için veya uzun bekleme süreleri için hizmete erişimin kaçınılmaz olduğu durumlarda yapılan ödemeler. Genelde dişhekimleri ve laboratuvarlar gibi özel sektör servis sağlayıcıları için yapılmıştır.

Kullanıcı Katkıları: Alma-Ata Konferansında, birinci basamak sağlık hizmetini tüm vatandaşlara yayma yaklaşımı kabul edilmiş ve en uygun maliyetli strateji olarak kabul edilmiştir. Ancak, hedefe ulaşmak için ek kaynakların yaratılması gerektiği, bu yüzden kaynakların yetersiz kaldığı tartışılmıştır (Lee ve Goodman, 2002:9).

Ek bir kaynak olarak; Kamu hizmetlerinden (kullanıcı katkısı), mevcut kaynakların daha verimli kullanılması ve özel bir sağlık sektörünün açılması önerisi (17). Sağlık harcamalarının genellikle düşük olduğu durumlarda, kullanıcı katkıları iki farklı şekilde kullanılabilir: sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamaları yüksek olduğunda talebi azaltarak verimliliği artırmak (Creese, 1997:202). Bu şekilde toplanacak ek gelir, düşük gelir düzeyine sahip vatandaşları desteklemek veya fonlama sistemindeki adaletsizliği azaltmak için kullanılabilir. Ancak kullanıcı katkıları; Finansal yükün yayılmasını ve riskin paylaşılmasını önler, dayanışmayı azaltır ve nihayetinde finansman konusundaki adalet meselesini etkiler. Bunun nedeni ise; kullanıcı katkısı ve düşük gelirli ve sağlık durumu düşük olanlara finansman yükündeki değişimler.

Gayri resmi ödemeler: Birçok ülkede yasa dışıdır. Tedaviden sonra "teşekkür hediyeleri" ya da tedaviden önce doktorlara sunulan para ya da hediyeler gayri resmi ödemeler denir. Ana sebepler; Hizmet sağlayıcıları etkileme isteğidir.

Özel sağlık sigortası: Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortasına özel önem vermiştir. (Thorpe ve ark., 2005:320). Özel sağlık sigortası; fonksiyonlar, primlerin hesaplanma şekli, faydaların tespiti ve sigorta şirketlerinin durumu. Zorunlu sağlık sigortasının yerine

getirilmesi ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan “tamamlayıcı özel sağlık sigortası” yerine zorunlu sağlık sigortasının yerine geçen “özel sağlık sigortasının yerine” ayrılmıştır. Primlerin hesaplanması açısından; Bireysel, grup ve sosyal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları bulunmuştur. Sigorta şirketleri kâr amacı gütmeyenler ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak statü açısından farklılık göstermiştir. (Mossialos ve Dixon, 2002:25).

Özel risklere göre primlerin belirlenmesi, özel sağlık sigortalarında primlerin hesaplanmasında en çok kullanılan yöntemdir. Primlerin işveren tarafından ödenmesi durumunda, prim hesaplamaları genellikle grup riskine, yani işyerinde çalışan grubun ortalama riskine dayanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002:26).

Özel sağlık sigortasının teoride en büyük avantajı; Bu sınırlı kamu kaynakları düşük gelirli, dezavantajlı ve sigortasız gruplar için harcanabilir. Bu, nispeten yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin özel sağlık sigortasını tercih etmelerine izin vermeyi amaçlamıştır. Buna ek olarak, özel sağlık sigortacılarının kâr motivasyonu ile inovasyon ve üretkenlik desteği, tüketici seçiminin artmasıdır. Bu potansiyel faydaların gerçekleştirilmesi, özel sağlık sigortasının işleyişı ve denetimi ile yakından bağlantılıdır.

Düzenlemenin eksikliği veya yetersizliği, aşağıdaki sorunlardan bazılarına neden olabilir:

1. Primlerin tutarı doğru belirlenmemiştir.
2. İnsanlar mevcut hastalıklarını sigorta şirketinden gizleyebilirler,
3. Özel sigorta şirketlerinin yüksek risk grupları sigortadan kaçınmalıdır.
4. Bireyler sigortalı olduktan sonra riskli davranışlar sergilemeli,
5. Firmaların sigorta primi yaratma eğilimi,
6. Adalet ve dayanışma kavramlarının kötüye kullanılması.

c. Tıbbi tasarruf hesapları: tartışmalı bir konu. Bireyler, hanehalkları ve şirketler gelecekteki sağlık riskleriyle gönüllü olarak veya zorunlu olarak ilgilenmiştir. ve kendi

banka hesaplarına para yatırımları ve sadece sağlık harcamaları için kullanmaları gerekmiştir. (Deber ve ark. 2004:52).

2.9.4.2. Kamusal nitelikli finansman kaynakları

“Kamusal nitelikli sağlık finansman yöntemlerinin doğuşu XIX. yüzyılın sonlarına dayanmıştır. XIX. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile başlayan kamusal nitelikli finansmanı, XX. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir “(Ron ve Abel-Smith, 1990:22).

a. Sosyal sağlık sigortası: İlk olarak Almanya'da Bismarck tarafından 1883 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu, hastalık fonuna üye olmanın ve işçilerin ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla fonun finanse edilmesini zorunlu kılmaktadır (Ron ve Abel-Smith, 1990:22). İş kazaları ve engellilik ve yaşlılık sigortalarının kısa bir süre sonra ortaya çıkmasına neden olan zorunlu hastalık sigortası, zaman içinde gelişti ve birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemi için bir örnek oluşturmuştur(Fişek ve ark, 1998:24).

Devlet zorunlu sağlık sigortasının kabulü hızla artmıştır, çünkü devlet sağlığa ilişkin somut sosyal kaygıları dile getirmiş ve işçilerin ve ailelerinin beklentilerine cevap vermiştir. Almanya'nın ardından İngiltere 1910'da Fransa'da sağlık sigortası uygulamaya başladı (Ron ve Abel-Smith,1990:22) Sağlık sigortasının sosyal sigorta sistemi tarafından herkese sunulması, ancak bazı ülkelerde ve yalnızca sınırlı bir zamanda mümkündür. Avrupa'da; İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa 2000, tüm nüfusa% 100 sosyal sağlık sigortası sağlamıştır (Saltman, 2004:4).

Günümüzde sosyal sağlık sigortası, ülkelerinin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklar, tarihi özün korunması gibi yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açısından farklılık göstermiştir. Sosyal sağlık sigorta sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır:

1. Üyelik zorunludur.
2. İlk başvuru işçilerin ve işverenlerin katkılarıyla başladı ve daha sonra devlet finansmana katıldı.
3. Belirlenen primler genellikle işçi ve işçi arasında paylaşılır.

4. Genel vergi, sosyal sağlık sigortası ile finanse edilmesinde önemli bir role sahiptir.

5. Sigorta şirketleri bazı ülkelerde kâr yaparken, bazı ülkeler bunu yapmamıştır.

b. Vergilerle Finansman:

Finansal sistemlerin doğurduğu vergiler ile 1920'lerde doğuyor. Sovyetler Birliği, 1938'e kadar tüm halkın kamu finansman yöntemini genişletti. İngiltere, bu uygulamayı 1948'de başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi oldu. Bu ülkeler Japonya, İskandinav ülkeleri ve Kanada'yı takip etmiştir. (Broadbent ve ark., 2003:425).

Bugün, 29 OECD üyesinin 13'ü esas olarak vergilerle finanse edilmiştir. Dünyadaki çoğu ülkede, Sağlık Hizmetlerinin Finansal Hizmetler Yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için genel vergi gelirleri kullanılmıştır (Wagstaff, 2009:30).

Ulusal vergilendirme yoluyla finansman, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarında harcama yapmak için bir tercih gerektirir. Ulusal vergileri toplama avantajı; yönetimde makroekonomik ekonomiden yararlanmak. Yerel vergi, İskandinav ülkelerinde sağlık finansmanı kaynağı olarak kullanılmıştır (Preker, 2002:144).

Toplanan vergiler amaca göre genel ve özel amaçlara ayrılır. Genel amaçlı vergi, çeşitli amaçlar için toplanan vergiler topluluğudur. En önemli avantajlar; Büyük bir gelir tabanı oluşturmak ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında seçim yapmayı mümkün kılmak. Özel amaçlı görevler, yalnızca sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (WHO, 2009).

2.9.4.3. Fonların Havuzlanması

Sağlık finansmanında tek bir havuzun varlığı, ülkenin tüm üyeleri arasında hem gelir hem de gelirlerin en yüksek seviyede yeniden dağıtımını sağlar. Büyük fonlar sayesinde katkı oranları azaltılmakta, dayanışma büyük ölçüde gerçekleşmekte ve ölçek ekonomisinin avantajları kullanılmaktadır (Neelam ve ark., 2004:3; Kutzin, 2004:9).

Belirsiz sağlık ihtiyaçlarının finansal riskinin paylaşımı, sağlık finansmanı için fonların toplanmasının temel amacıdır. Düşük gelirlerin sübvansiyonlar ve riskli üyeler

arasında paylaşılması için farklı sağlık sistemleri için farklı organizasyonel ve teknik düzenlemeler vardır.

2.9.4.4. Hizmet Sağlayıcılara Ödeme

Hizmet başına ödeme, hizmet başına ödeme, günlük ödeme, vaka başına ödeme, kişi başı ödeme, bütçe ve ödeme gibi farklı hizmet sağlayıcılar vardır (VHO, 2009).

Hizmet başına ödeme; Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaya verilen her hizmet için ödeme. Bu yöntemin avantajı, ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını sağlayarak hizmet kalitesini arttırmasıdır. Dezavantaj, servis sağlayıcıların, hastanın daha kârlı görünmesini gerektirmeyen hizmetler sunabilmeleridir (Gottret, 2006:62).

Günlük ödeme; yönetim maliyeti düşüktür. Ancak, bu yöntemde, hizmet sağlayıcılar hastayı daha fazla kar elde etmek için gerekenden daha fazla zaman harcayabilirler (Gottret, 2006:62).

Vaka başına ödeme; Hem ayaktan hem de yatılı tedavide, hastaya yerleştirilecek tanıya göre. Maliyetleri kontrol etmek için önemli olan bu yöntemde, hizmet sağlayıcıların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı vakaları olan hastaları tercih etmeleri ve tanı ve tedavisi daha ucuz olan hastaları göndermeleri mümkündür (Dror ve Preker, 2002:89).

Kişi başı ücret; Yönetim kolay bir ödeme şeklidir. Gereksiz hizmet sunumuna sebep olmaz. Ancak gerekli hizmetleri sağlamak zor olabilir. Maliyetleri kontrol etme yeteneği, sistemin bir avantajı olarak düşünülmüştür (Dror ve Preker, 2002:89).

Maaş ödemesi; Personel motivasyonu düşük olduğunda, hizmet sunumunu olumsuz etkileyebilir. Bununla birlikte, maliyetleri kontrol etme kabiliyetine sahiptir (Gottret, 2006:62).

Ödeme yöntemlerinin en önemli özelliği olan hizmet sağlayıcıların davranışlarını etkileyebilir. Ödeme yönteminin, hastalığın teşhisi, hizmetin türü ve miktarı, reçeteli ilaçların miktarı ve türü, yatış süresinin uzunluğu ve bir tahlil talep etme sıklığı gibi ölçülebilir etkilere sahip olduğu bilinmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME

3.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı ve Kaynakları

Ekonomik büyüme, üretilen mal ve hizmet kapasitesinde meydana gelen artıştır. Yani ekonomik büyüme bir ülkede GSYİH' nın sürekli olarak artmasıdır. Ayrıca bir ülkedeki mevcut teknoloji seviyesi ve üretim faktörü miktarının maksimum seviyesini gösteren üretim imkanları eğrisinin dışa kayması ekonomik büyüme anlamına gelir. (www.haberturk.com/ekonomi/para/haber/1445823-ekonomik-buyume-nedir)

Ekonomik büyüme; Bir ekonomi belirli bir dönemde üretilen nihai mal ve hizmetlerin miktarında artış miktarını göstermiştir. (Çek, 2000: 4). Aynı zamanda ekonomik büyüme; Kişi başına düşen reel artışındaki fiyatlardan bir şey değildir. Ekonomik büyüme problemi genellikle uzun vadede bir problem olarak kabul edilmiştir. Çünkü sadece uzun vadede üretim ölçeğinde bir artışla artırılabilir. Bu nedenle, büyüme olgusu arz tarafı tarafından daha fazla belirlenir. Başka bir deyişle, bir ülkenin üretim olanaklarının eğrisinin dışa kaymasına neden olan sebepler, ekonomik büyüme teorileri konusunu oluşturmuştur. Bu değişimlerin ardında hükümetler, insan sermayesi ve fiziki sermayenin üretkenliğini artıran politikalara sahip olunmuştur (Kibritçioğlu, 1998: 208).

Ekonomik büyümeyi sağlayan beşeri kaynaklar; bir ülkenin nüfusunun niteliğine göre eğitim ve sağlık harcamalarının artırılması ile ekonomik büyümeye katkı sağlar. Ekonomik büyümeyi sağlayan diğer bir unsur olan doğal kaynakların belirleyiciliğidir; toprak, iklim, enerji kaynakları, su ve madenler, nehirler, dağlar ve ormanlar gibi tüm yer altı ve yerüstü zenginlikleridir. Bu zenginliklerden yeterli hammadde kaynağına sahip herhangi bir ülkenin endüstriyel gelişmesi hızlanacak ve ekonomik büyüme için gerekli koşulları kazanılmış olacaktır.

Mal ve hizmet üretimini sağlayan her türlü makine-techizat dar anlamda sermayeyi temsil ederken; bir ülkedeki tasarrufun artışı ve bu tasarrufların verimli yatırımlara dönüştürülmesi sermaye artışına dönüşmüştür. Sermaye birikimi de diğer kaynaklar gibi ekonomik büyüme için gerekli olsa da tek başına yeterli değildir. Son

olarak da teknolojik değişim ve yeniliklerin de ekonomik büyümeyi artırdığını belirtmek gerekir. (Topuz, 2017: 56-59).

Ekonomik büyüme; Bir ülkenin ekonomisinin üretim olanaklarının genişletilmesi olarak ifade edilebilir. Bu tanıma ek olarak, diğer tanımlamalar da mümkündür. Belirli bir ülkede zaman içinde üretilen mal ve hizmet miktarındaki artışa ekonomik büyüme denir (Kesbic ve diğerleri, 2012: 12). Zaman içinde bir ekonominin üretim hacmindeki artışlar ekonomik büyüme olarak adlandırılmaktadır (Turan, 2008: 11).

3.1.1. Ekonomik Büyüme

Bir ülkedeki üretim hacmi artışı diğer bir söylemle Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'daki artışı büyümedir; mal ve hizmet üretimi artışı, milli gelir artışı ve bunlara bağlı kişisel refah artışı sağlayan ekonomik canlılık olarak tanımlamak mümkündür. Ekonomik büyümeyi sağlamak için üretim artışı ya da üretimi artıracak teknolojilerin oluşturulmasıyla üretim olanakları eğrisi sağa kaydırılmış olur. Büyüme üretim olanakları eğrisinin altındaki bir noktada atıl kapasite kullanılarak üretim artışıyla sağlanır. Üretim olanakları eğrisi ve büyüme aynı noktada olduğunda; üretim kapasite artışı ve yeni teknolojilerin üretime dahil edilmesi ile üretim olanakları eğrisi sağa kayar ve büyüme gerçekleşir. (Kaya, 2006: 6)

Bir ekonomide büyüme için gerekli öncül koşul üretimdir. Üretim girişimcilerin teknolojinin nimetlerinden faydalanarak işgücü, sermaye ve doğal kaynakları kullanarak mal/hizmet üretmesidir. Bu tanımlardan ekonomik büyümenin; bir ekonomide belirli bir dönemde üretilen mal/hizmetlerde artış olduğu anlaşılmıştır. Bir ekonomide tüm iktisadi ajanların gelirlerini gösteren GSYİH'dir; belirli bir dönemdeki mal/hizmetlerin piyasa değeri olduğundan dolayı, ekonomik büyüme hesaplamalarında fiyat artışlarındaki etkiden arındırılarak reel GSYİH üzerinden ekonomik büyümenin rotası belirlenmiştir. (Güler, 2017: 3)

Kişi başına reel hasıladaki artışları ifade eden iktisadi büyüme, üretim potansiyelinin genişlemesiyle mümkün olacağından dolayı uzun vadeli çözüm bulunması gereken bir sorundur. Kalkınma kavramı ise büyüme kavramını kapsayan, üretimin nitelik ve nicelik artışını birlikte simgeleyen, kişi başına gelir artışının yaşam

standartlarını yükseltmesi gibi sosyal sonuçları olan ve birtakım siyasi sonuçları da beraberinde getiren bir kavramdır. Ancak büyüme, GSYH oranının bir önceki yıla göre artış veya azalışı olarak ifade edilebilecek rakamsal büyüklükler hakkında bize bilgi verirken; sunulan büyüme rakamları ne yazık ki ilgili ekonomide yapısal dönüşüm, sosyal ve kültürel gelişim noktasında bizlere bilgi vermemiştir. Doğal kaynaklar, sermaye birikimi, beşeri kaynaklar ve teknolojik gelişmeler gibi üretimi artıran faktörler, üretime bağlı kişisel gelir artışını da etki ederek ekonomik büyümeye etki etmiştir. (Koçak, 2016: 16-17)

3.1.2. Ekonomik Büyüme Türleri

Ekonomik büyüme sürecinde itici güç olan bazı konular, son çalışmaların ana konuları olmuştur. Bu bağlamda, son yıllarda yapılan çalışmalarda, gelir dağılımı, kültürel değişim, eğitim ve sağlık hizmetlerinin artması, istihdam ve işsizlik, doğal kaynakların ekonomik büyüme ile ilişkili kullanımı gibi konular yer almıştır (Akıncı, 2013: 105).

Bu bağlamda, bazı ana başlık altında ekonomik büyüme türlerini “spontan büyüme, planlı büyüme, kapalı büyüme, açık büyüme, istikrarlı büyüme, üstel büyüme, biyolojik büyüme, dengeli ve dengesiz büyüme” olarak özetlemek mümkündür (Özgüven, 1988: 85).

3.1.2.1. Spontane Büyüme

Kendiliğinden büyüme; Devletin ekonomiye müdahalesinin asgari düzeyde olduğu ve üretim araçlarının kendiliğinden, diğer faktörlerden bağımsız olarak faaliyet gösterdiği ve belirli bir büyüme hızına yol açtığıdır. Devlet müdahalesinin olmaması gerektiği argümanını paylaşan ekonomik hareket teorilerinde ortaya çıkmıştır. (Özgüven, 1988: 85).

3.1.2.2. Organizeli Büyüme

Planlanan büyüme, kimi kaynakların belirli tipte malların üretiminde planlanan kullanımının bir sonucudur. Bu sayede birden fazla alan üretimi daha etkin bir şekilde gerçekleştirilebilir. Ekonomideki tüm sektörler için planların zorunlu olduğu otoriter

planlama olarak ifade edilirken, bazı sektörler için zorunlu bir plan olarak tanımlanmıştır. (Özgüven, 1988: 85).

3.1.2.3. Açık Büyüme

Açık büyüme, ülke ekonomisinin büyümesi için uluslararası sermayenin çok önemli olduğu bir büyüme şeklidir ve bu nedenle ülkede ülke ekonomisine yabancı sermaye dahil etmek için uygun bir yatırım ortamı aranmıştır. 19. yüzyıldan beri, açık büyüme, serbest piyasa ekonomisini benimsemiş olan tüm ekonomilerde bir büyüme modeli olarak ortaya çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle, sermayenin sermayesi dışındaki diğer üretim faktörlerinin ülkeler arasında eşit olarak dağıtılmamış olması, ülkeleri birbirleriyle ticaret yapmaya zorlamış ve uzmanlaşmanın gerçekleşmesine katkıda bulunmuştur. (Kaynak, 2005: 316).

3.1.2.4. Kapalı Büyüme

Dışa bağımlılığı önlemek için ithalat ikamesi büyüme stratejisini izleyen ülkelerin ekonomilerinde kapalı büyüme görülmüştür. Böyle bir ekonomide büyüme sadece ülkenin kendi kaynakları tarafından gerçekleştirilir ve dış ticaretin gerçekleşmesi mümkün değildir. Bu süreçte, 19. yüzyılın Japonya'sı, 20. yüzyılın Sovyet Rusya'sı, ekonominin her alanında devlet müdahalesiyle, kapalı büyüme sürecini yaşayan ülkeler için bir örnek teşkil etmiştir. (Kaynak, 2005: 316).

3.1.2.5. Durgun Büyüme

Milli gelirdeki artış oranının ve nüfus artış hızının birbirine eşit olduğu durumda, kişi başına düşen gelirde artış hızı durgun büyüme olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle, yavaş büyümekte olan ülkede artan nüfusun gelirindeki aşırı artış nedeniyle ekonomik büyüme gerçekleşmiş olsa da kişi başına düşen milli gelirin artmasından söz etmek mümkün değildir. (Kaynak, 2005: 316).

3.1.2.6. Dengeli Büyüme

Dengeli büyüme, birlikte ve aynı zamanda tüm sektörlerde yapılan yatırımların ardından ortaya çıkan büyüme türüdür. Böylelikle, bir sektörde yapılan yatırımlar, diğer sektörlerde dış tasarruflar yaratacağı gibi, bu sektörde yaratılacak olan üretim artışını da

yaratmıştır. Bu nedenle, yatırım geri dönüşü tek bir sektörde değil, diğer birçok sektörde gerçekleşmiştir. Bir sektörde üretilen nihai bir iyilik, sektörlerin kendi aralarında oluşturdukları taahhüt nedeniyle başka bir sektörün girişini oluşturabilir. Örneğin, cam endüstrisinde üretilen cam, otomotiv endüstrisinin girdilerinden biridir. Otomotiv sektörünün bulunduğu bir ülkede yapılan yatırımlar, sadece bir kez değil, daha fazla verimlilik yaratacaktır. Diğer bir deyişle, özel ve sosyal mallar arasındaki farklılıkları ortadan kaldırmak ve dolayısıyla yatırım faaliyetlerini yaygınlaştırmak için birbirini talep eden faaliyet bölümlerine yatırım yapmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan büyüme türüdür (Kaynak, 2005: 316).

3.1.2.7. Dengesiz Büyüme

Dengesiz büyüme stratejisinin en önemli savunucusu olan A.O. Hirschman'a göre, az gelişmiş ülkelerin kıtlığı sadece kaynak yetersizliğinden kaynaklanmıyor. Bu kaynakları bir araya getirmek için araçların, becerilerin ve kararların yetersizliği, bu ülkelerin az gelişmiş olmasının nedenleri arasındadır. Az gelişmiş ülkeler yeterli kaynağa sahip değildir ve mevcut kaynakları ekonomik olarak değerlendiremez. Hirschman bu nedenle az gelişmiş ülkelerin eşitsiz bir şekilde büyümesi gerektiğini belirtmiştir. (Kaynak, 2005: 321). Bu nedenle dengesiz büyüme stratejisi; Tüm sektörlerde eş zamanlı yatırımlar yapmamak, yatırımlar arasında tercih ve seçim yapmak. Dengeli büyümenin aksine, dengesiz büyüme ve ekonomik gerilimler kasıtlı olarak yaratılmalı ve piyasa ekonomileri piyasa ekonomisi tarafından yönlendirilmiştir (Karakayalı ve Dilber, 2013: 130).

3.1.2. Büyümenin Kaynakları

İnsan ihtiyaçlarını karşılamak için ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlerin hiçbiri ülkede kolayca ulaşabilir ve hazır halde mevcut değildir. Her mal ve hizmeti elde etmek için üretim faktörlerine (işgücü, sermaye, doğal kaynaklar ve teknoloji) dar ve klasik anlamda ihtiyaç vardır. Üretim olabilmesi için saydığımız üretim faktörleri bu süreçte dahil edilmiştir. Bu bağlamda unutulmaması gereken en önemli şeylerden biri, bireyin refah düzeyinin ve toplumun, o toplumda tüketilen mal ve hizmetlerin miktarı ile doğru yönlü bir ilişki olmasıdır. Bu nedenle, daha fazla tüketmek için daha fazla üretme gerçeği kendiliğinden ortaya çıkmıştır. Mevcut üretim faktörlerinin miktarında,

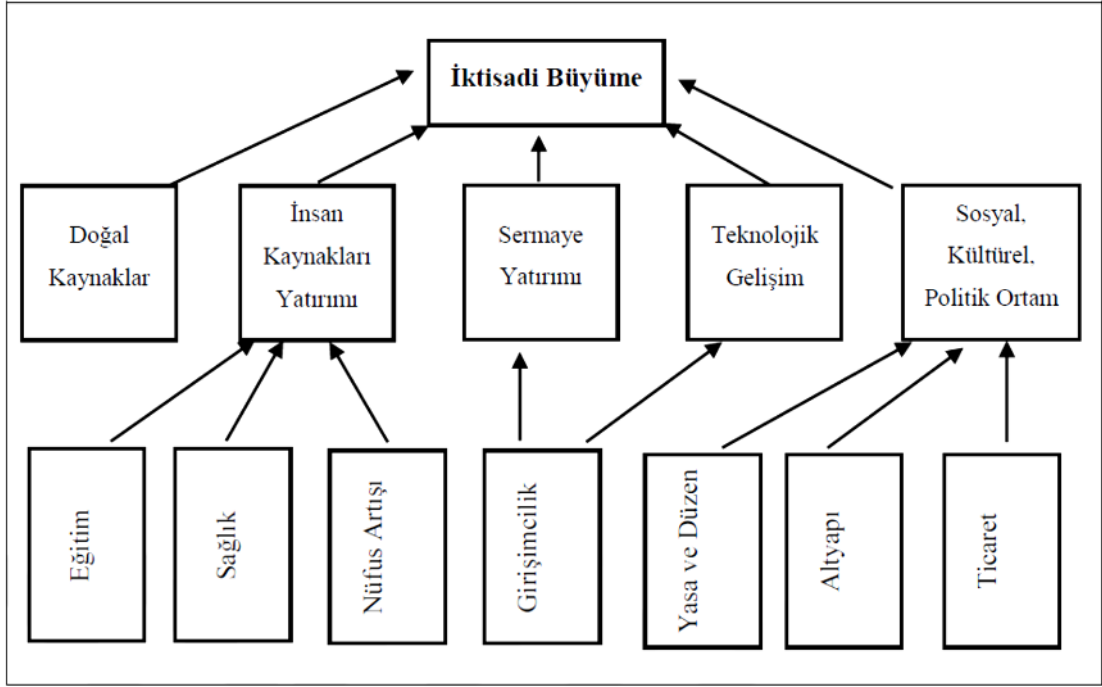
verimliliğinde veya mevcut üretim faktörlerinin seviyesinde bir artışla daha fazla üretim mümkün olacaktır. Bir toplum kaynaklarını artıramaz ve gerekli üretimi sağlayamazsa, sosyal refah düzeyi hiçbir zaman potansiyel seviyesine ulaşmayacaktır (Karakayalı ve Dilber, 2013: 45).

Ekonomik büyüme, bir ülkede üretim miktarında gerçek bir artış olduğu sürece, üretim sürecine dahil olan üretim faktörlerinin miktarındaki artıştan sonra ekonominin büyümesi oluşmuştur. Bir ekonominin uzun vadeli ekonomik büyümesini belirleyen temel faktörler, ülkenin iş gücü, maddi ve insan sermayesi birikimleri, yeraltı ve yerüstü zenginlikleri ve teknolojik gelişmelerdir. Üretim faktörlerindeki değişimlerin ve teknolojik değişimlerin ekonomik büyümeye etkileri, üretim fonksiyonu olarak şöyle ifade edilmiştir(Taban, 2008: 17):

$$\Delta Y = F(\Delta L, \Delta K, \Delta N, \Delta T)$$

Buradaki Δ değişimleri ifade ederken, Y; reel GSMH'yi, L; iş gücünü, K; sermayeyi, N; doğal kaynakları, T ise teknolojiyi ifade etmiştir.

Bir toplumun içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve politik ortam, ekonomisinin büyüme hızını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bir toplumdaki dini, ahlaki, politik ve kültürel değerler ve ekonomik faaliyetlerin baskın olduğu politik teoriler ve kurumlar ekonomik büyümeyi etkileyen faktörlerdir. Ayrıca, ekonomideki rekabet koşulları ya da tekel koşulları, kamu sektörünün boyutu ya da kamu sektörünün ekonomiye müdahalesi (ekonomik müdahale düzeyi), ekonomik faaliyetlerdeki sosyal koşullar gibi ekonomik olmayan faktörler, insanların alışkanlıkları, davranışları ve düşünme biçimleridir, (Özsağır, 2011: 378).



Şekil 3.1. Bilgi Ekonomisinde Büyümeyi Etkileyen Unsurlar (Irvin B., 2000:48-50)

Şekil 3.1'da Irvin Tucker tarafından gösterildiği gibi bilgi ekonomisinde ekonomik büyümeyi etkileyen faktörlerin ortaya konması yararlı olacaktır (Özsağır, 2011: 376). Sosyal, kültürel ve politik çevre hakkında bilgi verildiğinde, ekonomik büyümeyi etkileyen üretim faktörleri tekrar belirtilmemiştir.

3.1.2.1. İnsan Kaynakları

İnsan kaynakları kuşkusuz uzun yıllardan beri iktisatta baskın faktör olan üretim faktörlerinin ön saflarında yer almıştır. Buna göre, ekonomik büyüme ekonomideki mevcut işgücü miktarına ve bu işgücünün kalitesine göre farklılık göstermiştir. (Taban, 2008: 17).

İnsan sermayesi, insana özgü yeteneklerin toplamı olarak ifade edilebilir. Bu bağlamda, insanların kendilerini geliştirmek için yaptıkları tüm çabalar, insanların üretkenliğinde bir geri besleme üretecektir (Parasız, 2003: 396).

Ekonomik büyüme üzerine yapılan araştırmanın önemli bir parçası, nüfus artışı ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantıdır. Malthus'tan bu yana birçok ekonomist, klasik paradigmasıyla, nüfusun işgücünde sınırsız bir artış, azalan verim kanununun

ortaya çıkmasına neden olacağının altını çizdi. Ancak, bu olguyu tek başına düşünmemeye değer. Üretim fonksiyonuna dahil olan üretim faktörleri işgücü kadar büyük ve ikame edilebilir düzeyde ise, işgücü miktarındaki artış artmış üretime katkıda bulunabilir. Diğer bir deyişle, işgücünün nüfus artışına bağlı olarak artması, emeğin marjinal verimliliğini, emeğin ortalama üretkenliğinden daha hızlı artırdığı sürece ekonomik büyüme gerçekleşmeye devam edecektir (Taban, 2008: 18).

İşgücündeki artışın üretim üzerindeki etkisini incelerken, bahsettiğimiz çalışmanın marjinal üretkenliği kavramı (son ek birim emeğin üretimine katkısı) ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda, üretimde kullanılan emek miktarındaki bir değişim, diğer üretim faktörlerinde meydana gelebilecek değişiklikten daha az olduğu sürece, çıktıya bir katkısı olacaktır. Kısacası, üretimde işgücü miktarında (işgücü) meydana gelebilecek ΔL artışı, $MPL \times \Delta L$ üretimde kadar artacaktır (Yıldırım ve ark. 2009: 498). Örneğin, son ek emek birimi, 5 birim çıktı artışı sağlıyorsa, yani, emeğin marjinal ürünü 5 ise, 10 birim işin artması, 50 birim çıktı artışına yol açacaktır.

3.1.2.2. Sermaye Birikimi

Modern ekonomilerde, en büyük paya sahip olan üretim faktörü "sermaye", ürünün seviyesine en üst düzeyde ulaşabilmek ve gelişmiş seviyeye ulaşmak için diğer üretim faktörlerinin yanı sıra zıt etkiye sahiptir. ülke durumu. Başkent; (Karakayalı ve Dilber, 2013: 49). İnsanların üretim için ürettiği tüm üretim araçlarının genel adıdır. İnsanların ürettiklerini söyleyenlerin, sahnenin ardındaki doğada bulunmaması gerçeği yatar. Bu kapsamda, ülke ekonomisinde üretim artışı sağlayan enstrümanlar, makineler, ulaşım sistemleri ve araçları, endüstriyel ekipmanlar, fabrikalar farklı fiziki sermayeler oluşturmaktadır (Taban, 2008: 18).

Emeğin marjinal üretkenliği kavramında bahsettiğimiz gibi, emeğin etkinliğinde kilit rol oynayan üretim faktörü sermaye olarak karşımıza çıkar, fiili sermaye birikimi emeğin üretim artışına katkıda bulunurken aynı zamanda Emek başına sermaye birikiminin artması da verimlilik düzeyini artıracaktır. Dolayısıyla, ekonomik büyümenin bir diğer önemli unsuru olan emek faktörü, üretim sürecinde daha verimli kullanılacaktır. Diğer bir deyişle, tasarruflar ve yeni sermaye birikimleri, üretkenlikte

daha yüksek bir artışa yol açacak, bu da emek başına sermaye miktarını ve insan verimliliğini artırmıştır (Parasız, 2003: 11).

Bir ülkede hızlı ekonomik büyümenin yaşanmasının en temel koşulu, milli gelirin büyük bir kısmının kurtarılması ve yatırımlara aktarılmasıdır. Azgelişmiş ve ekonomik büyüme sürecinde olan gelişmekte olan ülkeler zaten halihazırda düşük tüketim eğilimlerini ortadan kaldırmak ve tasarruflarını ve dolayısıyla sermaye birikimini artırmak için çok zordur. Bu nedenle, söz konusu ülkeler için, özellikle az gelişmiş ülkelerin mevcut tüketimlerini terk etmeleri ve yurt içi tasarruf eğilimlerini arttırmaları çok önemsenmiştir (Karakayalı ve Dilber, 2013: 49).

Üretim faktörlerinde meydana gelebilecek değişiklikten sonra ürünlerdeki değişimi daha net görmek için teknolojik verileri kabul ettiğimizde, üretim fonksiyonu aşağıdaki gibi basitçe ifade edilmiştir:

$$Y = F(L, K)$$

Böyle bir durumda, üretim sadece işgücüne (L) ve sermayeye (K) bağlıdır.

Sermayenin marjinal ürünü (MPK), sermayedeki son birim değişiminin toplam çıktıda yarattığı değişim olarak ifade edilmiştir. Sermayenin miktarında meydana gelebilecek 'lık bir artış, toplam verimde bir artışa yol açacaktır ((Yıldırım ve ark. 2009: 498).

$$\Delta Y = MPK \times \Delta K$$

Örneğin sermaye stokunda meydana gelecek 1.000 birimlik bir artış sermayenin marjinal ürünü 0,50 iken toplam hâsılada 500 birimlik artış sağlayacaktır.

3.1.2.3. Doğal Kaynakları

Ekonomik büyümenin gerçekleşmesini sağlayan geleneksel üretim faktörlerinden biri doğal kaynaklardır. Bu bağlamda, doğal kaynaklar doğada ortaya çıkan ve insan ihtiyaçlarını karşılayabilecek ya da kullanıma hazır hale getirilebilen tüm varlıklar olarak ifade edilebilir. Başka bir deyişle, doğadaki tüm insanlar doğal kaynaklar olarak tanımlanır. Toprak, su, mayınlar, ormanlar doğal kaynak örnekleri olarak sunulabilir. Ayrıca, doğal kaynaklar yenilenebilir - yenilenemeyen ve yaşayan -

yaşayan gibi çeşitli gruplara ayrılabilir. Toprak, orman, hava ve su yenilenebilir doğal kaynaklara örnek olurken; Yenilenebilir olmayan doğal kaynaklar arasında petrol yatakları, doğal gaz, nikel, demir ve diğer mineraller bulunur. Hayvanlar ve ormanlar yaşayan doğal kaynaklara örnek olarak gösterilebilirken; Fosil yakıtları ve mineralleri yaşayan doğal kaynaklara gösterebiliriz (Taban, 2008: 19).

Doğal bir varlığın bir kaynak olarak temsil edilebilmesi için, doğal varlığın bir meta üretiminde kullanılması gerekir. Bu durum bilgi kavramının ortaya çıkmasıyla mümkün olabilecek bir durumu temsil etmiştir. (Karakayalı ve Dilber, 2013: 48). Bu nedenle, doğal kaynakların miktarının büyük olması, ülkenin büyümesine her zaman katkıda bulunamaz. Önemli olan, mevcut doğal kaynakların bilgi ve teknoloji açısından en uygun şekilde değerlendirilebilmesidir.

3.1.2.4. Teknolojik gelişme

Üretim faktörlerinin çıktı üretmek için birlikte nasıl kullanılması gerektiği hakkında bilgi üretim teknolojisi olarak tanımlanabilir ve üretim faktörlerinin çıktı üretmek için bir araya getirdiği bilgi birikiminin sonucu olarak teknolojik gelişme teknolojik gelişme olarak tanımlanır (Ünsal, 2007:191). Bu nedenle, üretim faktörlerinin miktarında bir değişiklik olmasa bile, bu faktörlerin verimliliğinin artmasının, üretimde bir artışa yol açacağı açıktır. Faktörlerin verimliliğindeki artış, üretim faktörlerinin (emek ve sermaye) sabit olduğu ve daha fazla üretimin ortaya çıkmasıyla ortaya çıkacaktır. Bu, ekonomik büyüme tanımının bir parçası olarak ifade ettiğimiz gibi R. Solow'un teknolojik gelişmenin teorisinden kaynaklanmıştır.

Günümüzde ülkelerin sahip olduğu teknoloji seviyesi; üretim süreci, ürün kalitesi, üretim ve yönetim planlaması, pazarlama ve satış sonrası hizmet (Kibritçioglu, 1998: 211). Bu bağlamda, teknoloji seviyesinin geliştirilmesi iç ve dış kaynaklar aracılığıyla da gerçekleştirilebilir.

3.2. Ekonomik Büyüme Modelleri

Kuşkusuz, insanların daha fazla üretim yaptığı ve daha fazla tüketeceği ekonomik büyümenin bir sonucu olan düşmanlıktır. Bu nedenle, büyümeye neden olan faktörleri bilmek de refah seviyesini yükseltmek için önemlidir. Bu bağlamda, ülkelerin

ekonomik büyümesini ve bu faktörlerin büyüme ile ilişkisini vurgulayan faktörler, geçmişte kalmış birçok ekonomistin geliştirdiği büyüme modelleri ile ifade edilmeye çalışılmıştır (Taban, 2010: 1).

3.2.1. Klasik Ekol Öncesi Büyüme Modelleri

Adam Smith, T. Robert Malthus ve David Ricardon, klasiklerin büyüme modelini incelerken büyüme konusundaki görüşlerini yansıtmaya çalışacaklar. Bu iktisatçılar tarafından yürütülen çalışmaların ortak noktası, ekonominin getirilerinin ekonomiye ve uzun vadeli sermaye birikim sürecine dağıtılmasına yoğunlaşmalarıdır (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 15).

3.2.1.1. T. Malthus'un Büyüme Görüşleri

Çağdaş düşünürleri okuyarak ekonomik büyümeye katkıda bulunan bir başka ekonomist olan Thomas Robert Malthus'un genel bir karamsarlığı yansıttığı söylenebilir.

Malthus, "Nüfus İlkesi Üzerine Bir Deneme" başlıklı 1798'de yayınlanan ekonomi bilimine kuşkusuz en önemli katkı sağlamıştır.

Malthus'un nüfus teorisinde, nüfus artış hızı, bir yandan doğum oranı ve öteki ölüm oranı ile ilgilidir. Ölüm oranı kişi başına düşen gelir düzeyine bağlıdır. Diğer bir deyişle, kişi başına düşen gelir, beslenme ve sağlık tesislerini artırarak yaşam beklentisini artıracaktır. Böylece yaşam seviyesinin uzaması, ölüm oranlarının azaltılmasında da rol oynayacaktır. Ayrıca, ülkede doğum oranı gelir düzeyinden etkilenmiştir. Yoksulların gelirlerindeki artış, bu sınıfların doğurganlık oranlarını artırarak genel doğum oranlarında bir artışa neden olacaktır. Uzun vadede, bu yeni doğanlar işgücü piyasasına da girecek ve bu da işgücü arzını artıracak ve bu da gerçek ücretlerin düşmesine neden olacaktır. Ona göre, sadece savaşlar, açlık ve hastalıklar fakirlere yardım edebilecek. Fakat nüfus artışını durdurabilecek ve ücretlerin geçim seviyelerine düşmesini engelleyebilecek düzeyde değiller. Bunun için nüfus, doğum kontrolü ve evlilik erteleme gibi ahlaki faktörlerle sınırlandırılmalı ve maaşların asgari geçim kaynağının altına düşmesi engellenmelidir (Küçükkalay, 2008: 208). Bu nedenle, nüfusun olduğu gibi bırakılması halinde, kişi başına düşen gelir artan bir fonksiyon

olduğundan ve artan gelir ölüm oranını düşürürken, artan ücret olarak geometrik serilerde nüfus artış hızı artış gösterecektir (Yok, 1994). : 21).

Malthus'un teorisine göre, nüfus geometrik serilerde artmaktadır (1,2,4,8,16,32,...). Ancak, toprak üzerinde çalışan azalan verim yasası, artan nüfusu doyurmak için ekilebilir arazinin (Ricardo'nun ayrıcalıklı rant kavramı) verimini düşürmekte, tarımsal ürün arzındaki artışı yavaşlatmakta, aritmetik seri olarak gıda üretimini artırmaktadır (1,2,3,4,5,6,...) (Asla, 1994: 22). Sonuç olarak, toprağın kaynaklarının artan nüfusun taleplerini karşılayamaması, sefalet ve ahlaksızlık krizinin ortaya çıkmasına yol açacaktır (Malthus 1985'in Pehlivan ve Uturious, 2015: 17). Bu krizin arkasındaki gerçek, ücret seviyesinin asgari ücret seviyesinin altına düşmesidir.

Malthus'a göre, nüfus artışının işgücü arzı arttıkça, ücretler düşme eğiliminde olacaktır. Ücret seviyesi asgari ücret seviyesinin altına düştüğünde yoksulluk başlayacak; Hastalıklar artacak ve bu nedenle işgücü arzı azalacaktır. Sonuç olarak ücretler tekrar yükselme eğiliminde olacaktır (Ersoy, 2015: 278). Malthus hiçbir zaman "düşük ücret, ucuz yiyecek ve çok nüfus" fikrini desteklemedi. Bu yaklaşımın sadece vicdan mahrum eden tüccarlar tarafından savunulabileceğini belirtti. Üretimin ücretler yükseltilmeksizin artırılmayacağı fikrini savunuyor ve bir ülkede gerçekleştirilecek üretim miktarının o ülkenin tüketim düzeyi ile aynı doğrultuda olduğunu düşündüğünden ülke zenginleşmeyecek (Ersoy, 2015: 280).

3.2.1.2. Marksist Büyüme Modeli

D. Ricardo'nun A. Smith'e yaptığı gibi, K. Marx (1818-1883), D. Ricardo'nun yanlışlıklarını ve eksikliklerini açıklayarak iktisadın büyüme yasalarını araştırdı, ama benzer bir yolda. Ana çalışmasının isminin “Siyasal İktisatın Eleştirisi” olduğu gerçeği, Karl Marx'ın klasik bir iktisatçı olduğu fikrini akla getirebilir.

Marx'ta kalan değer kavramı, D. Ricardo'nun emek değeri teorisi ile yakından ilişkilidir (Asla, 1994: 31). Emek değeri teorisine göre, bir metanın değerini yaratan öge, bu metanın üretiminde harcanan emek miktarıdır. Dolayısıyla bir metanın değeri, üretimde harcanan emek miktarına göre belirlenirse, az emek harcanan ya da yetersiz olduğu düşünülürse, üretilen metanın daha ucuz olması muhtemeldir. Bununla birlikte, değer in özünü oluşturan emek, homojen bir insan gücü olan homojen bir iş gücü

tüketimidir. Toplumun ürettiği tüm malların toplam değeri içindeki maddi toplumun toplam işgücü, homojen bir insan işgücü kütlesi olarak kabul edilmiştir. Her bir kütle birimi, ürettikleri malların üretimi için toplumsal olarak gerekli olanı aşmayan bir ortalama dan daha fazla olmadıkça, birbirleriyle aynıdır. Toplumdan gerekli iş gücü süresi; Mevcut normal üretim koşullarında ortalama beceri seviyesi ve yoğunluğu ile bir ürün üretmek için gerekli zamandır (Marx, 2010: 31). Karl Marx'a göre, bütün bu açıklamaların ışığında, bir meta değerinin, bu metanın üretiminde kullanılan emek tarafından ölçüldüğünü söylemek mümkündür. Ayrıca, kullanılan emek miktarı, piyasadaki malların değişim değerini belirler (Asla, 1994: 33).

Artık değer, bir malın değeri ile onu üretmek için tüketilen faktörlerin değeri arasındaki farktır (Öztürk, 2009: 104). Emtianın değerinin, bu meta için harcanan emek miktarına göre belirlendiği gerçeğine rağmen, kapitalist en düşük fizyolojik geçim seviyesinde bir ücret öder; böylece işçi, emek emeğinin gerçek değerini değil, işgücünü sürdürebilir. Marketin içinde. Diğer bir deyişle, işçinin emeği için ödediği emeğin oranıyla daha yüksek bir değer üretilir ve bu değer kapitalistin karıdır. Böylece kapitalist sınıf, işçileri sömürerek, parayı ve sermayeyi ellerinde çarparak kârlıdır. Bu, kapitalistlerin kar oranlarını arttırmak için daha fazla çaba göstereceklerini gösteriyor. Kuşkusuz bu durum işçilere karşı bir süreç olarak ortaya çıkıyor; Çünkü kapitalist sınıfın kârının artması emeğin sömürülmesiyle gerçekleşir. Bu, Marx'ın iddiasına göre işçi sınıfının sefaletinde bir artışa yol açacaktır. Bu nedenle, önümüzdeki yıllarda ortaya çıkabilecek ekonomik krizlerden birinde, işçi sınıfının, kanlı bir devrim gerçekleştirerek kapitalist sınıfı sona erdirmesi kaçınılmaz olacaktır (Never, 1994: 33).

Ricardo ve Marx'ın büyüme hakkındaki görüşleri, emek-değer teorisi ve artık değer teorisi birbiriyle ilişkili olsa da, farklılık göstermiştir. Ricardo'da belli bir noktadan sonra sermaye birikimi ve nüfus artışı sona erecek. Bu nedenle, büyüme aşaması sona erecek ve ekonomi durgunluğa sürüklenecek. Azaltıcı geri dönüş yasası nedeniyle normal rekabet koşullarının tam rekabet koşulları altında kaldırılması sonucu sermayenin birikmesinin sona ermiş olduğu görülmüştür. Ricardo'ya göre, teknik ilerleme yavaş. Buna ek olarak, dış ticaretin serbest bırakılması karları artıracak ve bu durum durgunluk aşamasının üstesinden gelmiştir. Bütün bunlara rağmen, hükümetin durgunluk aşamasını kaldırabilecek bir çözümü yok. Karl Marx'ta, kapitalistler

arasındaki rekabetten kaynaklanan hızlı bir teknolojik ilerleme ve sermaye birikimi vardır. Ancak, yeni teknikler ve sermaye yatırımlarının uygulanması kar oranını düşüren bir faktör olarak karşılıklı arz etmiştir. Kâr oranını artırmaya çalışmak, artan iş gücü ve yaygın işsizliğe yol açacaktır. Bütün bunlara ek olarak, konjonktür dalgalanmaları yaşanacak ve krizlerin ortaya çıkmasından sonra ortaya çıkabilecek devrimden sonra devlet, işçi sınıfının geri çekilmesi, özel mülkiyetin kaldırılmasıyla kapitalist sistemin sıkıntılarının üstesinden gelebilmiştir.

3.2.1.3. Merkantilist Akım

Avrupa'da, 16. yüzyıldan 18. yüzyıla kadar yaklaşık üç yüz yıl boyunca uygulanan ekonomi politika Merkantilizm'di. "Merkantilistlere göre, devleti zenginleştirmek için ekonomi politikasının hedefidir. Bu sebeple, kıymetli maden (altın ve gümüş) girişinin ve ülkenin stoklanması artırılması bu düşünce akışının önerileri arasındadır". (Savaş, 1997: 138) "Merkantilizm, "tedarik etmeyi ağırlık veren" bir iktisat teorisidir. Mümkün olan en yüksek ihracat fazlasını oluşturarak ulusal paranın güçlü tutulması temeline dayanmıştır. En önemli temsilciler; William Petty, Cantilyon, Jean Bodin ve Thomas Mun'dur. Aktif ekonomi politikalarının üretim ve istihdamı artırması gerektiğini savundular." (Savaş, 1997: 138)

Merkantilizmin Ortaya Çıkışı

Merkantilizm, 1450-1750 yıllarında fizyokrasiye içerisinde bulunan iktisadi düşüncelerin bütünüdür. Bu kapsam güçlü olmanın kriterlerinden bir tanesi de hazinenin büyüme ve bunun için de dış ticaret dengesinin pozitif olması, yani ithalattan ihracata yönelmesidir (Savaş, 1997: 138)

Çağdaş ekonomik sistemlerden biri olan kapitalizm, Merkantilizmin ve fizyokratik düşüncenin etkisi ile kurumsallaşmış ve klasik iktisadi düşüncenin şekillendirdiği bir sistemdir.

Bu sistemin en belirgin özelliği, daha önce geliştirilen teorilere dayanarak kurumsallaştırılmamasıdır; Olaylardan ve zaman içindeki değişimlerden etkilenen kuramsal yaklaşımlarla şekillendirerek gelişir. Kapitalist sistem bugünkü görüntüsünü, 16. yüzyıldan bu yana Batı Avrupa'da gerçekleşen ekonomik ve politik gelişmelere göre

almıştır. Orta Çağların sonuna doğru, Batı Avrupa ülkeleri neredeyse tüm yaşam alanlarında değişmiş görünüyor.

Binlerce yıllık bir dönemi kapsayan Ortaçağ'da bilgi birikimi, 19. yüzyılda ekonomik, sosyal ve bilimsel değişimler. Kilisenin katı kuralları ve feodal düzen, Batı Avrupa toplumunda meydana gelen değişiklikleri durdurmak için yeterli değildi. Batı Orta Çağ'da toplumsal hayata statik bir görünüm kazandıran Kilise ve feodal idare idaresinin kaybı, ideolojik değişimlere de yol açarak, bilimsel gelişmelerin hızlanmasını sağladı. Bu değişiklikler, ticari kapitalizmin ortaya çıkışı, çağdaş kapitalizmin ilk aşaması ve Merkantilizm, doktrini için bir aşama oluşturmuştur. “Batı Avrupa’da, XV. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren, XVIII. Batı’nın ekonomi politikasına dayanan temel ilkeleri içeren Merkantil düşünürün oluşturduğu bir Merkantilizm sistemi olup olmadığı tartışılmalıdır. Bazı düşünürler, Merkantilist düşüncenin temel ilkeleri ile bir sistem oluşturacakları boyut arasında eşit bir ilişki olmadığını iddia etmişlerdir. Tüccarların günlük sorunları ile başa çıkmak için daha fazla önlemler geliştirdiler. Bu nedenle, bu düşüncelerden oluşan Merkantilizm ayrı bir ekonomik sistem olarak kabul edilemez. Bunu bir Merkantilizm sistemi olarak kabul eden ve onu kapitalizmin ilk aşaması olarak gören eğilimler, geçmişte olduğu gibi daha fazla destekçi bulmuştur.” (Neumark, F. 1943: 66-67)

Merkantilist Düşüncesinin Temel İlkeleri

Başka bir deyişle, ticari kapitalizmin bir Merkantilizm sistemi olarak kabul edilip edilmediği, yukarıda bahsedildiği gibi tartışılmalıdır. “XV. Yüzyılın ortalarından itibaren, ekonomiyi Batı Avrupa ülkelerinde şekillendirdi, Merkantiliğin yüzyılın ortasına kadar süren ekonomik bir sistem olduğu görüşünün daha yaygın kabul edildiği söylenebilir. Ticari kapitalizm zamanında, altın ve gümüş zenginlik (zenginlik) bir kaynak olarak kabul edilmiştir. Bir ülkenin değerli metallerde sahip olduğu daha çok ülke, zengin ve güçlü olarak değerlendirilir. Bir ülke ya da ülke yöneticisi olan kral, ülkesinin değerli metal varlığını artırmak için her türlü önlemi almalıdır. Bunun için ithalat sınırlandırılmalı ve ticaret artırılmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için gerekli olduğunda bile savaşmak zorundadır.

Merkantilist düşünceye göre, ihracat fazlası sağlamak için ithalatlar kısıtlanmalıdır. Devlet bu alanda gerekli tüm önlemleri almalıdır. İthalattaki düşüş ve ihracattaki artış, ülkenin değerli metal varlığını artıracak ve dış ticaret fazlası ile ülke daha zengin hale gelmiştir. Bu nedenle Merkantilist dönemde hammadde ihracatı yasaklanmış ve mamul mal ihracatı teşvik edilmiştir. Gerçekten de, İngiltere'de Kraliçe I. Elizabeth döneminde (1565-1566), canlı koyun ihracatı yasaklandı. Bu kanuna uymayanlar devlet tarafından ellerinden alınmakta, sol el kesilmekte ve bir yıl hapis cezasına çarptırılmıştır.

Merkantil düşünürler, ülke içinde ticaretin önündeki engellerin kaldırılması tartışıldı. Onlara göre, ülke içindeki iç ticaret serbestçe yapılmalıdır. Dış devlet ödemeleri dengesi olumlu bir gelişme göstermediğinde altın, gümüş vb. kıymetli malların akışını hızlandırmak için gerekli tedbirlerin alınmasıyla sıkı bir gümrük kontrol mekanizması oluşturulmalıdır. Merkantilist düşüncenin etkisi altında kurumsallaşan ticari kapitalizm, Batı Avrupa ülkelerinde, milliyetçi bir ekonomi politikası uygulandı. Bir ülke Dış pazara sahip çıkmak ve yeni pazarlar kazanmak için diğer ülkelere göre güçlü olmak. Milletin gücünü temsil eden devlet, Merkantilistlerin savunduğu konulardan biridir. Devletin gücü, nüfusunun gücüne, güçlü ordusuna ve donanmasına bağlı olduğu için ülkenin sahip olduğu değerli metalden kaynaklanıyordu.

Bir servet ve politik iktidar kaynağı olarak kabul edilen değerli metal varlığının artırılmasıdır. Ülkenin bu gibi kaynakları varsa, bunları geliştirmeye çalışmalıdır.

Bir ülkenin kıymetli madenlerinin ülkede üretme imkânları yoksa, ülkeye dış ticaret yoluyla değerli metal akışı sağlanmalıdır. Yukarıda belirtildiği gibi, ithalatlar kısıtlanmalı ve ihracat artırılmalıdır. Dış Ticaret fazlası sağlamak için dış pazarların genişletilmesi gerekmektedir. Batı Avrupa ülkelerinin 15. yüzyıldan beri açılmış olduğu ve dünyanın büyük bir kısmının kolonileşmesinin o dönemde uygulanan Ticari Merkantilizm'in temel ilkelerine dayandığı iddia edilebilir. Nitekim, 1651 ve 1660 yıllarında İngiltere'de uygulanan deniz kanunları, İngiltere'den gelen kolonilere ihraç edilmek ve İngiliz gemileri tarafından ülkeden ithal edilecek malları öngörmüştür. Bu yasaya göre, bazı koloni ürünleri sadece İngiltere'ye satılabilir. Diğer bazı mallar başka ülkelere gönderilmeden önce İngiltere'ye getirilecek. İngiltere dışındaki diğer ülkeler, bu sömürgelere mal alımını kısıtlamış veya tamamen yasaklamıştır. Bu uygulama,

kolonilerin mevcut sanayi kuruluşlarının gelişimini durdurdu veya tamamen yok etti. Bu politika ile İngiliz sömürgeleri bu ülke için bir pazar haline geldi ve ülkenin sanayiinde ve ucuz bir iş piyasasında bile kullanılacak ucuz bir hammadde kaynağı olmuştur.

Merkantlist düşünürler devletin ekonomik faaliyetlerine müdahaleyi savunmuşlardır. Bu düşünörlere göre devlet, ihracat hacmini artırmak için ölkö sanayisini organize edecek, gerekirse sanayi kuruluşlarını kuracak ve sanayi sektörünü sıkı denetim altında tutacaktır. Sanayi mallarının kalitesini kontrol etmek ve ölkedeki ortak ölçüm ve tartım ünitelerini yaygınlaştırmak devletin üstleneceğı görevler arasındadır.

3.2.1.4. Fizyokrasi Akımı

Doğal düzeni savunan bu görüşe göre, sosyal ve ekonomik kurallar bir doğal hukuk gücü tarafından oluşturulmuştur. Üretimde tek üretken alan tarımdır. Tarım tüketildiğinden daha fazla üretime yol açar düşüncesine dayanır. Ortaya çıkan fazlalık, Fizyokratlar tarafından net çıktı olarak ifade edilmiştir. Diğer faaliyetler (ticaret, sanayi) kısırdır, çünkü net gelirler üretmezler. Toplum, gelir dağılımı teorisi açısından net gelire göre üç sınıfa bölünmüştür. Verimli sınıf (çiftçiler), toprak sahipleri, infertil sınıf (sanayiciler ve tüccarlar). Quesnay'ın ürettiğı ekonomik tabloya göre, bu sınıflar arasında gelir dağılımı şöyledir: Çiftçiler arazi sahipleri için araziye kira olarak net gelir verirler. Arazi sahipleri, bu net geliri elde ederler, ki bu da arazinin işletim maliyetidir. Hammaddeyi işlenmiş mallara dönüştürmek için atölyelere ve işçiliğe ihtiyacı vardır. Yani bu sınıfın net geliri diğer iki sınıfa geri dönmek zorunda. Bu ekonomik tablo, genel denge modellerinin başlangıcıdır. Vergi tarımın tek verimli alanı olduğundan, vergi sadece tarımdan alınmalıdır. İhracat, tarımsal ürönlere dayalı olmalıdır. Değer kaynağı tarımdır. Sermaye sadece tarımsal yatırımlarda kullanılmalıdır. Faiz, tarımsal sermayenin kazancıdır. Fizyokratlar, sistematik olarak ekonomik süreci incelediler, kesinti yöntemini kullanmışlardır.

3.2.2. Klasiklerin Büyüme Teorileri

Adam Smith'in “Ulusların Zenginliği” (1776) genellikle klasik iktisadın başlangıcına işaret eder. Klasik okulun en ünlü ve seçkin temsilcileri şunlardır: Adam Smith (1723-1790), David Ricardo (1772-1823), Thomas Malthus (1766-1834), Karl Marx (1818-1883), John Stuart Mill (1808-1873)), Jean-Baptiste Say (1767-1832) ve diğerleri.

Smith'in temel görüşü, milletlerin zenginliğinin altın üzerine değil, ticarete dayanmasıydı. İki taraf, değerdeki şeyleri değiş tokuş etmeyi serbestçe kabul ettikleri zaman, çünkü her ikisi de değişimdeki bir karı görüyorsa, toplam servet artar. Klasik iktisatçılar, piyasaların genellikle zorlamadan sonra kendilerini düzenlediklerini gözlemler. Adam Smith bunu alıcıların çeşitli tedarikçiler arasında seçim yapabildiği ve başarılı bir şekilde rekabet etmeyen şirketlerin başarısız olmasına izin verdiği durumlarda piyasaları doğal dengeye doğru hareket ettiren metaforik bir “görünmez el” olarak adlandırdı. Smith, tekelliliğin tehlikelerini uyardı ve rekabetin önemini vurgulamıştır (Smith, 1776).

Adam Smith, emek verimliliğinin büyümesine ve işleyen sermayenin büyüklüğünde bir artışa yansımış olan üretim faktörlerinin (toprak, emek ve sermaye) üretiminin gelişmesiyle birlikte zengin insan kaynağındaki artışı ilişkilendirmiştir. Nüfus artışına, çalışanların malzeme üretimi alanındaki payının artmasına, yatırımlara ve coğrafi keşiflere büyük bir ilgi gösterildi ve bu da geniş çaplı büyümeye katkıda bulundu.

Smith, nüfus artışının içsel olduğuna ve mevcut geçim kaynağına bağlı olduğuna inanmıştır. Yatırım aynı zamanda içsel olarak kabul edildi ve kapitalistlerin çalışkanlığına ve tasarrufuna bağlıydı ve tasarruflar sayesinde kişisel tüketim için değil, endüstriyel amaçlarla kullanılan rezervlerin toplamı anlamına geliyordu. Araziden elde edilen çıktı, coğrafi bölgelere bağlandı. Mevcut arazi verimliliğinde keşifler ve teknolojik gelişmelerdir (Lavrov ve Kapoguzov, 2006).

Smith'in üretkenliğinin ardındaki temel itici güç, emeğin bölünmesi ve teknolojinin gelişmesidir. Smith, ekonomik sektörün ve ulusal ekonominin kalbinde bir bütün olarak rekabet gördü ve ekonominin teknolojik ilerlemelerle, kısmen de iş

bölümünün parçası olduğu için ekonominin hızla büyüyebileceğine inanıyordu. Smith, dengeleme sistemi sürecinin sonuçlarının toplum için tercih edilmesine ve pozitif olmasına rağmen, sistemi dengeye getirmenin bir unsuru olarak rekabeti ele almıştır (Reid, 1989).

3.2.2.1. Adam Smith'in Büyüme Teorisi

Adam Smith'in ekonomik büyüme teorisi, ilk bakışta, Quesnay ve Physiocrats'inkilerden farklıdır. Bu argüman endüstrisinde yatırım yapılabilir bir fazlalık üretilmez ve bu nedenle tarımsal fazlalığın yeniden yatırılmasına bağlı olarak büyümeye olumlu bir katkıda bulunmaz. Teoride, hem endüstri hem de tarımın hayati bir rol oynadığı, ancak tarımsal fazlasının büyüme üzerinde özellikle önemli bir etkisi olduğu ve Quesnay'ın argümanını çok önemli ölçüde basitleştirdiği önemli unsurları ele geçireceği ortaya çıkacaktır.

İşçiler, köylüler gibi, bu faydaları yaratan işbölümünden elde ettiler ve Smith, bunun olası en büyük avantajlarının 1776'da elde edildiğine kesinlikle inanmadılar. Smith, aralarındaki pozitif ilişki hakkında bir argüman geliştirmeye devam etti. Modern teorinin yakın zamanda yeniden keşfedilmeye başlamış olduğu sermaye birikimi ve verimlilik artışıdır. Aston, yirminci yüzyılın büyüme teorisinin çoğunda, yatırım oranının, ekonominin uzun vadeli çıkış ve yaşam standartları büyüme oranı üzerinde hiçbir etkisinin olmayacağı tahmin etmiştir. Bu, neoklasik büyüme teorisine ve Smith'in teorisine ek olarak Keynesyen büyüme teorisine ek olarak doğrular. Sermaye birikimi artan nüfus ve istihdama yol açar ve üretilen mallar için pazarın bu şekilde genişlemesi şartıyla, emek verimliliğini olumlu yönde etkileyecek olan artan işbölümü takip edilmiştir. Rekabet yeterliyse ve sermaye artışı genellikle rekabeti artıracaksa, imal edilen malların fiyatları birim işgücü maliyetlerinden dolayı başarısız olur ve sonuç olarak işçilerin satın alabilecekleri malların miktar ve çeşitliliği artacaktır. Bu nedenle, Smith'in büyüme hesabında, daha hızlı sermaye birikiminin, istihdam ve üretimde daha hızlı bir büyüme ve yaşam standartlarında daha hızlı büyüme ile ilişkili olduğu izlenmiştir. modern büyüme teorisinde Arrow, "üreterek öğrenme" modeli ile Smith'in sonuçlarına en yakın olanıdır. Burada, işgücü verimliliğinin ve baş başına ücret artışının, yeni makineler tarafından sağlanan istihdam fırsatlarının büyüme hızına bağlı olduğu görülmüştür. Smith'in sonuçlarına çok az başka modern kuramcı geldi.

Dolayısıyla, yatırım ve büyüme arasında güçlü bir bağlantı, kalkınma sürecinin merkezinde yer alıyorsa, Smith'in büyüme teorisinin yüksek olması gerekir, çünkü yatırımın çok az olduğu yerlerden biridir.

Klasik büyüme modelinde A. Smith'in büyümeye dair görüşleri, klasik paradigmayı savunan diğer düşünürlerden farklıdır. Ricardo'nun modelinde, azaltılmış verimlilik kanunu hem işgücü hem de sermaye faktörü için geçerlidir; Smith'in modelinde, emeğin verimliliğini artırma kanunu ve sermaye için azalan verimlilik kanunu geçerlidir. Fakat her iki modelde de Malthus'un nüfus yasası geçerlidir ve her iki modelde de ekonomi bir süre durgunluk dönemine girecektir (Asla, 1994: 14).

Bunlar, her işçinin bir işe odaklanması ve alanındaki becerilerini arttırmasıdır. Kuşkusuz, aynı işi tekrar tekrar tekrar yapan çalışan, beceri kazanır, işi daha kısa sürede ve daha kaliteli bir şekilde teslim eder. Bu durumu, uzmanlığın pazar büyüklüğüne bağlı olduğu örneklerle açıklamak yararlı olacaktır:

Bir firma bir otomobil ürettiğini ve sadece kendi ülkesinde sattığını düşünürse, bu şirket daha az araba ticareti yapacak ve serbest ticaretten daha az gelir elde etmiştir. Böyle bir durumda, daha az işçi çalıştırılacak ve her işçi ne yaptığı konusunda daha az uzmanlaşacaktır. Bunun nedeni, işçinin, sayıları az olan otomobil üretimi sırasında bir dizi farklı iş üstlenmesidir. Ancak, dış ticaretin ülkede serbestleştiğini düşündüğümüzde, durum ters yönde dönecek, firma daha fazla araba üretmeye ve satmaya başlayacak ve sonuç olarak daha fazla gelir yaratacaktır. Böyle bir durumda firma daha uzmanlaşmış makineler kullanmaya başlayacak ve işçilerin uzmanlaşma seviyesi buna göre artacaktır. Bu nedenle, üretim ölçeğinin belli bir seviyede sınırlandırılacağı için sadece yerli bir üretici böyle bir uzmanlık derecesine sahip olacaktır. Serbest ticaretin önündeki engeller, uzmanlaşmayı, teknolojik gelişmeyi ve refah artışını sınırlamak için A. Smith tarafından eleştirilmiştir. (Gerber, 2011, Pehlivan ve Uturious, 2015: 17). Başka bir deyişle, değişim için üretimin gerçekleştirildiği bir ekonomi, ulaştırma, iletişim ve serbest ticaret ile belirlenen pazar büyüklüğü iş bölümünün gerçekleşmesini mümkün kılar, bu nedenle yüksek düzeyde uzmanlığa sahip iş, milletlerin refah seviyelerini de arttırmıştır (Bocutoğlu, 2012: 65).

Tanımladığımız gibi, sermaye birikimi, işgücünün ve uzmanlaşmanın bölünmesine ek olarak, büyümenin temel özelliğidir.

İş bölümünün ve uzmanlığının temel gereksinimi olan piyasanın büyüklüğü, ekonomideki mevcut sermaye stoğuna ve hukuk ve işletme gibi iç ve dış ticareti üst yapıyı kısıtlamaya yönelik uzun vadeli önlemlerin olup olmadığına bağlıdır. (Kazgan, 2014: 81-82). Böylelikle, tasarruf için sermaye birikimi ve kâr için hareket eden girişimcilerin yatırımları, emek ve uzmanlaşmanın bölünmesine ve onlara eşlik eden teknik ilerlemenin hızına yol açacaktır; Emek verimindeki artış nedeniyle. Pazarın genişlemesi, işbölümü ve uzmanlaşmanın genişlemesi, iç ve dış ekonomileri oluşturacak ve böylece artan verim, emek verimini düşürmeyecek şekilde baskın olacaktır. Sermaye için, azalan verimlilik yasası çalışmaya devam ediyor. Emek işbölümü ile artan verimlilik geçerlidir; Ortaya çıkan artış da ücret seviyesinde bir artışa yol açacaktır. Ücretlerin eskilerden daha yüksek olması, genel üretkenlik düzeyini artıracak ve gelirleri daha da artıracaktır; çünkü nüfus - ücret ilişkisi çalışanlara daha iyi beslenme ve motivasyon sağlayacaktır. Bu bağlamda, sonuç, büyümenin kendi kendini idame ettiren bir süreç olduğu ve bu süreçte dahil olan ekonomilerde sermaye birikimi, nüfus ve gelirlerin artan oranda artmasıdır. Bununla birlikte, artan verim, sonuna kadar devam etmemiştir. Kâr fazlası, sermaye birikimini, nüfus ve gelir büyümesini durduracak ve sonuç olarak ekonomi durgunluğa ulaşacaktır (Asla, 1994: 26-7). Bu nedenle, bu aşamada, büyüme durur ve ürünün seviyesinin değişmediği durağan durum başlar.

3.2.2.2. D. Ricardo'nun Büyüme Görüşleri

David Ricardo'nun büyüme hakkındaki görüşlerinin Malthus'ta olduğu gibi genel bir karamsarlığı yansıttığını söyleyebiliriz; Çünkü Ricardo'nun temel büyüme görüşü, arazi kıtlığı, düşük seviyelerde ekonomik büyümeye neden olmasıdır (Pehlivan ve Uturious, 2015: 19).

Ricardo'nun büyüme konusundaki görüşlerine geçmeden önce, klasik modelin varsayımlarını belirtmekte fayda vardır (Kaynak, 2011: 26).

Ekonomi sürekli olarak tam rekabet ve tam istihdam koşulları altında faaliyet göstermiştir.

Sanayi sektöründe, teknik ilerleme oranı yüksektir ve işgücü için artan verimlilik yasası geçerlidir. Bununla birlikte, tarım sektöründeki teknik gelişme oranı çok düşüktür ve toprak miktarı sınırlıdır, dolayısıyla azalan verim hukuku hakimdir. Bu bağlamda, sanayi sektöründeki teknik gelişmeler ve artan verim, tarım sektöründeki azalan getirileri karşılayamadığı için, verim kanunları ekonomi genelinde ortaya çıkmıştır. Üretim işlevi bir fonksiyon, yani üretim sermayesinin, iş gücünün ve toprağın bir işlevidir. Yüksek kar nedeniyle başlangıçta tasarruf ve sermaye birikimi hızlıdır. Kısa vadede işgücü arz ve talep ile belirlenirken, Malthus'un nüfus teorisi en azından uzun vadede sabit geçim seviyelerinde ücret tutma eğilimindedir (Taban, 2008: 31).

Ricardo'ya göre, ekonomik büyümenin kaynağı kapitalist sınıfın yapacağı yeni yatırımlardır. Yani, ana yatırım kaynağı kardır. Ancak, zaman içinde artan kiralara ve ücretler karların düşmesine neden olacaktır. Bu nedenle, bu durum sürdürülemez büyümenin sürmesine ve ekonominin durağan halde istikrarlı kalması için zemin hazırlamasına neden olacaktır (Ersoy, 1986: 151).

3.2.3. Modern Büyüme Teorileri

3.2.3.1. Harrod –Domar Büyüme Modeli

Birbirinden habersiz olarak iki iktisatçı Roy Harrod ve Amerikan ekonomist E.D. Domar bu konu ele alınmıştır. Harrod-Domar modeli olarak adlandırılmıştır. Her iki model de, Keynesyen statik büyüme modelinin dinamikleştirildiği ve zaman içinde istikrarlı bir büyümenin mümkün olup olmadığı tartışılan modellerdir. Böylece, Keynes'in statik yaklaşımını dinamik olarak incelediler ve dinamik büyüme modellerinin gelişimine katkıda bulundular (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 26). İşsizlikte artışlar ekonomide bir daralmaya yol açacaktır, bu nedenle ekonomideki genel fiyatlardaki düşüş eğilimi olacaktır. Öte yandan, sermaye stokunun yetersiz kullanılması, kâr, yatırım ve talebin azalmasına neden olacağından, ekonomi böylece sermaye stokunun tam kullanımını gerektiren statik yaklaşımların dinamik olarak ele alınmasına başlayacaktır (Branson, 1995: 568).

Harrod-Domar büyüme modelinin vurguladığı ana başlangıç noktası net yatırımların ikili etki durumu. Net yatırımlar, bir yandan bu talebi karşılamak için ekonominin üretim kapasitesini artırırken, üretim için bir talep yaratıyor. Örneğin; yeni

bir fabrika demir, elik, makine vb. talep artacak ve üretim bittiğinde, ekonominin üretken kapasitesinde bir artış olacaktır. Bu nedenle, bir ekonomide herhangi bir dönemde net yatırımın talep etkisi ve kapasite artırıcı etkisi vardır. Keynesyen modelde eksik olan, bir dönemdeki net yatırımın kapasite etkisidir (Parasız, 2003: 375). Dolayısıyla, yatırımların gelir yaratma (Keynesyen etki) ve ekonomiye genişleyen üretim kapasitesi (tedarik) (klasik etki) etkisi olduğu söylenmiştir (Kaynak, 2011: 88).

Genişleme kapasitesinin tam olarak kullanılması durumunda, bir sonraki döneme ilişkin toplam talep, net yatırımların ekonominin üretim kapasitesini artıracakđ ve böylece bir sonraki dönemin potansiyel üretimini artıracakđ dönem boyunca talebi karşılayacaktır. lke ekonomisinin büyümesinde önemli bir rol oynamıştır (Parasız, 2003: 89).

3.2.3.2. Neoklasik (Solow) Büyüme Modeli

İlk neoklasik büyüme teorileri 1950'ler - 1960'larda ortaya çıkmış, dinamik dengenin sorunlarına dikkat çekildiğinde ve yeni teknolojinin getirilmesiyle, üretim organizasyonunu geliştirmek üretkenliği artırırken, kullanılmayan kapasiteden ötürü potansiyel büyümenin çok fazla olmadığı problemler ortaya çıkmıştır. Bu okulun ana temsilcileri Alfred Marshall (1842-1924), Carl Menger (1840-1921), Friedrich von Wieser (1851-1926), Leon Walras (1834-1910), John Bates Clark (1847-1938), William Stanley Jevons (1835-1882), Irving Fisher (1867-1947) ve diğerleridir.

Amerikalı bilim adamı Robert Solow (1924'ten günümüze kadar) diğer bilim adamları ile birlikte devletin ekonomiye müdahalesine karşı çıktı ve büyük firmaların kendilerine sunulan kaynakların çoğunu kullanarak rekabetçi bir pazarda büyüme potansiyellerini yakalamalarına izin verilmiştir.

Teorilerinin metodolojik temeli, üretim faktörlerinin klasik üretim teorisine, emek, sermaye ve toprağın ulusal ürün oluşumunun bağımsız faktörleri olduğu kadar, marjinal üretkenlik teorisine dayanıyordu. Üretim faktörlerinin sahipleri tarafından türetilen bu faktörlerin marjinal ürünler tarafından belirlenmiştir.

Neoklasik teorisyenler Neo-Keynesyen büyüme teorisini üç noktada eleştirdiler (UN, 2011):

Birincisi, tek bir büyüme faktörü - sermaye birikimi (yani yatırım artışı) üzerinde durduklarından, diğer tüm faktörleri görmezden gelmek ve özellikle teknolojik ilerlemeyle ilişkili olanlar: eğitimin gelişimi, beceriler, üretim organizasyonunun geliştirilmesi, vb. İkincisi, sermayenin değişmezliğinden kaynaklandığından, gelirdeki payıdır.

Neoklasik model, sermayeyi ve emeği hesaba katarak ve bunların birbirinin yerine geçebilirliğini kabul ederek, sermayenin katsayısında değişim olasılığına izin verir. Bu nedenle, mevcut teknik ekipman üretiminde bile, sadece farklı kaynak kombinasyonları uygulayarak belirli çıktı hacmine ulaşmak mümkündür; Üçüncüsü, Neo-Keynesyenler, otomatik yeniden dengeleme için piyasa mekanizmasının yeteneğini göz ardı ettiler. Neoklasik iktisatçılar ise, tek rekabetçi piyasa sisteminin dengeli ekonomik büyüme sağlayabileceğine inanıyordu. Bu durum aynı zamanda istikrarlı bir parasal sistem için de geçerlidir. Bu nedenle, devlete ekonomiye müdahalesini bir istikrar ihlalleri faktörü olarak düşünüldüğünde, enflasyonist hükümet harcamalarına karşı çıkmışlardır.

3.2.3.3. Neo-Klasik Büyüme Modeli

Harrod'un bıçak-sırt problemine çözümü, neo-klasik modelin, sermaye / ürün katsayısının sabit olmasına ve girdiler arasında yer almasına izin veren sürekli bir üretim fonksiyonu için bir tercih getirmesidir. Neo-Klasik model, Solow tarafından yapıldığından Solow modeli olarak da bilinir. Rekabet koşulları ve uygun üretim fonksiyonları gibi geleneksel Neo-Klasik varsayımlara ek olarak, model ekonominin tek varlık olduğunu ve tasarruf edilen tasarruf miktarının parasal değersiz bir tasarruf fonksiyonu ile temsil edilebileceğini varsayar. (Akat, 2009: 534 -5).

Neo-Klasik modeldeki üretim işlevinin, emek ve sermaye girdileri tarafından gerçekleştirildiği ve üretim fonksiyonunun $Y = F(K, L) = K^\alpha L^{1-\alpha}$ olarak ifade edildiği görülmüştür. Üretim fonksiyonunda α , 0 ile 1 arasında bir sayıdır ve bir ölçek temelinde sabit bir getiri varsayımı yapılmıştır. Bu bağlamda, emeğin ve sermayenin belirli bir oranda artması, çıktı miktarında bir artış sağlamıştır (Jones, 2007: 20).

Neo-klasik model, kamu sektörünün dahil olmadığı kapalı ekonomide artan ekonomik büyümenin, nüfus artışının ve teknolojik gelişmelerin sonuçlarına

odaklanmıştır. Bu bağlamda, ekonominin istikrarlı devlet seviyesine henüz ulaşmamış olan tasarruf oranlarındaki artış, işçi başına düşen sermaye miktarında bir artışa yol açacaktır (modeldeki tasarrufların yatırımlara eşit olduğu varsayımıyla) ve dolayısıyla Çalışan başına üretim de gözlenmiştir (Taban, 2010: 28). Ekonomik büyümedeki artışın ekonomik büyümeyi sürekli olarak etkilemesi mümkün değildir; Çünkü, insanları ekonomik büyümede artış yaratmak için daha fazla tasarruf etmeye teşvik etme çabalarının başarısız olacağı açıktır. Böylece Neo-Klasik modeldeki tasarruf oranlarındaki artışın uzun vadede büyüme üzerinde bir etkisi olmayacak, kısa vadede ise ekonomik büyümeyi etkileyeceklerdir (Aghion ve Howitt, 1998: Taban, 2010: 28). Böyle bir durumda, ekonomik büyümenin sürdürülebilir olması için geri kalan değişkenler arttıkça teknoloji ve nüfus artışı artmıştır. Bununla birlikte, modelde teknoloji dışsal olarak kabul edilir ve azalan getiriler yasasının bir sonucu olarak, sonuç olarak fakir ülkelerin zengin ülkelere daha hızlı büyüyecekleri; çünkü az gelişmiş ülkelerin düşük sermaye hissesine sahip olduğu her yeni birim, gelişmiş ülkelerde üretilen çıktıya kıyasla gelişmiş ülkelerde daha fazla yatırım yapılmasına yol açmıştır. Bu, az gelişmiş ve gelişmiş ülkeler arasındaki gelişme düzeyi açısından bir yakınlaşmanın ortaya çıkacağını göstermiştir. (Şıklar ve Kaya, 1998: 62).

Sonuç olarak, Neo-Klasik modeldeki geçici büyümenin, tasarruf oranlarındaki ve nüfus artış hızındaki değişimlerden kaynaklandığı, uzun vadeli büyümenin ise teknolojik gelişme ile gerçekleştiği söylenebilir. Teknolojik iyileşme sermayenin marjinal ürününü ortadan kaldırabilir ve uzun vadede ülkeler teknolojik gelişmede işgücü başına büyüme göstermiştir (Karakayalı ve Dilber, 2013: 105).

3.2.4. İçsel Büyüme Teorileri

Neo-klasik büyüme modelinin ardından özellikle Paul M. Romer, Robert E. Lucas ve Robert Barro'nun katkılarıyla yeni büyüme modelleri geliştirildi. İçsel büyüme modellerinin en önemli yönü teknolojik gelişmenin içsel bir faktör olarak görülmesi ve Solow modelinde yapılan sermayenin geri dönüşünün azalması varsayımının ortadan kalkmasıdır (Taban, 2010: 37).

Gerçek dünya için bazı çıkarımlar içsel büyüme modellerinde ve diğer büyüme modellerinde olduğu gibi ileri sürülmüştür. Bu çıkarımlardan bazıları şöyle özetlenmiştir (Taban, 2008: 106-7):

İç büyüme modelleri, zengin ve yoksul ülkeler arasındaki yakınsama hipotezinin gerçekleşmeyeceğini savundu. Son 50 yıllık çalışmanın ardından, bu zengin ülkelerin gelişiminin, büyük ölçüde bu ülkeler arasındaki uçurumun kapanması nedeniyle, planlanan büyüme oranlarında iyileşme gösterdiği kanıtlanmıştır. Ülkeler arasında ortaya çıkan refah farklılıklarının nedenlerinden biri olarak, insan sermayesinden pozitif dışsallıklar göstermemiz mümkün; çünkü insan sermayesi birikiminin yüksek olduğu ülkelerde, üretkenlik düzeyi genellikle yüksektir ve işçiler yüksek bir gelir düzeyi kazanabilmiştir. Bu, beyin göçünün eski günlerden fakir ülkelere gelişmiş ülkelere gerçekleştirilmesiyle açıklanmıştır (Taban, 2010: 100).

Ar-Ge'ye dayalı içsel büyüme modellerinde, uzun bir çalışma ve işten sonra değil, bilginin rastgele elde edildiği Ar-Ge modelinin en önemli özelliği. Bu modelin odak noktası, 1962'de yayınlanan Arrow'un “öğrenme modeline” dayanmıştır.

Arrow'un öğrenmesinin, öğrenme modelinin tekrarına bağlı olması, aynı tekrarlayan işçinin, işi daha kısa sürede yapmayı öğrenerek zamandan tasarruf etmesini ve üretimin bu tasarrufla artacağını öngörülmüştür. Romer de Arrow'un bakış açısına göre, şirketin üretiminin, üretim ve yatırım sürecinin bir yan ürünü olarak sermayenin bir parçası olduğunu ve bilginin sermayenin (taşkınların) bir parçası olduğunu ve bunun sermaye için artan getiriler (Basan, 2010: 50-1).

Barro tarafından, kamu ve özel sektörler arasında bir kamu politikası modeli ve işbölümü olduğu öne sürülmüştür. O'ya göre devlet, özel sektörün verimliliğini artıran görevleri üstlenmeli ve yerine getirmelidir. Bu kapsamda, devletin eğitim ve öğretim hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, Ar-Ge faaliyetlerinin teşvik edilmesi ve özel sektörün ve yabancı sermayenin inovasyonundaki yatırımların teşvik edilmesi ve patent ve mülkiyet haklarının korunması gibi görevler gerçekleştirilmiştir. (Taban, 2008: 107). Bu söylemlerde önemli olan, herhangi bir bedel ödemediği toplumu oluşturan kamu mal ve hizmetlerinin, özel sektör yatırımlarının marjinal verimliliğini ve özellikle altyapı hizmetlerinin altyapısını artırdığı varsayımdır. Özel sektör, dışlanmayan ve genel

kamuya ait malların üretimini sürdüremez. Milli savunma, deniz ve demiryolu hizmetleri, su şebekesi gibi su altyapı hizmetleri buna örnektir (Taban, 2010: 101-2).

3.3. İşletmelerde Büyüme

İşletmeler canlılar gibi ve toplumsal sistemler gibi zaman içerisinde gelişir ve büyürler. Her İşletmenin özünde bir büyüme isteği vardır.

İşletmelerde Büyüme İhtiyacını Ortaya Çıkaran Sebepler:

- 1-Dev İşletmelerle rekabet edebilecek bir güce ulaşma isteği,
- 2-Değişen çevre ve ekonomik yapıların ortaya çıkardığı belirsizlik ve tehditlere karşı önlem almak,
- 3-Ortaya çıkan fırsatlardan daha çok yararlanma isteği,
- 4-İşletmenin yeni teknolojiler ve büyük sermayelerle pazarda iş yapmaları.

Bu sebepler bir işletmeyi büyümeye iter ama burada da işletmeler için en uygun büyüme ve büyüklüğün ne olduğu sorunu ortaya çıkar.

İşletmelerde Büyüklüğü Belirleyen Başlıca Etmenler;

- 1-Finansman olanakları,
- 2-Teknoloji,
- 3-İşletmenin faaliyet konusu ile yönetim yeteneği,
- 4-Pazar ve rakip işletmelerin durumu,
- 5-Toplumsal çevre ve ülkenin ekonomik durumu.

Bunların yanında sağlıklı bir büyümenin olabilmesi için rekabeti sağlayacak gerekli yaratıcı ve yenilikçi faaliyetlere yer verilmeli. Ayrıca büyüme olgusu, işletmelerde çalışanlar içinde önemlidir. Büyüme olgusuyla beraber, çalışanlarda yaratıcılık ve yeteneklerini ortaya koyma, performanslarında artış gibi olumlu sonuçlar doğurur. İşletmelerdeki büyümenin bu getirileri yanında aşırı ve kontrolsüz büyümeler işletmelere faydadan çok zarar verebilir. (Celaloğlu, 2014)

İşletmelerin Hızlı ve Aşırı Büyümesini Doğuracağı Sakıncalar

- 1-Aşırı büyümeyi finanse edecek kaynak temininde güçlükler,
- 2-Koordinasyon zayıflaması,
- 3-Bürokratik ve formalite engellerinin artması,
- 4-Kırtasiyeciliğin artması,

5-Aşırı yük yüzünden çalışanların performans ve motivasyonlarının düşmesine bağlı verimsizlik,

6-Uyum sorunlarının sebep olabileceği gerilimler vb. Bu ve buna benzer sorunlar ortaya çıkabilir.

Bundan dolayı işletmeler için büyüme, dengeli ve tutarlı olmalıdır. Aksi takdirde faydadan çok zarar edilebilir.

3.3.1. Büyüme Şekilleri

3.3.1.1. İç Büyüme

İşletmelerde var olan faaliyetlerin arttırılmasıyla gerçekleşir. Genellikle işletmeler sahip oldukları kaynaklara dayanarak iç büyümeyi sağlarlar

İç Büyüme Sürecinde İhtiyaç Duyulan Finansman Kaynakları

1-Oto finansman,

2-Borçlanma,

3-yeni sermaye bulma vb.

İşletmeler, yukarıdaki kaynaklardan birini, birkaçını yada tamamını gerektiği gibi kullandığından;

1-Pazar faaliyetlerini genişletebilir,

2-Yeni Pazar arayışına girebilir.

İşletmelerde Büyüme Kendi İçinde İkiye Ayrılır

Yatay Büyüme: İşletmelerin, aynı üretim alanında kalarak faaliyetlerini arttırarak veya yaygınlaştırarak sağladığı büyümedir. Örnek: çimento, cam, buzdolabı, otomotiv vb. alanlarda üretim yapan fabrikanın sadece sayılarının arttırılmasıyla sağlanır. Yani bir çimento fabrikası yerine iki çimento fabrikasının işletilmesidir. (Celaloğlu, 2014)

İşletmeler Yatay Büyümeyi Farklı Şekillerde uygulayabilirler. Bu yolları sıralarsak;

1-Pazara nüfus etme,

2-Ürün farklılaştırması,

3-Pazar farklılaştırması.

Dikey Büyüme: İşletmenin ana faaliyet alanının dışına çıkarak ve çoğu zaman uzman olmadı alanlarda iş yaparak sağladığı büyüme şeklidir.

Dikey Büyüme ikiye ayrılır. Bunlar;

1-Geriye Doğru Büyüme

2-İleriye Doğru Büyüme

Bu iki genişleme sürecinde de işletmeler ellerindeki teknolojiyi kullanabilecekleri gibi yeni teknolojileri de kullanmaya başlayabilirler.

1-Geriye Doğru Dikey Büyüme: İşletmelerin daha evvel satın aldığı girdileri kendisinin üretmesiyle ortaya çıkar. Yani işletmenin kullandığı bir hammadde, yarı mamul madde yada işletme maddesini üretmeye başlamasıdır. Örneğin otomobil üreticisi bir işletmenin jant, benzin deposu, vites dişleri imal etmesi gibi.

Geriye Doğru Dikey Büyümenin Ortaya Çıktığı Koşullar;

1-Piyasadaki mevcut satıcıların satış fiyatları yüksekse ve işletmenin girdi ihtiyaçlarını karşılayamıyorsa,

2-Satıcılar, işletmeyi o alana çekecek kadar yüksek kar ile çalışıyorlarsa,

3-İşletmenin dışardan satın aldığı girdileri üretmek için yeterli kaynak ayırma olanağı varsa,

4-Üretim için gerekli girdiler zamanında ve uygun kalitede tedarik edilemiyorsa ve işletmenin bu konuda satıcılara karşı güveni yoksa,

5-Satıcı işletme satıcısı az ise.

2-İleriye Doğru Dikey Büyüme: İşletmenin ürettiği malları başkalarına sattırmak yerine bir satış organizasyonu kurmak suretiyle dağıtım kanallarını bizzat kullanmaya yönelmesiyle oluşan büyümedir. Örneğin halı imal eden bir fabrikanın ürettiği halıları bayiler ve mağazalar aracılığıyla değil de bire bir fabrikadan satış mağazaları açması, araba fabrikaların satış galerisi açması. (Celaloğlu, 2014)

İleriye Doğru Dikey Büyümeyi Ortaya Çıkaran Koşullar;

1-İşletmenin ürettiği malların dağıtım kanallarında sıkışıklık varsa ve bunun sonucu malların müşterilere ulaştırılması gecikiyorsa,

2-Pazarlama kanalları çok uzun ve malların satış fiyatlarını yükselterek sürümü zorlaştırıyorsa,

3-İşletme, dağıtımı özel bilgi ve uzmanlık gerektiren teknik bir ürün üretiyor da,

4-İşletme büyüyen bir endüstri dalında bulunuyorsa,

- 5-Dağıtıcıların istenen teknik ve kalitede hizmet sunamamaları,
- 6-İşletme, ürettiği malların dağıtımını yapabilecek kaynaklara sahipse.

İleriye Doğru ve Geriye Doğru Büyümelerin İşletmelere Sağlayacağı Üstünlükler

- 1-Üretim için gerekli girdilerde bağımlılıktan kurtulma,
- 2-Maliyetleri azaltma,
- 3-Daha kaliteli ürün ve hizmet sunumu sağlamak,
- 4-Kar oranlarını arttırma.

Bu faydalarına karşın bu büyümeler uygulanırken dikkatli olunmalıdır. İş dünyasında her zaman risk vardır. Ne demişler;

“Dimyata pirince giderken, evdeki bulgurdan olma.”

3.3.1.2. Dış Büyüme

Dış Büyümenin Niteliği ve Amaçları

Dış Büyüme Nedir?

Dış Büyüme bir işletmenin kendi ülkesinde veya başka bir ülkede faaliyet gösteren işletmelerin kaynak ve olanaklarından yararlanarak sağlanan büyüme biçimidir.

İşletmeler Dış Büyümeye, Kendi Açılarından Farklı Amaç ve Gerekçelerle Başvururlar.

Bu Amaçlar

1-İşletmenin mevcut kaynak ve olanaklarıyla yapılamayan işlerin dış büyüme sayesinde gerçekleştirilmesi,

2-Dış büyüme sayesinde, işletmenin değişen çevre koşullarına uyum gösterme ve rekabet üstünlüğü sağlayıcı yeni teknolojileri alıp kullanmasının daha kolay hale gelmesi,

3-İşletmenin ortaklarına ve çalışanlarına daha önce sunmadığı hizmetleri verebilme olanağına kavuşması,

4-Büyüme sonucu güçlenen ve büyüyen işletmenin, yeni finansman olanakları bulma fırsatlarının ortaya çıkması,

5-İşletmenin pazarda rekabeti kendi koşullarına göre yönlendirebilir hale gelmesi ve pazarda kuralları belirleyebilir güce ulaşması vb. hususlar.

Dış Büyüme Yöntemleri de iç büyümede incelediğimiz gibi hem yatay hem de dikey biçimde gerçekleştirilebilir.

Dış Büyüme Yöntemleri

- 1-Tam Birleşme (Meger) veya Şirket Evlilikleri,
- 2-Satın Alma Yöntemi,
- 3-Ortak Yatırım (Joint Venture),
- 4-Stratejik İttifaklar,
 - a)Lisans Anlaşmaları,
 - b)Satıl Yetkisi Verme veya Acentecilik
- 5-Üretim İmtiyaz Hakkı,
- 6-Dış Kaynakları Kullanma (Outsourcing)
 - a) Tedarikçileri veya Bayileri Ortak Etme,
 - b) Taşeronlaştırma,
 - c) Fason İmalat,
- 7-Yönetim Anlaşmaları ve Benchmarking
- 8-Anahtar Teslimi ve Yap-İşlet-Devret. (Celaloğlu, 2014)

3.4. Sağlık Ekonomisi Büyüme İlişkisi

Her ekonominin nihai hedefi olan ekonomik büyüme için ilk aşamada ihtiyaç duyulan temel üretim faktörü emeğinin niteliksel ve niceliksel gelişimi büyük önem taşımıştır. İşgücünün niteliksel gelişimi ise ilk aşamada sağlıklı ve eğitilmiş olmasına bağlıdır. Sağlık hizmetleri ve ekonomik kalkınma arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Bu ilişki, sağlık hizmetlerinin insanlar için daha yüksek bir yaşam standardı sağlamasından sonra ekonominin gelir düzeyindeki artışla açıklanabilir ve sağlıklı insanlar, kendi üretkenliğini ve bilgi alışverişini, çevrelerindeki insanlarla artırarak, diğer üretim faktörlerinin üretkenliğine katkıda bulunurlar. (Sayın, 2015: 289).

Yukarıda belirtildiği gibi, sağlık alanında yapılan yatırımların artırılması, şüphesiz ülkelerin ekonomik kalkınma ve refah artışlarında önemli bir rol oynayacaktır. İyileştirilmiş sağlık tesisleri ile, yaşam süresi en yüksek işgücü verimliliği seviyelerine çıkacak ve eğitim için özel yatırımlar artacaktır. Bu nedenle, daha iyi bir sağlık düzeyi ile gerçekleştirilecek olan bu yatırımlardan daha yüksek bir fayda sağlanabilmektedir.

(Atun ve Fitzpatrick, 2005, Güvenek, 2015: 220). Özellikle sağlıklı ve uzun ömürlü olmak kaçınılmaz ve tartışılmaz bir gerçektir ki, hem daha etkin hem de daha uzun çalışma süresi ve ekonomik büyümenin üretime katkısını sağlayarak olumlu yönde etkileyeceği düşünülmüştür. (Türker, 2000: 34).

Sağlık sisteminin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilen ekonomik büyüme üzerindeki sağlık harcamalarının etkisi çok yönlü ve uzun ömürlüdür. Sağlık harcamalarının bu bağlamdaki bu olumlu etkisi, literatürde "sağlık temelli büyüme hipotezi" ile açıklanmıştır. Bu hipoteze göre, sağlık harcamaları üretken sermayenin doğasıdır (Akar, 2014: 312). Örneğin, Mushkin'e göre; sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar sağlık yatırımlarının bir bölümünü oluşturmaktadır ve sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için mevcut sağlık harcamaları, önümüzdeki yıllarda ortaya çıkacak hastalıklardan kaçınarak mevcut iş gücünü koruyacak ve gelecekteki sağlık harcamalarını koruyacaktır. Böylece, gelişmekte olan insan sağlığı sermaye stoku, insan sermayesinin önemli bir bölümünü pazara sunacaktır. Bu nedenle, sağlık stokunu artıracak sağlık ve sağlık yatırımları, insan sermayesinin günlük iyileşmesini sağlayarak ülke ekonomisinin gelişiminde önemli bir rol oynayacaktır (Taban, 2006: 35-6).

Ayrıca, insan sermayesinin yapısını belirleyen eğitim ve sağlık faktörleri arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Bu nedenle insan sermayesinin temel belirleyicisi olarak tanımlanan eğitim ve sağlık birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmemelidir (Güvenek, 2015: 218).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan yıllık kalkınma raporlarında sunulan insani gelişme endeksinin içeriği ile anlaşıldığı üzere, sağlık düzeyi ülkelerin önemli bir gelişme göstergesi olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda, ülkelerin sağlık düzeyleri ve ekonomik gelişimi arasında yakın bir nedensellik ilişkisi olduğu görülmüştür (Mazgit, 2002: 413).

Halk sağlığı seviyesindeki artışla ortaya çıkacak faydalardan bazıları; eğitimin kalitesinin yükseltilmesi, ülke kalkınması ve korunmasından sonra demografik göstergelerin geliştirilmesine engel olan nüfus baskısının azaltılması yoluyla ülke kalkınmasında büyük önem taşıyan nitelikli işgücü sayısındaki artış Nüfusun optimum

düzeyde olması, üretim miktarındaki artışın tüm bu gelişmelere paralel olarak hareket ettiğini ve gösterildiğini göstermiştir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun hale getirilmesinden sonra, sağlığın ekonomik katkısı, sosyal refah düzeyini artırarak kendini göstermiştir (Mazgit, 2002: 414).

3.5. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri

Sağlık harcamalarının ekonomi üzerinde birçok etkisi mevcuttur. Bu etkiler incelenirken sağlık hizmetlerinin büyümeye olan doğrudan katkılarını verimlilik, gelir ve harcama boyutu olarak üç boyutunun incelenmesi gerekir. Verimlilik açısından hastalıkların insanın gücüne etkileri; ölüm(iş gücü kaybı), sakatlık (çalışma zamanı kaybı) ve halsizlik (çalışma anında kapasite kaybı) olarak gözlemlenir. İnsan gücünün kalitesinin sağlığa önem verilerek korunması ve dolayısıyla elde edilen üretim artışı (sağlıklı iş gücü ile etkin ve verimli üretim) ile ekonomik büyümenin önündeki engellerden bir tanesi kaldırılmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomiye sağladığı gelir boyutunda ise; sağlıklı birey işe devamda sıkıntı yaşamayacak, çalışma esnasında etkin çalışacak, yaptığı işin gerekliliği için yeni öğrenmelere açık olarak teknolojinin kullanım ve ilerlemesine katkı sağlayacak ve bireyde tüm bu nitelikli kazanımlar üretimde artış, kalite ve gelir artışıyla ekonomik büyümeye katkı sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan etkilerinden harcama boyutunda ise; sağlık hizmet sunumunda sağlık için ekonomik bir takım kaynakların sunulduğu ve bunların ekonomide büyük kayba neden olduğunu vurgulamıştır. Sağlık hizmetinin daha fazla talep edilmesi bireysel düzeyde sağlık harcamaların artmasına neden olur. Sağlık hizmet arzının yeterli düzeyde yapılmaması hastalıklara bağlı erken ölümlere neden olabilmektedir. ve bu zamansız ölümler sonucu ekonomide oluşan iş gücü kaybı ve iş gücünden yeterli düzeyde yararlanılmaması ekonomide kayba neden olur. Bu nedenle ekonomilerin yeterli sağlık arzı için sağlık yatırım harcaması ve ekonomik büyüme için beşeri sermayeye yönelik sağlık harcaması yapılmalıdır. Bu amaçla yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi daraltacağı ve ekonomik gelişimi durduracağı sonucuna bizleri yöneltmiştir. (Kılıç, 2017: 36)

Ekonomik büyümenin gerçekleşmesi ekonomideki üretim faktörlerinin etkin ve verimliliğini gerektirir. Üretim faktörlerini yöneten beşeri sermaye; bir ekonomideki bilgili, yetenekli, donanımlı ve nitelikli iş gücünü temsil eder. Ekonomik büyüme hususunda beşeri sermayenin niteliğini belirleyen unsurlar eğitim ve sağlık harcamalarıdır. Eğitim yatırımları gibi sağlık, beslenme yatırımları bireyin verimliliğini etkileyerek teknolojik oluşumlara, firma ve ulusal ekonomi düzeyinde üretimin artmasına katkı sağlamıştır. (Acaroğlu, 2005:44-48)

İnsan yaşantısının önemi gereği sağlık; beşeri sermayenin en önemli kısmını oluşturmuştur.. Çünkü sağlıklı insan; verimliliği ve eğitim seviyesini artırıcı faaliyetlerde bulunabilmiştir. Beşeri sermaye stokundaki sağlık harcamaları göstergeleri minimize edildiğinde; beşeri sermaye birikimini artırır ve bilgili, yetenekli ve sağlık bireylerin ekonomide katkı sağlamasına olanak sağlamıştır. (Kurt, 2014:24)

Sağlık harcamaları bir tüketim harcaması olarak görülse de; esasında bir yatırım harcamasıdır. İnsan yaşantısındaki var olan sağlık kazanımı; verimli çalışma ve çalışma süresinin uzaması gibi nedenlerle ekonomik büyümeye katkısı olur. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkısını şu faktörlerle özetleyebiliriz:

- Hastalık nedeniyle oluşacak iş ve iş gücü kaybının önüne geçilir.
- Hastalık taşınması nedeniyle kullanılmayan kaynaklar kullanılacak duruma gelir.
- Çocukların daha sağlıklı eğitim yapmasına olanak tanır.
- Sağlık için ayrılan kaynaklar başka alanlara kaydırılarak değerlendirilir.(Türker, 2000: 34)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK HARCAMALARI, EKONOMİK BÜYÜME VE NEDENSELLİK ANALİZİ

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini anlamak için ele alınması gereken bir diğer konu da sağlık harcamasıdır. Genel olarak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedefi benimseyen tüm koruma, geliştirme, rehabilitasyon, bakım ve acil durum programları için yapılan harcamalar sağlık harcamaları olarak kabul edilmiştir.

Türkiye, USH (Ulusal sağlık harcamaları) sonuçları farklı sınırlar içinde değerlendirilmiştir. Türkiye USH personelinin eğitim kapsamı, sağlıkla ilgili sınırların yanı sıra, sağlık, gıda, hijyen ve içme suyu kontrol ve araştırmalarında çevre sağlığı fonksiyonları için araştırma ve geliştirme faaliyetlerini içeren çalışmaların tanımlamıştır,

4.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Son yıllarda, toplam sağlık harcamaları ve toplam bütçe içerisinde sağlık harcamalarına oranı artmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok nedeni vardır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinin ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir. (Mechanic ve Rochefort, 1996:240)

- Kişi Başına Düşen gelirdeki Artış
- Eğitim Düzeyi ve Sağlık Bilincinin Gelişimi
- Sosyal Değer Yargılarının Değişimi
- Teknolojik gelişmeler
- Kentleşme
- Hayat boyu
- Sosyal Düzendeki Değişiklikler
- Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçelerine Yüku

Tıp alanındaki gelişmeler ve nüfusun eğitim ve sağlık bilincinin artması, ortalama yaşam süresini ve dolayısıyla demografiyi değiştirmiştir. Birçok ülkede nüfus artış hızındaki düşüş ve demografik yapıdaki değişiklikler yaşlılar lehine işsizlerin bağımlılık oranını artırmıştır.

İnsan yaşamının uzaması, kronik hastalık ve sakatlık oranının artmasına neden olmakta ve nüfus sağlık hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Toplumun sağlık hizmetleri talepleri doğal olarak ondan gelen sağlık hizmetlerinin payının artmasına yol açmıştır. Bu durum sürdürülebilir olsa da; ya sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmak ve yaşlıların bağımlılık oranını azaltmak ya da bunlara kamu finansman taahhütlerini azaltmak tartışılmıştır. (Mechanic ve Rochefort, 1996:240)

Birçok sağlık ekonomisti, sağlık planlamacıları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına göre, sağlık sektörünün GSMH içindeki artan payı teknolojik ilerlemeden kaynaklanmıştır. Aslında, birçok sektörde teknolojik ilerleme, sağlık sektöründeki maliyetleri azaltmak yerine, daha ucuz ve daha iyi ürünlerin elde edilmesine neden olmuştur. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hem profesyonel (mesleki bakış açısı) hem de klinikte (hasta memnuniyeti) en son yenilikleri kullanmak için baskı altında hissederler. Sağlık hizmetleri pazarındaki sağlık sigortasının, hastaları ve hekimleri teknoloji kullanımı açısından fiyatlandırmaya daha az duyarlı hale getirdiği bilinmiştir. Bu gerçek hareketle, gelişen teknoloji gelişmelerinden sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki artış kısmen, kısmen teknoloji geliştiricileri ile finansman hizmetlerinin finansmanı arasındaki ilişki açısından kısmen önemlidir. (Austin, 2004)

Yüksek maliyetli teknolojilerin yaygın kullanımı gerekliliği, tüketicilerin bu ürünlerin fiyatları bu süreçte önemlidir. Bireyler yararlandıkları ürünlerin fiyatlarına karşı sigortalı olma konusunda daha az hassassa, maliyetler kaçınılmaz olarak artırmıştır.

Sağlık hizmetleri piyasasında hasta tarafından sağlık hizmetlerine olan talep sonuç, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvururlar. Bu, sağlık ekonomisi literatüründe “arz talebi (ATY)” olarak adlandırılmıştır. ATY, hekimin, hasta adına talebi belirlemesi ve hasta gibi davranması için sağlık hizmetleri pazarının arz tarafındaki talebidir. Hasta adına karar veren doktor bu yetkisini aşırı sağlık hizmeti tüketimi şeklinde kullanabilir. Yani, hekim ilk talepte bulunan hastanın satın alma gücünü sağlık sigortası ile

kullanabilir, bu da sağlık hizmetlerinin aşırı kullanılmasına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. (Bilgili ve Ecevit, 2008:202)

Sağlık hizmetleri pazarında, üçüncü tarafı sigorta kurumları aracılığıyla hastaların sağlık maliyetlerinin finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanılmasına yol açmıştır. Ahlaki bir tehlike olarak ifade edilen bu durum, iki ana soruna yol açar. Birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyaçlarını aşması, yani sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesidir. İkincisi, sigorta şirketinin doktorun davranışını etkilememesidir çünkü hasta hizmet bedelini kendi cebinden ödeyemez. Bu duruma bir çözüm olarak, kamu sektöründeki kullanıcı katkıları, özellikle de katkı payları gibi mekanizmaları kullanarak ahlaki tehlikenin boyutlarını en aza indirmeye yönelik girişimlerde bulunulmuştur. (Montefiori, 2010).

Hastaya hangi tedavinin daha iyi olacağı, farklı hekimlerin, hastanelerin ve bakım verenlerin kalitesi hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Hastaların tedavisinde birçok yöntem ve birçok ilaç kullanılabilir. Bununla birlikte, göreceli etkinlikleri hakkında çok fazla bilgi olmayabilir.

Sağlık bilişim teknolojisinin ve elektronik tıbbi kayıtların kullanımındaki artış amaçlara hizmet edebilir, ancak kendi maliyetlerinin kontrolü yerin kalitesini yükseltmek için sınırlanmıştır.

Yüksek teknoloji kullanımı, asimetrik bilgi ile ilgili sorunlar, sağlık sigortası verileri sırasında arz talebi, ülkelerin yönetim tarzı ve sağlık sisteminin neden olduğu sorunlar, bireylere yönelik mali destek, sağlık hizmetlerinden yararlanma, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar. Bu durum ülkelerin kalkınma düzeyine göre değişmiştir.

Düşük ve yüksek gelirli ülkeler arasında en yaygın ölüm nedenlerinin sıralamasında önemli farklılıklar vardır. Düşük gelirli ülkelerde ölümün başlıca nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar bulunurken, gelişmiş ülkelerde ölümün ilk on nedeninin dokuzu bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Orta gelirli ülkelerde, bulaşıcı olmayan hastalıklar da ölümlerin önde gelen nedenleri arasındadır.

Nüfus yaşlanması, aşırı sigara tüketimi, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler (kalp krizi, kronik akciğer hastalığı, çeşitli kanser türleri). Yaşlılık ve bulaşıcı olmayan hastalık riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar,

yüksek gelirli ülkelerin hastalık yükünde belirleyici bir rol oynamıştır. Nüfusun yaşlanması ve risk faktörlerinin dağılımındaki değişiklikler birçok gelişmekte olan ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların toplam hastalık yükünün sorumluluğunu artırmıştır. Kronik hastalıklar için risk faktörleri aşırı kilo (obezite), egzersiz, yüksek tansiyon ve kolesterol içerir. Ancak, bunlar zamanında sağlık müdahaleleri (erken teşhis-erken müdahale), düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve sigara kullanımının kontrolü gibi yöntemlerle azaltılabilir. Düşük gelirli ülkelerde, bulaşıcı hastalıklar, düzensiz beslenmenin neden olduğu hastalıklar, doğumla ilişkili ölümler ve yetersizlikler daha belirginleşmiştir.

Birçok ülkede, farklı sağlık sistemleri dünyada kriz durumunda. Maliyet artışı veya kalitesizlik en çok tartışılan konulardır. Maliyet artışları karşısında, tüketiciler ya daha az tüketmeli ya da sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin payını artırmıştır.

4.2. Sağlık KBDGSYİH'yı Etkileme Mekanizmaları

Ekonomi bilimindeki ifadesi ile GSYİH, tüketim ve yatırımlar olmak üzere iki şekilde harcanır ve aşağıdaki formüle edilir:

$$GSYİH = TÜKETİM + YATIRIM \quad (1)$$

$$GSYİH = (TÜKETİM + YATIRIM) + (DIŞSATIM - DIŞALIM) \quad (2)$$

Tamamen ekonomik bir yaklaşım açısından bakıldığında ve sağlık harcamaları formüle edildiğinde; Bu harcamalarda bir tür tüketim harcamasıdır. Dolayısıyla, ulusal harcamaların sağlık harcamalarına oranı, yatırıma karşı bir tuzaktır. Bu harcamaların hacminin artırılması, yatırımların ulusal kaynaklardan payını azaltmakta ve yatırımlara baskı oluşturmuştur.. Gelişmekte olan ülkelere veya sağlık endüstrisinin gelişmediği ülkelere sağlık harcamaları ağırlıklı olarak yabancı ithalat harcamalarıdır. Bu nedenle, bu harcamaların hacminin büyümesi, GSYİH'nın ülke içinde kalması, dolayısıyla da yurt içi üretimi ve gelişme hızını azaltmasından kaynaklanmıştır.

Tablo 4.1. 2012 -2016 yılları kamu ve özel sektör toplam sağlık giderleri (Milyon TL)

	Toplam	Kamu	Özel sektör
Yıllar			
2012	74 189	58 785	15 404
2013	84 390	66 228	18 162
2014	94 750	73 382	21 368
2015	104 568	82 121	22 446
2016	119 756	94 012	25 744

TÜİK 2018

Tablo 4.2. 2010-2016 yılları Toplam Sağlık harcamaları GSMH oranı

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	61 678	68 607	74 189	84 390	94 750	104 568	119 756
TSH GSMH oranı (%)	5,3	4,9	4,7	4,7	4,6	4,5	4,6

TÜİK 2018

Tablo 4.1. ve Tablo 4.2. 2010-2016 yılları TSH/GSMH oranı görülmüştür. Bu yıllar arasında oran sabit görülürken GSMH yıllara göre artmasıyla (Tablo 4.1) TSH yükseldiği görülmüştür

1980 yılında, Türkiye'deki kişi başına düşen sağlık harcamaları AB-15 ortalamasının yüzde 15'i kişi başına düşen GSYİH'nın yüzde 9'unu AB-15 ortalamasına yükseltmiştir. 1985'ten sonra kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki artış AB-15 ortalamasının üzerindedir. 1995-2000 yılları arasında yükselen en hızlı sağlık harcamaları ile 2000-2003 yılları arasında büyüme hızı yavaşlamış ve 2003 sonrasında tekrar hızlanmıştır. 2007 yılında kişi başına sağlık harcaması yapılırken, Türkiye AB-15 ortalaması yüzde 26 iken, AB-15 ortalama kişi başına düşen GSYİH'nın yüzde 23'ü olmuştur.

Dünyadaki GSMH içindeki sağlık harcamalarının artan payı, pek çok ülkeyi bazı önlemleri almaya ve sağlık sistemini uygun maliyetli hale getirmeye zorluyor. Hem mevcut durum hem de gelecekte tüm ülkelerin karşı karşıya kalacağı mali baskılar, kaynak kullanımında sağlık sistemlerinin etkinliğini arttırmak için önlemler almayı gerekli kılmıştır. Öte yandan, sağlık piyasası ve toplumun sağlık sorunları diğer tüm sektörleri olumsuz etkileyebileceğinden, bu pazarların düzenlenmesi de oldukça zordur.

Özellikle, toplumların mevcut ve gelecekteki demografik yapısı sağlık finansmanı politikasında önemlidir ve buna bağlı olarak sistemin değiştirilmesi gerekmiştir. (Cylus and Gerard, 2007)

4.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı

Türkiye’de sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarından daha düşük olmasına rağmen, sağlıkta tahsis edilen sınırlı kaynakların etkin kullanımı, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar önemlidir. Hastane harcamaları toplam sağlık harcamalarında önemli bir yere sahiptir ve hastane hizmetlerinde gereksiz harcamaların önlenmesi önemlidir. Sağlık harcamaları, ülkelerin en önemli kalkınma göstergeleri olarak kabul edilmiştir. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, ülkelerin kalkınma düzeyine göre de artmıştır. Sağlık sektöründeki en önemli sorunlardan biri finansman sorunudur. Bu sorun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır, ancak her ülkede ekonomik yankılar farklıdır. (Tokat, 1995)

Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış oranı, milli gelirdeki artış oranını aşarken, düşük gelirli ülkelerde sağlık kaynakları açısından önemli eksiklikler bulunmuştur. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde sağlık ihtiyaçlarının daha etkin bir şekilde karşılanması amaçlanmakta, ancak ekonomik yetersizlikler bu hedefin gerekli olduğu ölçüde gerçekleşmesini engellemiştir. (Tokat, 1995)

Esas olarak vergi gelirleri ile finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı; Üniversite hastanelerinin sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe, diğer kamu kurumları ve aktif olarak görevlendirilen devlet memurları; Sosyal Güvenlik katkıları Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden düşülmüştür;

Özel muayenelerinde hizmet veren özel sağlık kurumlarına ve doktorlara yapılan cepten yapılan ödemeler özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmıştır.

Sağlık, ekonomik dengelerde son derece önemli bir yer olan bir sektördür, çünkü Türkiye’de pek çok ülkede, ekonomide yaratılan giderler ve sağlanan faydalar nedeniyle, Türkiye’nin diğer birçok gelişmiş ülkesinde yoğun olarak tartışılan bir sektör ve esas olarak kamu sorumluluğu söz konusudur. Her ne kadar sağlık bazen bir tüketici maliyesi olarak adlandırılabilir da, özünde bir yatırım ürünüdür ve sağlıklı çalışanların işgücüne katkısı ile her ülkenin ekonomik kalkınması ve gelişmesinde önemli bir yere

sahiptir. Bu nedenle sağlık sektöründe kullanılan kaynaklar ve sonuç olarak elde edilen faydalar çok yönlü bir şekilde değerlendirilmiştir.

4.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Daha önce de belirttiğimiz gibi, Türkiye'de insan sağlığını korumak ve geliştirmek için yoğun çalışmaların olduğunu bilinmiştir. Devlet, ekonomik gelişmeyi sağlayarak geleceklerini planlamak için istekli ve rasyonel olan sağlıklı kişileri eğitmek için sağlık hizmetlerini genişletmeye ve geliştirmeye çalışıyor. Türkiye Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, devlet teşebbüsleri, üniversiteler, belediyeler ve çeşitli finansman kuruluşlarında belirtildiği üzere sağlık harcamalarına katılan kamu kurumlarıdır. (Tatar, 1996:48-52).

Sağlık hizmetleri piyasada satın alınabilen ve satılan hizmetler olsa da, dışsallıklardan dolayı kamu tarafından üretilen "kamu yararı" dır. Özellikle "koruyucu sağlık", sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. Devlet ayrıca "tedavi hizmetleri" alanında da faaliyet göstermiştir. Amaç, bu hizmeti satın alamayanların desteğiyle, birey ve dış faydadan dolayı topluluğun sağlığına katkıda bulunmaktır. Genel olarak, kamu sağlık harcamaları mevcut, yatırım ve transfer harcamalarına bölünebilir. Personel harcamaları, kapılar, hizmet alımları, demirbaş ve tüketim malları alımları cari harcama grubuna girmiştir. Makine-teçhizat ve araç alımları, bina-tesis ve onarım maliyetleri yatırım harcamaları grubunda yer almıştır. Bunun dışında, proje giderleri, borç ve faiz ödemeleri, Yeşil Kart programı ve Dayanışma Fonu kapsamında yapılan ödemeler gibi harcamalar transfer giderlerine dahil edilmiştir. Kamu sağlık harcamaları için, Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Sağlık Hizmetleri ve Diğer Hizmetler için yapılan ödemelerden de fonksiyonel bir sınıflandırma yapılabilir. (Tatar, 1996:48-52).

Türkiye'de kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin en büyük finansörü (Sosyal Güvenlik, emeklilik fonu, Bağ-Kur) yanı sıra (hükümet, üniversite ve hastaneler MSB) pozisyonunun en büyük tedarikçisi olarak. Kamu sağlık harcamaları için ana fon kaynakları, vergilerden ve çalışanlardan düşülen sigorta primleridir. (Tokat, 1995:62-68),

Kamu sağlık harcamalarının genel bütçedeki artan payı son yıllarda daha fazla dikkat çekmiştir. Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının nedenleri, kamu maliyesinin genel yapısına göre yüksek kalmaktadır, temel olarak yapısal sorunlara atfedilmiştir. Başlıca yapısal sorunlar arasında, pahalı sağlık sorunlarına ya da tedavinin erken saptanmasına neden olan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği, aile hekimliği uygulama yetersizliği, uyuşturucu rejimindeki düzensizlikler ve ödemelerdeki usulsüzlükler, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülemezliği, altyapı ve finansman olanakları yer almıştır. Popülist düşünceler Yeşil Kart programı bir yanlış bilgilendirme olarak kabul edilebilir. (Tatar, 1996:48-52).

Toplam kamu sağlık harcamaları, 1999 yılından bu yana sürekli olarak artma eğilimi göstermiştir. 1999 yılında GSYH'nin yüzde 2,9'unu oluşturan ve 2003'te yüzde 4,3'e yükselen bu harcamalar, 2004 yılında yüzde 4,3 olmuştur. 2005-2016 yıllarında ise yüzde 4,5 oranındadır. İlk bakışta, harcamalardaki artış pozitif gibi görünmüştür. Ancak, bu harcamaların kurumsal ve alt işlev dağılımı incelendiğinde, aslında sunulmaya ve yetiştirilmeye olumlu etki eden kamu sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların oransal olarak sabit kalmıştır. (Tatar, 1996:48-52).

Sağlık alanındaki kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Sınır ve Kıyı Sağlığı Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardım Fonu, diğer bakanlıklar, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur), Devlet İktisadi Teşebbüsleri tarafından üstlenilmiştir. ve belediyeler. Türk sağlık sisteminde kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansmanı, aşağıdakiler de dahil olmak üzere birçok farklı kurum ve rejim arasında tartışmalıdır:

- Kamu kurumları
- Sağlık Bakanlığı
- Diğer Bakanlıklar
- Milli Savunma Bakanlığı
- Üniversiteler
- Kamu İktisadi Kurumları
- Belediyeler

- Fon İdareleri
- Sosyal Güvenlik Kurumları
- Sosyal Sigorta Kurumu (SSK)
- Bag-Kur
- Emekli Sandığı olarak sınıflandırılabilir.

Türkiyede sağlık hizmetlerinde tüm vatandaşlarımızın en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak, bu hizmetleri herkese eşit, etkin ve tutarlı bir şekilde ulaştırmak, çeşitli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere çeşitli çabalar sarf edilmiştir. Uygulanan ve programlar sağlık sorunlarını en aza indirecek şekilde uygulanmıştır. (www.beslenme.gen.tr)

Küresel düzeyde insanlığın temel sorunlarının merkezinde yer alan eşitsizlikler, sağlık açısından büyük bir tehdit oluşturmıştır.. Bugün, hem küresel düzeyde hem de ülke içinde eşitsizlikler görülmüştür. Toplumdaki üst ve alt sosyo-ekonomik gruplar arasındaki uçurum giderek artmıştır. Sağlıklı bireylerin sosyal yararı şüphesiz çok yüksektir. Tersisi durumda, hasarın büyüklüğünü ve maliyetini tahmin etmek çok zordur. Bu nedenle, toplum sağlığının toplum ekonomisi tarafından korunmasını amaçlayan hizmetler üretmek kaçınılmazdır. Dolayısıyla, sosyal koruyucu sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcısının devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. (Nazlı, 2001:1-8),

Özel sektör faaliyet göstermek istemeyecek çünkü bu alan kârlı olmayacaktır. Bununla birlikte, piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen bölünmemiş ve koruyucu sağlık hizmetleri için mal ve hizmet alımında kamu ekonomisine hizmet edebilir. Kitlesele ya da bölgesel aşılama faaliyetleri, özellikle de yaygın ya da yüksek riskli gruplar nedeniyle bu bağlamda en önemli hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri piyasada satın alınabilen ve satılan hizmetler olmasına rağmen, üretimin halk tarafından zorunlu tutulduğu bir kamu mülkiyetidir. (Can ve Işık, 2011:12-18)

4.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel harcamalar, kendi ceplerinden ve kurumlarından ve özel sigorta programlarında primlere katkıda bulunan kişilerden harcayan kişilerden oluşmuştur. Sağlık hizmetlerinin tüketiminin artması, iyi eğitilmiş ve iyi eğitilmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmetlerine olan talebi, bu hizmetleri satın almak isteyenlerin iyi ya da yeterli düzeyde finansmanı ile bir ya da bir çoğunu katlayarak artırmıştır. Bu, özel sektör finansman modellerinin sona ermesine yol açtı. Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı, ülkelerin sahip olduğu şartlara göre belirlenir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebileceği gibi özel sağlık sigortasına başvurarak kurumsal destek alabilirler. Genel olarak, yüksek gelir düzeyine sahip olanlar muayene edilir, teşhis edilir, tedavi edilir, ilaçlanır, vs. masraflarını doğrudan finanse edebilirler. (Can ve Işık, 2011:72)

Sosyal sigorta kapsamına girenlere ek olarak, riskleri azaltmak ve daha fazla güvence almak isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dahil edilebilir. Türkiye'de sağlık harcamalarının çoğunluğu kamu sektörü tarafından yürütülmüştür. Ulusal Sağlık Hesapları çalışması (1999-2016) çerçevesinde özel sektör toplam sağlık harcamalarının payı yüzde 30'un biraz üzerinde görünmüştür. Özel sektörün payına tekabül eden pay, bazı gelişmiş ülkelerde (Almanya, Fransa, İngiltere gibi) ve biraz daha düşük (ABD'de olduğu gibi) (% 40-50) biraz daha yakındır. Aynı dağılık yapı gelişmekte olan ülkeler için de geçerlidir.

İstatistikler üzerindeki yukarıda belirtilen sınırlamalar dikkate alınarak değerlendirilecek rakamlara göre, kamu sektörü ve özel sektörde toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 2014 yılı sonu itibarıyla yüzde 7,0-7,5'e yükselmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda bu oran daha yüksektir (Rusya:% 5.3, Malezya:% 2,5, Meksika:% 5,4), gelişmiş ülkelerin oranlarının altında kalmaktadır (ABD% 13, Fransa% 9.5,% 3). ABD doları olarak düşüktür, sağlık harcamalarının mevcut gelir düzeyine göre çok düşük olduğu iddia edilemez. Ayrıca, bu oranlar son dönemde hızla artmıştır. Öte yandan, sağlık harcamalarının yapısı bozulur, kaynaklar etkin bir şekilde kullanılmaz ve öncelikler kötüye kullanılır ve dengesiz tedavi hizmetlerine yönlendirilir, sağlık harcamalarının bileşimini bozan ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi teknoloji harcamaları tüketilir. Ancak, sağlık hizmet sağlayıcılarının harcamalarının

sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması için artması kaçınılmazdır. (Tatar, 1996)

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde sağlık harcamalarının finansmanı doğrudan vergi, sigorta primleri ile karşılanmakta, ancak bu finansman kaynakları yeterli değildir. Son yıllarda özel sağlık sigortası teşvik edilmiş, bağış ve yardımlar sağlanmış, insanların tanı, tedavi ve ilaç harcamalarına katkısı artırılmıştır. Türkiye bir sağlık sistemi olduğunda ve sağlık hizmeti sunumunun ve finansmanının organizasyonel yapısını ortaya koyarken, bir taraftan belirli bir sektöre zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanır. Türkiyede yaşayan vatandaşlar, sağlık kuruluşlarında özel sağlık kurumları sağlamak için ücretsiz devlet kurumlarına başvurarak kar güdüsüyle hareket ediyorlar. Türkiye'de sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumlarından oluşmuştur. (Tatar, 1996)

Trendi göz önüne aldığımızda, Türkiye'de sağlık harcamalarının yıllara göre arttığı gözlemlendi. 1995-2005 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı da harcamalardaki artışla birlikte artmıştır. 2006-2016 yılında yapılan sağlık harcamaları 74,8 milyar YTL olmuştur. KBSH, SGH'ye göre 2005 yılında 580 dolardı. 2007 yılında, TSH'nin% 67,8'i Kamu tarafından ve% 32,2'si Özel Sektör tarafından uygulanmıştır. TSH 1999 yılında% 61,1 oranında kamu sektörü,% 38,9,% 67,8, 2007 yılında bu oran% 32,2 olarak gerçekleşmiştir. (Tatar, 1996)

İki NHS araştırmasından elde edilen tahminlere göre, sağlık Türkiye 1999 yılında trilyon başına 4984,54 (26 milyar ABD \$ PPP) ve 8247.89 2000 yılında trilyon TL (30 milyar ABD \$ PPP) harcanmıştır. Kişi başına harcama 1999 yılında 392 ABD doları ve 2000 yılında 443 ABD doları olmuştur. NHA çalışmasına göre 2000 yılında toplam harcamaların yaklaşık% 24,8'i verilen polikliniklere verilmiştir. Ülkenin toplam sağlık harcamaları 1999 yılında GSYİH'ya oranı ve 2000 yılında % 6,4 ve % 6,6 olarak gerçekleşmiştir. (Tatar, 1996)

Türkiye'deki sağlık harcamalarına göre, artan bir eğilim yılı incelendi. 1995-2005 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı da harcamalardaki artışla birlikte artmıştır. Sağlık harcamaları için yapılan projeksiyon çalışmalarına göre 2006 yılında gerçekleştirilen sağlık harcamalarının 44,8 milyar YTL olduğu tahmin

edilmiştir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları 2005 yılında satın alma gücü paritesine kıyasla 580 dolardı. Son yıllarda sağlık harcamalarındaki artışın bir nedeni de Dünya Bankası ile bir anlaşmadır. Dünya Bankası, özellikle sağlık ve sosyal koruma alanlarında, istikrar programlarını uygulayan ülkelerde kullanılan belirli bir proje kredisi oranını güvence altına almak istemiştir. Örneğin, bütçenin en az % 3.8'inin sağlığa tahsis edilmesi gerektiğini tahmin ediyoruz. Dünyadaki tüm demokratik sistemler ve örgütler, esas olarak sağlıklı bireyler ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu gerçekleştirmeyi amaçlamıştır. Güvenliğiniz, gücünüz, esenliğiniz ve mutluluğunuz temelinde ruh ve beden sağlığı olan bireyler ve toplumlar vardır. (Tatar, 1996)

4.3.3. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Olası Etmenler

“Cepten yapılan sağlık harcamaları, hastalar veya hanehalkları tarafından doğrudan sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerdir. Cepten yapılan sağlık harcamaları, birçok ülkede toplam harcamaların büyüklüğü ve payı açısından kamu sağlık harcamalarından sonra ikinci finansman kaynağıdır.” Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genel devlet bütçesinde finansmanı, sosyal güvenlik katkıları ve cepten yapılan harcamalar dahil olmak üzere, özel harcamalar da dahil olmak üzere üç temel finansman kaynağı bulunmuştur. Katkı, doğrudan ödemeler ve gayri resmi ödemeler biçimindeki cepten yapılan harcamalar, sosyal güvenlik sistemi olmayan düşük ve orta gelirli birçok ülkenin toplam sağlık harcamalarının 1 / 3'ünden ve 2 / 3'ünden oluşmuştur. (Şahin, 2011).

TÜİK tarafından yayımlanan 2008 yılı sağlık harcama istatistikleri anketine göre, 2008 yılı verileri Ulusal Sağlık Hesapları (NHS) sistemine göre üretilmiş olup, 1999 verileri ile karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda, hanehalkı sağlık harcamalarının hanehalkı toplam sağlık harcamalarındaki (TSH) payı, 1999 yılında% 29,1 iken, 2007 yılında% 21,8'e, 2008'de % 17,4'e gerilemiştir. (TÜİK 2011)

Cepten yapılan harcamaların ve alt grupların (özellikle yoksulların) dağılımının iyi anlaşılması, cepten yapılan harcamaların yükünün bireylerin sağlık hizmetlerini, özellikle de pahalı hizmetler ve sağlık durumu. Hane dışı cepten harcamalar, sağlıkta

eşitlik ve eşitlik dahil olmak üzere birçok reform politikasının etkilerinin analizi için önemli bilgiler sağlar.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl dünyadaki 44 milyon hane halkının 150 milyonu maddi olarak sağlık hizmetleri ile yükümlüdür. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinden faydalanmak için, insanlar mevcut gelirlerinin önemli bir bölümünü harcamak zorundadırlar ve düşük gelirli gruplarda sağlık eşitsizliğini daha da derinleştiren cepten sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekir. ve değerlendirildi. Bu çalışmanın amacı, cepten sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri tanımlamak ve politika yapıcıların ve karar vericilerin toplumu bundan korumak için dikkate almaları gereken olası faktörleri açıklığa kavuşturmadır. Bir topluluğun sağlığını geliştirmek için; insanlar, sosyal gruplar ve bölgeler arasındaki sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması, yoksulların sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık sistemi finansman yükünün adil bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. “Türkiye gibi ülkelerde yoksullara yönelik cepten yapılan sağlık harcamalarının orta ve düşük gelirli yükü daha kabul edilebilir. Bu yükün bireylerin sağlık hizmetlerini, özellikle de pahalı hizmetlerin ve sağlık durumunun kullanımını etkileyebileceğinden, cepten yapılan harcamaların ve alt grupların (özellikle düşük gelirli bireylerin) dağılımını anlamak gerekir.” (Şahin, 2011)

Cepten yapılan sağlık harcamaları yaygınsa ve sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı haline gelirse, eşitlik ve erişim üzerinde önemli olumsuz etkilere yol açar. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki, kaynakların tahsisi, finansmanı ve transferidir. Politika yapıcılar ve karar vericiler sağlık sistemini planlarken sağlık hizmetleri karşılanamaz.

Mali yüke karşı gerekli önlemleri almak için cepten sağlık harcamalarının olası nedenlerini anlamak gerekir. Sağlık harcamalarının kaynağı olarak cepten yapılan harcamaların tutarı ve dağılımı, sağlık hizmetlerinde erişim, kullanım ve sağlık durumu gibi sonuçları etkilemiştir. Bu nedenle, cepten yapılan harcamaları etkileyen olası faktörlerin değerlendirilmesi, sistemin performansını iyileştirmek ve özel sonuçlar oluşturmak açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Hanenin gelir düzeyi, cepten yapılan sağlık harcamalarının önemli belirleyicileri arasındadır. Cepten yapılan harcamaların çoğu, zengin gelir grubundaki nüfus tarafından yapılmıştır.

Nepal'de (2003) yapılan bir çalışmada, kişi başına düşen gelirlerin daha fazla sağlık hizmeti alması ve genellikle daha pahalı hizmet sağlayıcıları tarafından açıklanması, baskı gelirlerinin sağlık harcamalarının pozitif bir belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışmalarda, yüksek gelir ile hanenin zenginliği ve cepten yapılan sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki vardı. Ancak, fakirler zenginlerden daha küçük ödemeler yapsalar bile, orantılı olarak daha fazla hane harcamaları yapıyorlar.

Türkiye'de hanehalkı anketi NHA'nın ilk (en düşük) beşinci gelir diliminde (en yüksek) beşte birinden daha fazla para harcaması yaptıklarını belirtti. Hanehalklarının sağlık sigortası kapsamı ile cepten yapılan sağlık harcaması arasında ters (negatif) bir ilişki olduğu ve sağlık sigortası olanların cepten daha az sağlık harcaması yapması gerektiği varsayılmıştır. (Şahin, 2011)

Türkiye'de sağlık sigortası olmayan kişilerin sağlığına yönelik ortalama OOP harcamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan, Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Anketi (Tsihan A) sağlık sigortası olmayanların sağlık sigortası kapsamına giren kişilere göre sağlık sigortası kapsamına giren kişilerin sağlık sigortası kapsamındaki harcamalarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Hane halkı, bir bütün olarak sağlık harcamalarının belirleyicileri arasındadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları ile bebek ve yaşlı haneler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardı. Ancak başka bir çalışmada, 5 yaşından küçük çocuklarla birlikte en zengin hanelerde bile cepten yapılan harcama riskinin düşük olduğu bulunmuştur. Türkiye Hanehalkı Araştırması 80 yaş ve üstündeki yaş grubuna göre en yüksek cep harcaması yapılarak en düşük harcamaya sahip 5-14 yaş grubu belirlenmiştir. (Şahin, 2011)

Hanehalkı üyelerinin sağlık durumu, sağlık harcamalarını cepten etkileyen faktörlerden biridir. Sağlık harcamaları ve hastalıkların insidansı arasında pozitif bir ilişki vardı. Sağlık durumu engelli, engelli ve kronik hastalıkları olan bireylerin cepten yapılan harcamaların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hanelerin ikamet ettiği bölge, cepten yapılan harcamaları etkileyen olası bir faktör olarak kabul edilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamaları kırsal alanlarda hem kentsel hem de kentsel alanlarda olduğundan daha fazla miktarda ve daha fazla bulunmuştur. Türkiye Nüfusu yıllık toplam hane halkının yaşadığı bölgede cepten sağlık harcamalarının Türkiye'de,

araştırmaya göre Kuzey'de yaşayan en yüksek ve en düşük kişi. Kırsal alanlarda yıllık ortalama cepten yapılan harcamalar kentsel alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Metropol alanı, İstanbul'da yaşayan bireylere en yüksek harcamayı yapmıştır. Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Araştırması (TSİHA) 'da cepten yapılan sağlık harcamalarının en fazla olduğu bölgenin batı bölgesi olduğu ve kırsal alandaki insanların finansal yetersizlikler nedeniyle hasta olduklarında hiçbir şey yapmadıkları tespit edilmiştir. (Şahin, 2011)

Hastanedeki kişi sayısının cepten sağlık harcamalarının miktar ve sıklığı ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet açısından; Kadınların cepten daha fazla sağlık harcaması yaptığını erkeklerinkinden daha fazla buldu. Kadınlar, daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı, daha uzun yaşam beklentisi ve üreme rolleri gibi nedenlerle sağlık hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullanma eğilimindedir. Ancak, Zambiya ve Türkiye'de Hanehalkı Anketi cepten sağlık harcamaları arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edildi. Birçok çalışmada, hanehalkı üyelerinin eğitim seviyesi arttıkça cepten yapılan sağlık harcamalarının arttığı tespit edilmiştir. Türkiye Hanehalkı Araştırması'na (THHA) göre, yüksek lisans eğitimi alanların en yüksek cepten sağlık harcamaları anaokulu grubunun en düşük harcama grubunu oluşturuyordu. Ancak, Hindistan ve Nepal'de yapılan araştırmalara göre, hanehalkı, yüksek eğitim düzeyine sahip hanelerde cepten yapılan harcamaların daha düşük bir paya sahip olduğunu ve hanehalkı eğitim düzeyi ile harcama düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir. (Şahin, 2011)

Hanehalkı üyelerinin medeni durumu da cepten sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerden biri olarak kabul edilmiştir. Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamaları, Hanehalkı Araştırması'na göre, ayrı ayrı yaşayanlar için en yüksek, boşanmışlar için ise en düşük bulunurken. Bununla birlikte, dul ve evli insanların kendi sağlık harcamalarına daha fazla harcadıkları ölçüde çalışmalar da vardır. 2000 yılından bu yana genel kabul görmüş bir yöntem olan Ulusal Sağlık Hesapları kapsamında yapılan hesaplamalar, kaynaklardan mümkün olduğunca fonksiyon hizmeti verilinceye kadar bir dizi sonuç üretmek için finansman sağlamak, hanehalkı cehennem sağlık harcamalarının cehennemden kaynaklanan sağlık harcamaları, hangi olası faktörleri ortaya çıkardığı etki ve harcama yetersizdir.

Çalışmanın uygulama bölümünde, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin ekonometrik analizi ile ilgili bilgiler rapor edilmiştir. Sonuçlar ve karşılaştırmalı tablolar ampirik bulgulara sunulmuştur.



BEŞİNCİ BÖLÜM

5. LİTERATÜR İNCELEMESİ VE EKOMETRİK ANALİZ

5.1. Literatür Taraması

Son yıllarda ekonomik büyüme ile insan sermayesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan ampirik çalışmaların sayısı her geçen gün artmıştır. Özellikle, insan sermayesi teorisi altındaki gelişmeler, eğitim ve sağlık alanlarında ayrıntılı çalışmaların yapılmasını mümkün kılmış ve bu bağlamda literatürde kayda değer bir yer tutmuştur (Sayın, 2015: 291).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkileri araştırmaları eski tarihlerle dayansa da, 1960'lardan sonra bunun önem kazandığı görülür. 1960'lardan itibaren Herbert Klarman kapsamlı bir literatür taraması yapmıştı. 1965'te yayımlanan 'Sağlık Ekonomisi' kitabında iktisatçılar ile iş ve politika kararları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ancak günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmetlerinin ekonomi açısından önemli bir yer aldığı ve doğru tespitlerle ekonomik istikrarına katkı sağlayacağı beklenmiştir. (Alpugan, 1984: 152).

Bu teori, ülkelerin gelir eşitsizliğinin nedenlerinin önemli bir payına sahip olduğunu düşünen ekonomistler tarafından uzun zamandır dikkate alınmıştır (Çetin ve Ecevit, 2010: 167). Bu nedenle günümüzde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir dizi çalışma bulunmuştur. Bu çalışmaların bir kısmı sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında anlamlı bir pozitif ilişkiye sahipken, bazıları istatistiksel olarak anlamsız, zayıf ya da negatif ilişkiler bulmuştur:

Kar ve Ağır (2003), Türkiye'de 1926-1994 dönemi, sağlık ve eğitim harcamaları ile Johansen gelirlerinin payı olarak alınan insan sermayesi göstergeleri ile gelir eş-bütünleşme ve Nedensellik Testi arasında uzun vadeli bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Sonuç olarak, insan sermayesi göstergeleri ile gelir arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu ve kısa vadede sağlık harcamaları ile nedensel bir ilişki olduğu görülmüştür. (Karp ve Ağır, 2006: 62-64).

Kıymaz ve ark. (2006), Türkiye'de kişi başına düşen 1984-1998 dönemi, özel ve toplam sağlık harcamaları, GSYİH ve nüfus verilerini kullanarak, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki uzun vadede büyüme arasında bir ilişki olup olmadığını incelemiştir. Uygulanmadıkları koentegrasyon analizinden sonra özel sağlık harcamaları ile kişi başına düşen GSYİH arasında pozitif yönde uzun bir ilişki vardır.

Ayrıca, ilişkinin kişi başına GSYİH'den sağlık harcamalarına tek yönlü bir nedensellik olduğu sonucuna varılmıştır (Kıymaz ve ark. 2006: 288-9).

Baltagi ve Moscone (2010), 1971-2004 döneminde 20 OECD ülkesine ait kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH verilerini kullanarak *Panel Veri Analiz* yöntemi ile söz konusu değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkiyi incelemişlerdir. Söz konusu değişkenlerin durağan olmadığı ve uzun dönemde birbirleriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Sayın, 2015:295).

Çetin ve Ecevit (2010) 1990-2006 dönemi için Veri Analizi yöntemini kullanarak 15 OECD ülkesi için sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli ilişkiyi test etmiştir. Araştırmadan sonra sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur, ancak sonuç anlamsızdır (Çetin ve Ecevit, 2010: 180).

Pradhan (2011), 1961-2007 dönemi için seçilmiş 11 OECD ülkesinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun vadeli bir ilişki olup olmadığını ve bu değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisinin olup olmadığını araştırmıştır. Uygulanmayan Panel Veri Analizi yöntemi, değişkenler arasında kısa ve uzun vadeli karşılıklı ilişkilere neden olmuştur (Sayın, 2015: 296).

Tatoğlu (2011), 19 OECD ülkeleri için kişi başına GSYİH ve sağlık harcama verileri kullanılarak 1975-2005 dönemi için değişkenlerle kısa ve uzun vadeli bir ilişkinin varlığını araştırmak üzere Panel Eş bütünleşme Testini gerçekleştirmiştir. Bulgular, sağlık alanındaki herhangi bir ek yatırımın, kısa ve uzun vadede OECD ülkelerinde büyümeyi artırdığını göstermiştir. (Say, 2015: 295).

Elmi ve Sadeghi (2012), 1990-2009 döneminde Panel Veri Analizi yöntemini kullanarak gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki eşbütünleşme ve nedensellik ilişkisini incelemiştir. Çalışmadan kısa bir süre sonra, GSYİH'dan sağlık harcamalarına tek yön; Uzun vadede, değişkenler arasında karşılıklı bir nedensellik olduğu sonucuna varmışlardır (Sayın, 2015: 296).

Tıraşoğlu ve Lightning (2012), 2006 Türkiye: 01-2012: 03 dönemi, GSYİH ve 2008 krizinin etkilerinin varlığı, sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişkiyi birlikte bütünleştirme testi dikkate alınarak araştırıldı. Bulgular, tek bir yapısal kırılma

durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun vadeli bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tıraşoğlu ve Yıldırım, 2012: 115).

Eğitim harcamaları ve sağlık değişkenleri arasında uzun dönemli anlamlı ve karşılıklı bir ilişki olan Panel Eşitlik ve Nedensellik Analizleri ile 25 OECD ülkesinde 1975-2008 dönemi için eğitim harcamaları ve sağlık (yaşam süresi) arasındaki uzun dönemli ilişkiyi test etmiştir (Yardımcıoğlu, 2013: 67).

Akar (2014), Türkiye’de Ocak 2004-Mart 2013 dönemi için sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının göreceli fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek, Uygulanan Eş-bütünleşme analizi ve Vektör Hata Düzeltme sağlık harcaması modelden sonraki dönem, bu harcamaların göreceli fiyatı ve ekonomik büyüme değişkenleri, kısa süreli değildir. (Akar, 2014: 320).

Say (2015), 2000-2013 yılları arasında OECD'nin 34 ülkesi için sağlık harcama verileri ve kişi başına GSYİH kullanan değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkiyi Panel Cointegration Analysis yöntemini kullanarak test etmiştir. Bu konjonktürel bir ilişkidir (Sayın, 2015: 304).

Finlandiya, İsveç ve Danimarka'da 1867-1997 yıllarını kapsayan bir araştırmada Fielding and Shields, sağlık göstergeleri ve kişi başına düşen gelir arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda 3 İskandinav ülkesinde kişi başına düşen gelir ile bebek ölümleri arasında dinamik bir etkileşim olduğu ve bu iki değişken arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ulaşılan önemli sonuçlardan biri, sağlık önlemlerinin ekonomik performansın önemli bir göstergesi olduğudur (Fielding ve Shields, 2001: 1).

Yine Schultz (1961), tüketim harcamaları olarak adlandırdığımız eğitim ve sağlık harcamalarının insan sermayesi yatırımı olduğunu vurgulamıştır. Ona göre, eğitim ve sağlık yatırımları insanların daha iyi bir iş bulma avantajını artıracak ve böylece daha fazla kar elde edeceğinin belirtmiştir (Schultz, 1961: 1; Akt: Alpugan, 1984: 153).

Folland ve diğerleri, Amerika’da gelir düzeyinin artmasının sağlık üzerine artırıcı etkisinin olup olmadığını araştıran çalışmalar yapmış, bu çalışmalar sonucunda gelir ve sağlık arasında karmaşık ve çelişkili bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Kalemli-Özcan, Ryder ve Weil (2000) yaptıkları çalışmalarında beşeri sermaye artışında ölüm oranlarındaki düşüşün oynadığı rolü ardışık kuşaklar modeli (overlapping generations model) yardımıyla teorik çerçevede incelemişlerdir. Düşen ölüm oranlarının eğitim üzerindeki etkisinin iktisadi olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca, düşen ölüm oranlarının tüketim üzerindeki etkisinin, eğitimin modelde içsel olarak yer alması durumunda sabit alındığı duruma göre daha büyük çıktığını göstermişlerdir.

Bhargava vd. (2001) panel veri yöntemi kullanarak sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini modellemişlerdir. Çalışma sonucunda yetişkin hayatta kalma oranlarını sağlık değişkeni olarak kullanmışlardır. Çalışmalarının sonucuna göre, yetişkinlerin hayatta kalma oranlarındaki artış geliştirmekte olan ülkelerde ekonomiyi olumlu etkilerken, ABD, Fransa, İsviçre gibi oldukça gelişmiş ülkelerde ise negatif bir etki doğurmuştur.

Mayer (2001) 1950-1990 dönemleri için 18 Latin Amerika ülkesinde sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Yaşam beklentisinden ekonomik büyümeye doğru bir nedensellik ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmanın başka ilginç bir bulgusu da 50 -75 yaş grupları arasındaki yetişkinlerin sağlık düzeylerindeki gelişmelerin ekonomiye katkısının pozitif olmasıdır. Ayrıca, yıllık gelirdeki %0,8 ila %1,5 büyümenin yetişkin yaş grupların sağlık düzeylerindeki gelişmeden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bloom vd. (2004) sağlık-ekonomik büyüme ilişkisini üretim fonksiyonu kullanarak ve panel veri analizi yöntemiyle analiz etmişlerdir. Yaşam beklentisini sağlık değişkeni olarak almışlardır. Çalışmanın bulgularına göre yaşam beklentisindeki bir yıllık artış çıktıdaki %4'lük bir artışa denk gelmiştir. Sağlığın ekonomik büyüme üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu vurgulamışlardır.

Brempong ve Wilson (2004) panel veri ve dinamik panel yöntemleri yoluyla sahra altı Afrika ve OECD ülkelerinde beşeri sermayenin sağlık değişkeninin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Sonuç olarak, sağlık beşeri sermayesi stoku ve yatırımının sahra altı Afrika ve OECD ülkelerinde kişi başına düşen geliri pozitif

etkilediği bulgusuna ulaşmışlardır. Ayrıca, sağlık beşeri sermayesi stokundaki artışın daha yüksek bir durağan durum gelir düzeyine ulaşmaya sebep olduğunu ifade etmişlerdir.

Dreger ve Reimers (2005) koruyucu sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişkiyi 1975-2001 dönemi için 21 OECD ülkesinin verileri üzerinden panel eşbütünleşme tekniğiyle incelemişlerdir. Analizin sonuçlarına göre sağlık harcamaları ile gelir arasındaki eşbütünleşme ilişkisi kanıtlanmıştır. Ulaştıkları diğer bir sonuca göre ise sağlık harcamaları sadece gelir düzeyi tarafından belirlenmemiştir. Gelirin yanında diğer önemli etken ise tıbbi gelişme göstergesidir. Bu göstergenin vekil değişkenleri ise yaşam beklentisi, bebek ölümleri ve yaşlı nüfus oranı olarak modelde belirlenmiştir.

Erdil ve Yetkiner (2005) VAR sunumuyla 75 ülke için gelir ile sağlık arasındaki Granger nedenselliğini incelemişlerdir. Ülkeleri düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkeler olarak sınıflandırmışlardır. Çalışmanın ampirik bulgularına göre bir çok ülke için çift yönlü nedensellik bulunmuştur. Diğer bir sonuca göre ise, tek yönlü nedensellik olan ülkelerde nedenselliğini yönü ülke gruplarına göre değişmiştir. Genel itibarıyla düşük ve orta gelirli ülkeler grubunda nedenselliğin yönü GSYİH'dan sağlığa doğru iken, yüksek gelirli ülkeler grubunda ise sağlıktan GSYİH'ya doğru nedensellik bulunmuştur.

Taban (2006) Türkiye için 1968-2003 dönemleri için sağlık ile ekonomik büyüme arasında Granger nedenselliğini bulunup bulunmadığını araştırmıştır. Sağlık göstergeleri olarak doğuştan yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının yatak sayıları, sağlık kurumlarının sayısı ve kişi başına düşen sağlık personeli sayısını almıştır. Sonuçlara göre sağlık kurumlarının sayısı dışında diğer değişkenler ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü Granger nedenselliği bulunduğunu tespit etmiştir. Yazarın ifadesine göre sağlık kurumlarının sayısının ekonomik büyüme ile nedensellik ilişkisinin olmamasının nedeni sağlık kurumlarının sayısının yetersizliğidir.

Erdoğan ve Bozkurt (2008) 1980-2005 dönemleri arasını kapsayan çalışmalarında yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme ilişkisini ARDL metodu uygulayarak incelemişlerdir. Ampirik bulgularına göre, sağlık harcamalarından yaşam

beklentisine, yaşam beklentisinden büyümeye, büyümeden sağlık harcamalarına doğru pozitif bir uzun dönem ilişki tespit edilmiştir. Sonuçta politika önerisi olarak bebek ve çocuk ölümlerini azaltmaya yönelik politikaların geliştirilmesi gerektiğini, kişi başına düşen sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009) sağlık harcamaları, doğuştan yaşam beklentisi ve GSMH verileri arasında 1980-2005 dönemi için Johansen eşbütünleşme testi yoluyla eşbütünleşme ilişkisinin olup olmadığını araştırmışlardır. Ampirik sonuçlara göre sağlık harcamalarının etkisi küçük ve negatif olduğu halde, yaşam beklentisinin etkisi pozitif ve büyüktür. Bu sonucun iki sebebi olduğunu ifade etmişlerdir, (i) Sağlık harcamalarının etkisi uzun dönemde gözlemlenir çünkü koruyucu sağlık hizmetleri uzun dönem etkilere sahiptir, (ii) doğuştan yaşam beklentisi cari yılın GSMH'sını etkilemiştir.

Sab ve Smith (2001), yaptığı çalışmada çalışmalarında sağlık ve eğitimin ekonomik büyüme için vazgeçilmez olduğunu bulmuşlardır. Mushkin'de (1962), eğitim ve sağlık alanındaki eş zamanlı yatırımlar ekonomik gelişme sürecinde olumlu etkiler göstermiştir. Bu bağlamda, sağlıklı ve eğitilmiş insanların toplumda tüketici ve üretici olarak daha aktif olduğunu gördük. Bir başka nokta da, sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilir olması ve bu insanlardan gelen iş gücünün üretimi arttıran bir faktör olmasıdır. Ayrıca, sağlıklı insanlar eğitilirse, bu insanlar daha uzun yaşayacak ve eğitim yatırımlarından daha uzun süre yararlanabileceklerdir. Bu noktada eğitim ve sağlığın iki tamamlayıcı unsur olduğu açıktır (Karagül, 2002: 71).

Çetin ve Ecevit (2010) 1990-2006 dönemleri için panel veri analizi uygulayarak 15 OECD ülkesini incelemişlerdir. Sağlık göstergesi olarak kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranını seçmişlerdir. Sonuç olarak sağlık değişkeni ile ekonomik büyüme arasında ekonomik açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varmışlardır. Politika önerileri olarak şunları belirtmişlerdir: (i) Sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı azaltılmalıdır, çünkü özel sağlık harcamaları kamu sağlık harcamalarından daha verimlidir, (ii) mevcut sağlık harcamaları daha etkili ve verimli alanlara kanallene edilmiştir. Örneğin; bir çok ülke toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payını artırıp tedavi edici sağlık hizmetlerinin payını artırmıştır. Halbuki, son zamanlardaki çalışmalara göre koruyucu sağlık harcamaları daha düşük maliyetli ve verimli olmuştur..

Bozkurt (2010) 1980-2005 dönemi verilerini kullanarak Türkiye için İki Aşamalı Engle-Granger, Johansen eşbütünleşme ve Stock-Watson yöntemlerini kullanarak eğitim ve sağlık ile ekonomik büyüme ilişkisini incelemiştir. Yazar yaşam beklentisini sağlık değişkeni olarak ele almıştır. Sonuç olarak eğitim ve sağlık değişkenleri ayrı ayrı modele dahil edildiklerinde ekonomik büyümeyi olumlu etkiledikleri ortaya çıkmıştır. Eğer beraber modele dahil edildikleri takdirde sağlığın dominant faktör olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak eğitim ve sağlık alanındaki gelişmelerin Türkiye için zorunlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Karataş ve Çankaya (2011) Türkiye için 1981-2006 dönemini kapsayan çalışmada Engle-Granger yöntemi yoluyla beşeri ve fiziksel sermaye yatırımlarından hangisinin daha verimli olduğunu araştırmışlardır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranını sağlık değişkeni olarak almışlardır. Ayrıca eğitim harcamalarının GSYİH'ya oranı ve yükseköğretim okullaşma oranını iki beşeri sermaye değişkeni olarak almışlardır. Çalışmanın sonucuna göre Türkiye için adı geçen dönemde fiziksel sermayenin beşeri sermayeden daha verimli olduğu ortaya çıkmıştır. Kamu sektörünün beşeri sermayeyi geliştirmede öncü bir rol oynaması gerektiğini belirtmişlerdir.

Akpolat ve Altıntaş (2012) panel veri analizi yöntemiyle 19 OECD ülkesi için 1970-2009 dönemini kapsayan çalışmalarında sağlık faktörünün GSYİH'ya olan etkisini araştırmışlardır. Sağlık değişkenleri olarak toplam sağlık harcamaları, bebek ölüm oranları ve doğuşta yaşam beklentisi değişkenlerini almışlardır. Analizin sonucunda sağlık harcamalarındaki artış ve bebek ölüm oranlarındaki düşüşün teoriyle uyumlu olarak GSYİH' yi olumlu etkilediği ortaya çıkmıştır. Buna karşın, doğuşta yaşam beklentisinin teorik beklentilerin aksine GSYİH'ya zayıf ve negatif bir etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak yazarlar araştırmaya konu olan ülkelerin çoğunun gelişmiş ülkeler olduğunu nazara alarak, bu ülkelerde gittikçe yaşanan ve emeklilik çağını aşmış olan nüfusun sağlık gereksinimlerini karşılamak için yapılan harcamaların ekonomiye yük getirdiğini, dolayısıyla nüfusun yaşlanmasının belli bir seviyeden sonra ekonomiyi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Eğitim ve sağlık, insan sermayesinin niteliksel yöntemlerinin geliştirilmesinde rol oynayan iki önemli faktördür. Beşeri sermayeyi oluşturan ana unsur eğitim ve sağlık. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik kalkınma arasında yakın ve karşılıklı

bir nedensellik ilişkisi vardır. Ekonomik gelişmenin belli bir seviyeye getirilebileceği toplumlarda, sağlık için ayrılan kaynaklar artırılmakta, bireylerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesi de artmıştır. Bununla birlikte, sağlık seviyesinin gelişimi de ekonomik gelişmeyi hızlandırmıştır.

Preston, gelir ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde çalışan ekonomistlerden biridir. (Preston, 1975: 231). Preston'a göre, ekonomik koşulların ölüm üzerindeki etkileri, kutsal kitapların doğuşundan itibaren tarihin en erken dönemlerinden beri bilinmiştir. Preston'un çalışmasında, gelir düzeyindeki artışların beslenme düzeyindeki gelişmelere neden olduğunu vurgulamış. Beslenme düzeyindeki artışın tek başına gelirle artmasının, gelir ve sağlık arasındaki ilişkiyi kanıtlamak için yeterli olduğunu iddia etmiştir.

Verimlilik boyutu, ekonomik faaliyetlerde insan gücünün işlevleri ile doğrudan ilgilidir. Sağlık hizmetleri ile kalkınma arasındaki ilişkiler tamamen ekonomik açıdan değerlendirildiğinde, ilk dikkat çeken boyut, sağlık hizmetlerinin insan gücünün bir üretim faktörü olarak üretkenliği üzerindeki etkileri olmuştur. Verimlilik açısından, hastalıkların insan gücü üzerindeki etkilerini üç kısa bölümde özetleyebiliriz: i) ölüm (iş kaybı), ii) sakatlık (çalışma süresi kaybı) ve iii) yorgunluk (işte verimlilik kapasitesi kaybı)). Sağlık hizmetlerinin bu kayıplardan kaldırılması, üretimde doğrudan bir artış ya da üretilen mal ve hizmetlerin kalitesinde bir artış anlamına gelmiştir. (Bingöl, 2004: 42).

Diğer bir önemli gösterge ise sağlık harcamalarıdır. Taban ve Kar (2004), sağlık harcamalarına yapılan yatırımların ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin uzun dönemde ortaya çıktığını belirtmiştir.; “Beşeri sermaye yaklaşımı kapsamında sağlık hizmetleri de sağlık yatırımı niteliği taşımıştır. Schultz başta olmak üzere diğer yazarlar da, sağlık hizmetlerini insanın çalışma yeteneğini koruması ve geliştirmesinden ötürü çalışma verimini artırıcı bir insana yatırım olarak görmüşlerdir” (Taban ve Kar, 2004: 291).

Mazgit (2002), sağlık harcamalarının, çalışma gücünü korumak, gelecekteki sağlık sorunlarını azaltmak ve gelecekteki sağlık harcamalarını korumak olduğunu öne sürmüştür. İnsan sağlığı sermayesinin geliştirilmesi, insan sermayesinin önemli bir bölümünü oluşturmuştur.. Bu şekilde sağlık stokunu artıracak sağlık ve sağlık yatırımları, insan sermayesini artırarak ülkenin kalkınmasında önemli bir rol oynamıştır.

"Belli bir ekonomik gelişme seviyesine ulaşmış olan toplumlar, bireyin sağlığını ve sağlığını bilinçlendirmek için ayrılan kaynakların da arttığını göstermiştir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin gelişimi de ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır" (Mazgit, 2002: 410). .

Yetkiner (2006), sağlığın ekonomik etkilerinden birinin de dışsallık etkisine sahip olduğunu belirtmiştir. "Eğer bir çalışanın hane halkından birisi hasta ise, o çalışanın emek verimliliğinin eksiksiz olduğundan söz edilemez. Çünkü hem psikolojik etkiler hem de hasta ferдин tedavisi için zaman ayırmak zorunda kalması çalışanı verimsiz yapacaktır. Diğer taraftan salgın hastalıklarda, sayısal olarak az kişi etkilense bile, salgın hastalıkların bulaşıcı etkilerinden ötürü üretim üzerinde yıkıcı bir etki doğabilmiştir."(Yetkiner, 2006: 84).

Bloom ve diğerlerinin 1960 ve 1990 yılları arasında 104 ülkeyi kapsayan yaptığı çalışmada, doğum beklentisindeki değişikliklerin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi sorgulandı. Çalışmada en küçük kareler yöntemi kullanılmış ve doğumda yaşam beklentisindeki değişikliklerin ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Mayer 1950-1990 yılları arasında 18 Latin Amerika ülkesinde doğum beklentisi ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik araştırmış ve aralarında nedensellik bulunmuştur. 1970 ve 1990 yılları arasında 20 yıl süren Chacraborty çalışması, 95 ülkede ekonomik büyüme ile yaşam beklentisi göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sağlık göstergelerinde olumlu gelişmelerin ekonomik büyümede rol oynadığını bulmuştur. Bloch ve Sach'in çalışmasında, 75 Afrika ülkesinde doğum beklentisi, doğum ve ölüm oranlarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sonuç olarak, doğum beklentisinin ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisi tespit edildiğinde, bebeğin doğum ve ölüm oranının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Barro'nun 98 ülkede yaptığı çalışmalarda, toplam doğurganlık oranının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bulunmuştur.

1965-1990 yılları arasında Bhargava ve diğerlerinin sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi sorguladığı çalışmanın sonuçları önceki çalışmalardan bazı konularda farklılık göstermiştir. Bhargava ve diğerleri, temel sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin pozitif yönde büyümeye olan katkısının

ancak az gelişmiş ve gelir seviyesi düşük ülkelerde olabileceğini söylemiştir. Buna neden olarak da artan gelir seviyesi ve gelişmişlik düzeyi ile birlikte ulaşılan maksimum sağlık göstergeleri gösterilmiştir. Temel sağlık göstergelerin maksimum seviyeye ulaşmasıyla birlikte sağlık göstergelerinde meydana gelen minimal değişimlerin ekonomik büyümeye katkı sağlayamayacağı düşünülmüştür. (Bhargava, 2001,173-174).

Bhargava'nın 1965 ile 1990 yılları arasında, sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi sorgulayan diğer çalışmalarında ise, bazı açılardan önceki çalışmalardan farklı göstermiştir. Bhargava ve diğerleri, sağlık göstergelerinde olumlu değişimlerin pozitif büyümeye katkısının ancak az gelişmiş ve düşük gelirli ülkeler olabileceğini söylüyor. Bunun nedeni, artan gelir düzeyi ve kalkınma ve elde edilen maksimum sağlık göstergeleri ile gösterilmiştir. Sağlık göstergelerindeki minimum değişiklikler, temel sağlık göstergelerinin maksimum düzeyde başarılması ile birlikte ekonomik büyümeye katkıda bulunamayacağı düşünülmüştür. (Bhargava, 2001, 173-174).

Sağlık hizmetlerinin büyümeye doğrudan katkısının bir boyutta, gelirin artması ya da gelir düşüşünün önlenmesi şeklinde gerçekleşmiştir. Üretim artışı veya daha kaliteli bir ürün elde etmek, üretim faaliyetinin sonunda gelirden artışa yol açacaktır. Bu alandaki gelir artışı mikro ve makro düzeyde değişebilir. Eğer çalışanlar herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşunun üyesi ise, hastalık nedeniyle çalışamayacakları dönemde gelir elde etmeye devam ederken, üretimdeki düşüş makro düzeyde gelirden düşüşe neden olacaktır. Sağlık hizmetlerinin büyümeye doğrudan katkısının üçüncü boyutu, harcamalardan kaynaklanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sağlanması, bu alana tahsis edilecek ekonomik kaynakların bir kısmını gerektirir. Ayrıca, bu hizmetlerin kullanımı bireysel düzeyde artan harcama anlamına gelir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, daha sonra ortaya çıkacak bu harcamalardan tasarruf sağlamaktadır (Tokat, 1994: 68).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik etkileri konusundaki örnek araştırmaları çoğaltmak mümkündür. Bu araştırma sonuçlarının gösterdiği gibi, toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan hizmetlerin sonucunda onaya çıkan katkıların bir kısmı doğrudan parayla ölçülebilen katkılardır.

Vaka çalışması geliştirme ve ekonomik büyümenin bu bölümünde sağlık sektörü arasındaki ilişki, Türkiye ekonomik koşullar göz önüne alınarak incelenmiştir. Bu

çerçevede, mevcut ekonomik literatürü izleyerek sağlık sektörü gelişimini ekonomik büyümeye bağlayabilmek için uygun ölçek değişkenleri (ölçek/proxy değişkenleri) belirlenmiş ve iki değişken arasındaki nedensellik ilişkisi ekonometrik kestirim yöntemleri ile ortaya konulmuştur. (Tokat, 1994: 68).

5.2. Veri Seti

Çalışmada Türkiye ekonomisine biri olan Reel Gayri Safi Yurtiçin Hasıla değişkenleri ile sağlık harcamaları 2012Q1-2017Q4 tarihleri arasında çeyreklik veri seti kullanılarak araştırıldı.

Bu çalışmada, gözlem aralığı, yıllık veriler kullanılarak sınırlandırılmıştır ve ilişki, veri setinin genişliği ve yüksek bir serbestlik derecesi kullanılarak tahmin edilmeye çalışılmıştır.

Veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB) Elektronik Veri Dağıtım Sistemi (EVDS)'den elde edildi. Serilerin doğal logaritması alındı.

Veriler EViews 9.0 programları ile analiz edildi.

5.3. Metodoloji

Çalışmada, Değişkenler arasındaki durağanlık seviyesinin tespiti için Geleneksel Birim Kök testlerinden Genişletilmiş Dickey Fuller Testi (1981, ADF), uygulandı. Uygun gecikme uzunluğunun saptanması için Vektör otoregresyon (VAR) model kuruldu. Değişkenler arasında uzun dönemli ilişki varlığının sınanması için Johansen Eşbütünleşme Testi uygulandı. Son olarak nedensellik analizi Granger Nedensellik Testi ile sağlandı.

5.3.1. Granger Nedensellik Testi Aşamaları

Uygulamalı ekonometrik çalışmalarda, zaman serileri arasındaki nedensellik ilişkilerini belirlemek için en çok kullanılan yöntem Granger (1969) tarafından geliştirilen nedensellik analizidir. (Karaca, 2003: 25)

Nedensellik testi, varsa iki değişken arasında neden-sonuç ilişkisi olup olmadığını test etmek için kullanılmıştır. (Berber, 2004: 10)

Granger (1969), nedenselliği "X'in geçmiş değerleri X'in kullanıldığı zaman, X'in tahmin değeri X'in geçmiş değerlerinden daha başarılı olursa X, Y'nin Granger sebebi" olarak tanımlar. Bu tanımlamanın doğruluğu test edildikten sonra, ilişki $X \rightarrow Y$ ile gösterilir. Bu test ile, nedensellik çıkarımı yapıldığından, tahminler değil, değişkenlerin önceden stabilize edilmesi gerekir. (Granger: 1988: 199)

Bu nedenle sağlık sektörü değişkenleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelendiğinde, serilerin durağan olup olmadığı belirlenmiştir. Bu amaçla, Augmented Dickey-Fuller (1979, 1981) testi (Augmented Dickey Fuller-ADF) testi yapılacaktır. ADF testi, serilerin durağan olmadığı hipotezini test eder. Hipotez reddedilirse, dizinin durağan olması sonucunu doğuracaktır. Denklem (1) ADF testi için tahmin edilmiştir.

$$\Delta Z_t = \beta_1 + \phi Z_{t-1} + \alpha_i \sum_{i=1}^p \Delta Z_{t-i} + \varepsilon_t \quad (1)$$

Denklemde (1), z_t karşılık gelen değişkenlerdir, Δ ilk fark operatörleridir; p , gecikme uzunluğu; error hata terimini gösterir. Boş hipotez $\phi = 0$ reddedilmezse, serilerin statik olmadığı anlamına gelir. Orijinal seviyede durağan olmayan bir değişken bulunana kadar döngüsel farklılıklar alınır.

Periyodik gecikme sayısı (denklemde p olarak ifade edilir) Akaike ve Schwartz yöntemleri kullanılarak belirlenebilir. ADF test istatistiği MCKinnon'un (1990) kritik değerlerine denklemi gecikme uzunlukları ile karşılaştırarak değişkenin test edilen seviyede kararlı olup olmadığı belirlenir.

Sağlık sektörü verileri ile ekonomik büyüme değerleri arasındaki ilişkiyi belirlemede kullanılacak modelin belirlenmesinde değişkenlerin istikrarı önemlidir. Seri durağan değilse, uzun süreli bir ilişki için test edilebilirler. Çalışmadaki eşbütünleşme testi Johansen (1988) ve Johansen ve Juselius (1990) yöntemine göre gerçekleştirilmiştir. JJ yöntemi kullanıldığında, bir eşleştirme testi gerçekleştirilerek eşbütünleşme vektörlerinin sayısı belirlenebilir.

"Trace testinde koentegrasyon vektörlerinin sayısının (r) 0,1e eşit veya küçük olduğu sıfır hipotezi testidir. Her bir durum için boş hipotezlerin reddedilmesi trace istatistik değerinin kritik değerden yüksek çıkması durumunda söz konusu. $R = 0$ sıfır hipotezinin reddedilmesi 1 koentegrasyon vektörünün olduğu; $r < 1$ sıfır hipotezinin reddedilmesi 2 koentegrasyon vektörünün olduğu ortaya çıktı. $r=0$ sıfır hipotezinin

reddedilmemesi, değişkenlerin birbirini değiştirmesidir.” Engle ve Granger (1987) ve Granger (1988) iki değişkenin bir nedensellik gözleminin belirtilmiştir.

Bu durum (2) ve (3). (Engle ve Grenger, 1987: 255)

$$\Delta \log Y_t = \alpha_1 + \sum \beta_{1i} \Delta \log Y_{t-i} + \sum \phi_{1i} \Delta \log X_{t-i} + \varepsilon_{1t} \quad (2)$$

$$\Delta \log X_t = \alpha_2 + \sum \beta_{2i} \Delta \log Y_{t-i} + \sum \phi_{2i} \Delta \log X_{t-i} + \varepsilon_{2t} \quad (3)$$

Granger nedensellik analizi Yukarıdaki modellerinde hata terimi Yukarıdaki tartışma gecikmeli değerleri katsayıları gruplarında sıfıra eşit olup olmadığını test edilmesi ile gerçekleştirilir. katsayıları denklemden ϕ_{1i} Eğer (2) önemli bir belirli düzeyde olmayan sıfır olduğu tespit edilir, daha sonra logx logy sonucudur.

Benzer şekilde, denklem (3)'te β_{2i} katsayıları anlamlılık belli bir seviyede sıfırdan farklı olması, Y bu durumda X neden olan bir gösterge de, Y ve X. arasında karşılıklı bir nedensel ilişki vardır

Eşitlik (2) 'de ϕ_{1i} yalnızca katsayıları sıfırdan farklı ise denklemden β_{2i} katsayıları (3) sıfırdan farklı olması durumunda, X, Y bir tek yönlü nedensellik vardır.

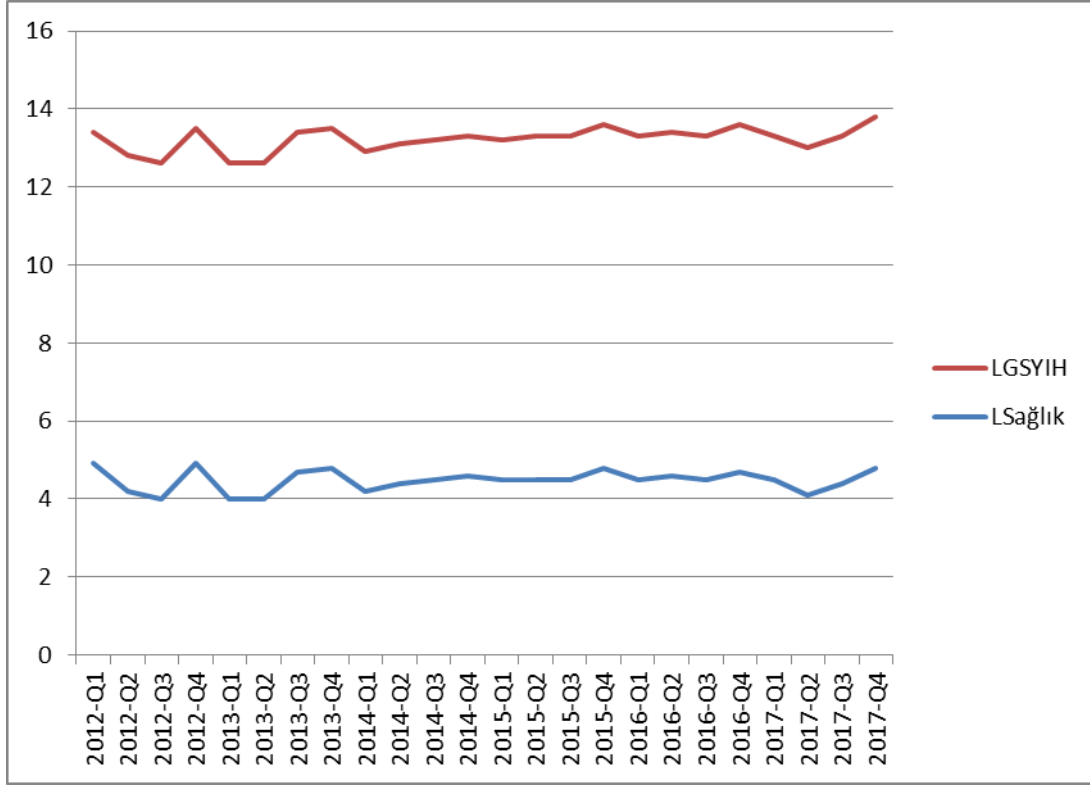
β_{1i} ve β_{2i} katsayılarının sıfırdan farklı olmaması gerçeği, bu iki değişken arasında nedensel bir ilişki olmadığını gösterir.

Yukarıda belirtildiği gibi, nedensellik çıkarımının Granger Nedensellik Analizinde bir tahmin olmadığı için değişkenlerin önceden stabilize edilmesi gerekmiştir.

5.3.2. Değişkenlerin Tanımlanması

Tablo 5.1. 2012-2017 yıllara sağlık harcamaları ve GSYH (TÜİK, 2018)

Yıllar	Sağlık	GSYH	LSağlık	LGSYH
2012-Q1	74.568,00	333.164.005,46	4,9	8,5
2012-Q2	17.404,00	382.070.001,70	4,2	8,6
2012-Q3	9.258,00	424.705.390,32	4,0	8,6
2012-Q4	81.657,00	429.732.717,44	4,9	8,6
2013-Q1	10.112,00	385.824.643,40	4,0	8,6
2013-Q2	10.111,00	441.539.542,87	4,0	8,6
2013-Q3	44.715,00	491.263.793,92	4,7	8,7
2013-Q4	66.354,00	491.085.106,51	4,8	8,7
2014-Q1	17.719,00	451.269.184,24	4,2	8,7
2014-Q2	24.353,00	487.151.068,27	4,4	8,7
2014-Q3	31.702,00	548.625.834,71	4,5	8,7
2014-Q4	44.383,00	557.419.788,61	4,6	8,7
2015-Q1	35.063,00	497.687.043,16	4,5	8,7
2015-Q2	31.369,00	562.947.770,73	4,5	8,8
2015-Q3	33.362,00	631.512.354,71	4,5	8,8
2015-Q4	62.739,00	646.500.325,08	4,8	8,8
2016-Q1	34.158,00	563.890.602,00	4,5	8,8
2016-Q2	36.226,00	631.232.693,23	4,6	8,8
2016-Q3	34.034,00	666.176.429,47	4,5	8,8
2016-Q4	49.853,00	747.226.024,63	4,7	8,9
2017-Q1	28.981,00	650.189.543,76	4,5	8,8
2017-Q2	12.351,00	736.550.357,38	4,1	8,9
2017-Q3	24.346,00	828.936.013,30	4,4	8,9
2017-Q4	69.342,00	889.230.791,82	4,8	9,0



Şekil 5.1. Değişkenlerin yıllar içindeki seyirleri

5.3.3. Granger Nedensellik Testi

Granger nedensellik testi, aralarında ilişki olup olmadığı sorgulanan değişkenler arasındaki ilişkinin yönünüz belirlemek amacıyla kullanılır ve aşağıdaki eşitlik yardımıyla test edilir:

$$Y_t = \sum_{i=1}^m \alpha_i Y_{t-i} + \sum_{i=1}^m \beta_i X_{t-i} + \varepsilon_{1t}$$

$$X_t = \sum_{i=1}^m Q_i X_{t-i} + \sum_{i=1}^m \gamma_i Y_{t-i} + \varepsilon_{2t}$$

Burada gecikme katsayılarını, m bütün değişkenler için ortak gecikme derecesini, ise korelasyonsuz (bağılmaşmasız) süreci göstermiştir. (Gujarati ve Porter, 2010: 653).

5.3.4. VAR Modelinin kurulması

İlk olarak Sims (1980) tarafından geliştirilen VAR modelleri, “bir denklem sisteminde yer alan her bir içsel değişkenin hem kendi hem de sistemdeki diğer

gecikmeli değerlerinin yer aldığı eşitlikler sistemi olarak tanımlanmaktadır” (Sevuktekin ve Çınar, 2014: 495).

“VAR modelleri, yapısal model üzerinde herhangi bir kısıtlama getirmeksizin dinamik ilişkileri verebilmekte ve bu sebeple zaman serileri için sıklıkla kullanılmıştır. VAR modelleri, herhangi bir iktisat teorisinden yola çıkarak, değişkenlerin içsel-dışsal ayrımını gerektirmediği için, bu yönüyle eşanlı denklem sistemlerinden ayrılmıştır. Ayrıca modelde bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin yer alması, geleceğe donuk güçlü tahminlerin yapılmasını mümkün kılmaktadır” (Tarı ve Bozkurt, 2006: 4). VAR modelinin katsayıları her bir denklemin En Küçük Kareler yöntemiyle tahmin edilmesi sonucu bulunmuştur. İki değişkenli VAR modeli, standart şekilde aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

$$SGLK_t = \beta_{10} + \sum_{i=1}^p \beta_{11i} SGLK_{t-i} + \sum_{i=1}^p \beta_{12i} GSYH_{t-i} + u_{1t}$$

$$GSYH_t = \beta_{20} + \sum_{i=1}^p \beta_{21i} GSYH_{t-i} + \sum_{i=1}^p \beta_{22i} SGLK_{t-i} + u_{2t}$$

Yukarıdaki modelde “p gecikmelerin uzunluğunu, Beta ise ortalaması sıfır, kendi gecikmeli değerleriyle olan kovaryansları (Kovaryans değişkenlerin hareket yönünü gösterirken korelasyon iki değişkenin birbirine ne kadar benzerlikte hareket ettiğini gösterir.) sıfır ve varyansları sabit, normal dağılıma sahip, rassal hata terimlerini göstermiştir. α ’lar ise bilinmeyen katsayıları göstermiştir.” (Stock ve Watson, 2011: 647)

VAR modellerinde parametre tahmini yapılmakla birlikte parametrelerin istatistiksel anlamlılıkları dikkate alınmamakta, değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. VAR modelinin uygulanabilmesi için değişkenlere ait serilerin durağan olması gerekmiştir. (Sumer, 2013: 337).

“Etki-Tepki fonksiyonları, rassal hata terimlerinden birindeki bir standart sapmalılık şokun, içsel değişkenlerin şimdiki ve gelecekteki değerlerine olan etkisini yansıtır. Değişkenler arasında dinamik etkileşimi belirlemede, simetrik ilişkileri tespit etmede etki-tepki fonksiyonlarının önemli bir payı vardır. Varyans ayrıştırması ise her bir rassal

şokun gelecek dönemler için öngörünün hata varyansına olan etkisini ortaya koymaktadır” (Özgen ve Güloğlu, 2004: 97).

VAR(3) Modeli kurulmuştur.

Var modeli birbirleriyle karşılıklı ilişki içinde bulundukları düşünülen değişkenlerin etkileşimlerin etkileşimleri ortaya koymak için kullanılan denklem sistemine VAR (vektör otoregresif Model) Modeli adı verilir. Var Modeli Eşanlı denklem sistemine bir eleştiridir

Tablo 5.2. Uygun gecikme uzunluğunu belirlenmesi

Gecikme Uzunluğu	LM-istatistiği	Olasılık
1	3.220600	0.5216
2	1.417914	0.8411
3	5.818513	0.2131
4	1.990104	0.7376
5	0.788904	0.9399

Otokorelasyonun (bir modelde hata terimlerinin birbiriyle ilişkili olma haline denmiştir.) olmadığı uygun gecikme uzunluğu 3 olarak belirlenmiştir

5.3.5. Değişkenlere ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 5.3. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Maksimum	Minimum	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Jarque-Bera
GSYH	20,11	20,60	19,62	0,25	0,06	2,30	0,50 (0.77)*
SAĞLIK HARCAMALARI	10,335	11,31	9,133	0,645	-0,405	2,283	1,072 (0.556)*

Not: Parantez içindeki değerler olasılık değerlerini göstermiştir. ***,** ve * değerleri sırasıyla %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını göstermiştir.

Tanımlayıcı istatistiklere göre oynaklığın göstergesi olan standart sapma değeri GSYH oranlarında daha yüksektir. Ayrıca olasılık dağılımındaki asimetriyi gösteren

çarpıklık katsayısı¹ dikkate alındığında her iki değişken sağa çarpıktır. Dağılım eğrisinin kuyruk dağılımını gösteren basıklık katsayısına² göre ise GSYH ve Sağlık Harcamaları dik olduğu görülmüştür. Boş hipotezinde normal dağılımın olduğu Jarque-Bera testinin test istatistiğine göre %1 anlam seviyesinde sıfır hipotezi kabul edilir ve alternatif hipotezi reddedilmiştir. Buna göre Sağlık Harcamaları oranı değişkeni için %10 anlam seviyesinde normal dağılmamıştır. GSYH oranı değişkeni ise normal dağılım sergilemiştir.

5.3.6. Geleneksel Birim Kök testleri: ADF (Augmented Dickey-Fuller)

Tablo 5.4. ADF(1981) Birim Kök testi Sonuçları

Düzye	Değişkenler		ADF	Birinci Farklar	Değişkenler		ADF
	Sabit	Lsaglik	-5.2427 (1) [0.0004]***		Lsaglik		
		Lgsyh	0.8799 (3) [0.9929]		Lgsyh	-15.2581 (2) [0.000]***	
	Sabit+Trend	Lsaglik	-5.8065 (1) [0.006]***		Lsaglik		
		Lgsyh	-2.3303 (5) [0.3988]		Lgsyh	-15.069 (2) [0.000]***	
	Not: ***,** ve * değerleri sırasıyla %1. %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını göstermiştir..						

Serilerin durağanlığı için serilerin tahmin edilen τ (tau) istatistik değerinin MacKinnon (1996) tablo değerinden mutlak değer içinde büyük olması ($|\tau_h| > \tau_t$) gerekmiştir. Dickey-Fuller (1981) test sonuçlarına göre sağlık değişkenimiz düzey değerinde hem sabitli hem de sabit ve trendli modelde %5 anlam seviyesinde birim kök taşımamıştır. GSYH değişkeni ise düzey değerlerinde hem sabitli hem de sabit ve trend değişkeninin dahil edildiği modelde birim kök taşımıştır. Birinci farkı alındığında durağan olduğu görülmüştür. Çalışmanın devamında Sağlık değişkenimiz I[0] alınacak iken GSYH değişkenimiz I[1] olarak alınacaktır. VAR modeli kurulmadan önce değişkenlerin durağan olduğu seviyeye getirilmesi gerekliliği dolayısıyla GSYH değişkeni birinci farkı alınarak analize dahil edilmiştir.

¹ Ortalamaya göre üçüncü derece moment çarpıklık için $S = \alpha_3 = \begin{cases} <0 & \text{ için sola çarpık} \\ =0 & \text{ için simetrik} \\ >0 & \text{ için sağa çarpık} \end{cases}$

² Ortalamaya göre dördüncü moment basıklık için $K = \alpha_4 = \begin{cases} <3 & \text{ için basık} \\ =3 & \text{ için normal} \\ >3 & \text{ için dik} \end{cases}$

5.3.7. Johansen Eş bütünleşme

İkiden fazla değişkenimiz varsa bir den fazla eşbütünleştirici vektör olma olasılığı vardır. Özdeğer ve özvektör değerlerine dayanılarak yapılan bir testtir. Bu testi yapabilmek için değişkenlerimizin durağanlık değerlerinin aynı olması gerekmiştir. Var model kurularak ilgili model tahmin edilerek Koentegrasyon (serilerin, durağanlığı sağlanıncaya kadar farkını almak) durumuna bakılır.

Tablo 5.5. Pantula Prensibi (Hata düzeltme Modeli)

	Model 2	Model 3	Model 4
r=0	25.26978* (0.004)	7.870220* (0.0094)	39.83239** (0.0005)
r=1	5.413181 (0.2411)	1.985051 (0.2411)	2.591394 (0.9211)

* %1 anlam düzeyinde eş bütünleşme ilişkisinin kurulduğu modeli göstermiştir.

Tabloya göre Modeller bir önceki döneme göre 1 birimlik sapmanın sırasıyla %5 ve %1,9 ve %2,5 düzeltildiği görülmüştür.

Bu modelde 1 adet eşbütünleşme denkleminin oluştuğu görülmüştür. Özdeğeri 0,8302, İz istatistiği 39,832, kritik değeri 25,872 ve Olasılık değeri 0,0005 bu sonuçlara göre uzun dönemde Sağlık Harcamaları ile GSYH koentegrasyonun olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak Bu modeller incelendiğinde 1 adet eşbütünleşme denkleminin oluştuğu görülmüştür.

5.3.8. Pantula Presnsibi (Hata düzeltme Modeli);

“Değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki varsa hata düzeltme modül kullanılmıştır. Bu modelde uzun dönemdeki ilişkiden (dengeden) sapmayı gösterirler. Aralarındaki uzun dönemli ilişkilerin koentegre (eşbütünsellik) olarak düşünülebilir. Koentegrasyon kavramının oluşması için serilerin durağan olması gerekmiştir. Durağanlığın sağlanması için serilerle fark işlemi uygulanır”. Ancak fark işlemi uygulanması sırasında uzun dönem bilgisinde kayıplar oluşmuştur. Bu nedenle hata düzeltme modelleri kullanarak bu dengesizlikleri ortadan kaldırmaya çalışılır.

Değişkenler arasında eşbütünleşme olduğu bilinmelidir. Hata düzeltme modellerinde durağan değişkenlerle kurulan modele hata terimlerinin bir gecikmeli hali eklenir ($r=1$). Hata terimlerinin düzey değerde durağan olması gerekmiştir. Hata terimlerinin katsayısı -1 ile 0 aralığında olmalıdır.

Tablo 5.6. Birim Kök Test Sonuçları

	Değişkenler	ADF	Olasılık
Düzye			
Sabit	SAĞLIK	-5.242(1)	0.0004**
	GSYH	0.879931 (5)	0.9929
Sabit+Trend	SAĞLIK	-5.806567 (1)	0.0006**
	GSYH	-2.330315 (5)	0.3988
Birinci Farklar			
Sabit+Trend	SAĞLIK	-15.06994 (2)*	0.0000**
	GSYH	-15.06994 (2)*	0.1988

* Değerleri değişkenlerin durağan oldukları seviyeyi göstermiştir.

Sağlık Hizmeti ve GSYH ADF birim kök testlerine göre düzey değerinde birim kök taşımakta, birinci farkında [I(2)] ise durağandır. Bu yüzden analize her iki değişkenimizin de [I(2)] alınarak devam edilmiştir.

5.3.9. Granger Yaklaşımı

Granger yaklaşımında iki değişken arasında uzun dönemli ilişki araştırılırken modelde kullanılan değişkenlerinin aynı mertebeden durağan olması varsayılır. Değişkenlerin aynı dereceden durağan değilse durağanlaştırılır. Oluşan yeni değişkenlerle yeni regülasyon yapılmıştır. Aynı zaman yeni regrasyon değişkenlerinin hata değerlerinin yanı mertebeden durağanlaştığına bakılır bu sağlanıyorsa değişkenler arasında eşbütünsel vardır denilmiştir.

WALD Testi: Var modeli kurulduktan sonra çıkan sonuçların bir sayıya eşit olup olmadığı -anamlılık-bütümsel anlamlılık sonuçlarına yani WALD testine göre değerlendirilir.

Tablo 5.7. Nedenselliğin Yönü ve olasılık tablosu

Nedenselliğin Yönü	MWALD	Olasılık
GSYH >> SAĞLIK	15.8559	0.004*
SAĞLIK >> GSYH	8.6312	0.148

* %1 düzeyinde anlamlı

Ho: Granger nedeni değil

H1: Granger nedenidir

GSYH >> SAĞLIK

(Olasılık Değeri 0,05 büyük olduğundan H_0 kabul edilir)

%1 anlam seviyesinde;

Olasılık(0.004)<0.01 H_0 red H_1 Kabul edilmiştir.

Görüleceği üzere sağlık harcamaları GSYH büyük olması kabul edilmemiştir. GSYH'a Sağlık harcamalarından büyük olmuştur. Anlamlılık oluşturmuştur. Nedenselliğin yönü GSYH sağlık harcamalarında pozitif tek yönlü ilişki oluşturmuştur

Tabloya göre Sağlık olasılık değeri 0,0004 olarak görülmüştür. H_0 red edilmiştir. Bunun Granger nedeni olduğu görülmüştür. GSYH Sağlık Harcamaları ile nedensel ilişki olduğu görülmüştür

Elde edilen bulgular sonucunda ekonomik büyüme ile sağlık giderleri arasında uzun dönemli ve tek yönlü bir granger nedenselliği ilişkisi saptanmıştır. Buna göre sağlık giderlerinde meydana gelen bir değişim aynı zamanda GSYH'ya olumlu düzeyde yansımıştır. Diğer bir ifade ile iki değişken arasında Sağlık harcamalarından kaynaklanan bir ilişki söz konusudur.

Analiz sonuçlarını bu şekilde yorumladığımız halde, sonuçlara ihtiyatlı yaklaşılması gerekmiştir. Çalışmanın 2012-2017 dönemini kapsamı ve istatistiki verilerin kısıtlılığı, elde edilen sonuçları yorumlarken ihtiyatlı davranmamızı gerektirmiştir.

Bütün bu sonuçlardan hareketle model olasılık problemlerden arındırılmış ve tahmin yapılabilir bir modeldir. Bu durumda araştırma sonucu, kısa ve uzun dönemde sağlık sektörü ve ekonomik büyüme arasında tek yönlü nedenselliğin olduğunu

göstermiştir. Çalışma neticesinde daha önceki benzer çalışmalarda da ortaya konan nedensellik ilişkilerine paralel bir sonuç elde edildiği görülmüştür.

Elde edilen sonuçlara göre sağlık harcamalarında GSYH'ya nedensellik araştırıldığında olasılık değerinin 0,0004 olduğu görülmüştür. Boş hipotezinin Granger nedeni olmadığı alternatif hipotezin ise Granger nedeni olduğu analizde alternatif hipotez %1 anlam seviyesinde kabul edilmiştir. Yani sağlık harcamalarının GSYH'nın Granger nedeni olduğu tespit edilmiştir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

İyi sağlık politikaları yapmak ve sağlığa yatırım yapmak ekonomik büyümeye önemli ve doğrudan bir katkı sağlamıştır. Bu nedenle, ekonomi ve akademi dünyasının, sektörel analizin çok ötesinde sağlığa ilgi duyulması gerekir. Toplumdaki insani ve sosyal sermayeyi geliştirmek ve korumak için uzun vadeli stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır, sağlık politikalarına öncelik verilmelidir. Türkiye’de, en son teknolojiler kullanılarak başarılı bir şekilde gerçekleştirildiği bir ülke olmakla birlikte, aynı zamanda çocuk ölümleri gelişmiş ülkelere göre yüksektir. Bu hayal kırıklığının üstesinden gelmek için bile, doğru sağlık politikalarının üretimini hızlandırmak gerekir. (Çetin ve Ecevit, 2010: 180).

Sağlık hizmetlerinde verimliliği sağlamak, yani sağlık alanında daha verimli ve verimli yatırımlar gerçekleştirmek, ülkenin beşeri sermaye düzeyini iyileştirecek, verimlilik ve teknolojik yenilikleri gerçekleştirecek, ekonomik büyümeyi ve gelişmeyi hızlandıracaktır. (Sayın, 2015: 291).

Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynaklar, halk sağlığına ve ayrıca ekonomiye ayrılan payların gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı dikkate alınmalıdır. Toplumsal kalkınmanın önemli etkenlerinden biri olarak kabul edilen insan sermayesinin çok düşük bir kaynak tahsisi, bugünün değil, aynı zamanda geleceğin de risk altında olduğunu göstermiştir.

Yapılan ek sağlık harcamaları kesinlikle sağlığı olumlu yönde geliştirmelidir? Soru şu ki. Daha yüksek gelirli ülkeler daha fazla sağlık harcaması göstermiştir. Diğer emtialarda olduğu gibi, sağlık da lüks bir mal haline gelebilir. Bilindiği gibi, lüks mallarda % 1’lik bir artış, harcamalarda % 1’lik bir artışa yol açmıştır. Gelir esnekliği 1’den büyüktür. Eğer bir maliyetteki harcama mevcut artıştan daha fazla artarsa, toplam tüketimdeki payı artacaktır.

GSYİH’sının %12’sini sağlığa harcayan bir ülke, GSYİH’sının %8’ini sağlığa harcayan bir ülkeden kaynaklarının daha çoğunu kullanıyor demektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri için gereğinden fazla kaynak ayıran uluslar, daha çok tıbbi ihtiyaçlarından değil, daha çok harcayacak paraya sahip oldukları için bunu yaparlar. Bu şartlarda yapılan ilave sağlık harcamasının sağlık durumunda ilave bir iyileşme yapacağı

söylenemez. Konuyla ilgili yapılan pek çok araştırmada da daha iyi sağlık durumuna ulaşmak için mutlaka ilave harcama yapılmasının gerekli olmadığı belirtilmiştir.

Sonuç olarak, hem pratik hem de teorik olarak gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bu nedenle, etkili bir harcama politikası ve en uygun sağlık harcama seviyesidir.

Ülkenin kişi başına düşen milli geliri, toplumun eğitim düzeyi ve ekonomik güç, sağlığın sosyal devlet yapısının uygulanabilirliği ve diğer alanlarda yaratılan stratejiler üzerinde büyük bir etkiye sahip olmuştur. Sosyal ve ekonomik yaşamları temel olarak o ülkede yaşayan insanların sağlık ve eğitim durumuna bağlıdır. Yüksek bir eğitim seviyesine sahip olan toplumlar, yaşam kalitesinden yüksek kalmaya ve sağlıklarına, beslenmeden beslenmeye, işlerine kadar, sağlıklarına dikkat ederek hayatlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar.

Sosyal güvenlik hizmetlerinin dünyada bulunmadığı ülkelerde sağlık hizmetleri büyük ölçüde hastalar tarafından finanse edilmiştir. Hastaların sağlık harcamalarını yüksek maliyetler altında veya karşılayamadıkları görülmüştür. (Alpugan, 1984: 152).

Sağlık bilgisi ve sağlık anlayışında büyük bir değişim oldu. Hızlandırılmış teknolojik gelişmeler, iyi eğitilmiş ve modernleşmiş küresel toplumda sağlığın büyümesini ve sağlık okuryazarlığının hızlanmasını sağlamıştır.

Belirtilen hedeflere ulaşma sorumluluğu, sağlık sistemini sadece mevcut duruma hakim olmakla kalmayıp, değişen dünya tehditlerini ele almak ve daha iyi performans gerektiren artan beklentileri karşılamak için de karşı karşıya kalmıştır. Öngörememe ya da bu durumda, gerilebilen yenilenebilir sistemler inşa edilememesi, başarısızlıklarda önemli bir yere sahiptir. (Akar, 2014: 320).

Gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamasının miktarının gereğinden fazla olduğu söylenebilir. Başka bir deyişle, daha çok para harcandığı söylenebilir, çünkü bu ülkelerin harcayacakları paraları vardır. Örneğin, Birleşik Devletlerinde kişi başına yaklaşık 3.000 ABD doları harcanırken, Birleşik Krallık'ta yaklaşık 1,100 dolar harcanmıştır. Ancak, bu ülkelerin sağlık göstergeleri neredeyse aynıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık göstergelerindeki fark, gelişmiş ülkeler arasındaki farktan uzaktır. Gelişmekte olan ülkelere bebek ölüm hızı, gelişmiş

lkelerde yüzde 5 ila 9 arasında değişen yüzde 35 ila 90 arasında değişmiştir. (Sayın, 2015: 296).

Kısacası, gelişmiş ülkeler, ekonomik durumları daha iyi olduğu için daha fazla sağlık harcarlar. Böylece, sağlık göstergeleri diğer ülkelere göre çok daha iyi. Bununla birlikte, sağlık üzerinde herhangi bir ek sağlık harcamalarının iyileştirileceği söylenemez. Gelişmiş ülkelerin kendi aralarında farklı sağlık harcama seviyelerine sahip oldukları ve yakın sağlık göstergelerine sahip oldukları gösterilebilir. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarının yetersiz kaldığı söylenmiştir.

İşgücünün sağlığının verimlilik üzerinde büyük etkisi olduğu için, bugün işgücüne yapılan sağlık harcamaları işletme giderlerinden bir yatırım olarak görülmemiştir. “Dikkat edilmesi gereken diğer bir faktör ise ne kadar ve ne kadar sağlık harcamalarının yapılması gerektiğidir. Aksi takdirde yapılan harcamalar ek bir yük getirerek ekonomiye olumsuz etkide bulunmuştur.” (Alpugan, 1984: 152).

Dünya çapında sağlık sektörü, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği konusundaki tartişmalar güncellenmiş bir politika araştırmasını srdrmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok faktörü vardır. Bu faktörlerin bazıları, nüfusun yaşlanması, ileri teknoloji kullanımı, reçeteli ilaçların kullanımı, ahlaki tehlike olarak listelenebilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, ilk etapta gelişmiş ülkelerdeki en yaygın hastalıklardan biridir. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların insidansı da artmıştır. Temel bakım hizmetlerinin etkinliğinin artırılması da maliyet etkin sağlık politikaları açısından çok önemlidir. Hastalıktan önce önem alınması ve sağlığın sürekli kontrolü, uzun vadede sağlık ve maliyet etkinliğinde etkili sonuçlara neden olmuştur. (Tıraşoğlu ve Yıldıırım, 2012: 115).

Ancak, sağlık endüstrisinin organizasyonu tek başına yeterli değildir. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem arasında karmaşık bir ilişki vardır. Sağlık sektörüne ek olarak, tarım-hayvancılık, sanayi, evre, finans ve hizmet sektörleri sağlık açısından daha iyi organize edilmiştir. Maliye bakanının vergi ile ilgili kararı, kişisel gelir ve sağlık hizmetlerinin alımını doğrudan etkilemiştir. (Yardımcıoğlu, 2013: 67)

Çevrenin kirlenmesi hem sağlıklı su temini hem de sağlıklı tarım ve hayvancılık ürünleri için önemlidir. Öte yandan, sanayide üretilen ürünlerin kimyasal olarak çevreye ve insan sağlığına zarar vermemesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Yukarıda belirtilen

olumsuz dış koşullar, sağlığın bozulmasında çok önemlidir ve bu nedenle sağlık harcamalarının çok yüksek olmasına neden olur. Bu nedenle, sağlık harcamalarının azaltılması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması sağlık sektörünü ve sağlık sistemini düzenlemek için tek başına yeterli olmayacaktır.

Tüm bakanlık politikalarının, sağlık harcamalarında artışa yol açabilecek tüm faktörleri ortaya koyarak sağlık etkilerini yeniden doğrulaması son derece önemlidir. Daha sağlıklı bir toplumun aynı zamanda daha üretken bir toplum anlamına geldiği unutulmamalıdır.

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin sonuçlarının daha yorumlanabilmesi için yapılan ekonometrik analiz sonuçlarının da gösterdiğine göre Sağlık harcamalarında ekonomik büyümeye doğru pozitif ve tek yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik gösteren bu sonuç Türkiye ekonomisi açısından da önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun yanında ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru herhangi bir nedensellik tespit edilmemiştir.

KAYNAKLAR

- Abel-Smith B. (1986) The World Economic Crisis. Part 1: Repercussion on Health. Health Policy and Planning:1(31):202-13.
- Aghion, Philippe ve Peter Howitt. (1998) "A Model of Growth Through Creative Destruction" *Econometrica Journal of the Econometric Society*, Cilt: 60, Sayı:2, ss. 323-351.
- Ağırbaş, İsmail, (1999) Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri ve TCDD Ankara Hastanesinde Prostat Vakalarının İncelenmesi Yoluyla Maliyet Etkililik Analizi Uygulaması; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; Ankara; Sayfa 15-16.
- Akar, Sevdâ. (2014) "Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Cilt:21, Sayı:1 311-322.
- Akat, Asaf Savaş. (2009) *İktisadi Analiz*, Eflatun Yayınevi, Ankara, 2009.
- Akdağ, Yaşar; (2012) Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği; Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Maliye Anabilim Dalı; Temmuz Denizli; s. 17-18
- Akın Cemil Serhat, (2007) Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları; Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; s.16.
- Akıncı, Merter. (2013) Ekonomik Özgürlükler ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Gelişmiş, Gelişmekte Olan ve Az Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Akpolat, A.G., Altıntaş Nurullah (2012), "The Long-Term Impact of Health on GDP in 19 OECD Countries", *International Journal of Social Ecology and Sustainable Development*, Vol.3(1), January-March 2012,s.53-60.
- Aktürk Kamer Akyol (2010) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge Analizi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, , s.7-8.

- Alpugan, O. (1984). “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, *Karadeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2.
- Anayasa Madde: 61 <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>) (E.T: 10.12.2017; 20:15;
- Arısoy, Dilara Şansel (2017); Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama; Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Üretim Yönetimi Bilim Dalı; Eylül; s.27-28)
- Atun, Rifat ve Susan Fitzpatrick. (2005) “Advancing Economic Growth: Investing Health”, Chatham House Conference 22-23 June 2005.
- Austin David Andrew, *Health Care and Markets*, <http://wikileaks.org/leak/crs/RL33759.pdf>, 2017.
- Aydoğdu Ana Luiza Ferreira (2016); Türkiye ve Brezilya’ da Sağlık Turizmi: Bir Karşılaştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, s. 12.
- Ayhan, Barış. (2004) Türkiye’ de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği; Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı; Sakarya; s. 6-7.
- Balçık, Pınar; Şahin Bayram, (2013) Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:16 Sayı:2 s. 124.
- Başol, K. (1994). *Demografi*, İzmir.
- Beslenme.gen.tr Sağlıkın Önemi, (2018) http://www.beslenme.gen.tr/Saglik/Sagligin_onemi.html (Erişim tarihi: 16.02.2018)
- Bhargava, A., Dean T. Jamison, Lawrence LAU, Christoper JL (2001), "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *Journal of Health Economics*, Vol.20(2001), s. 423-440.
- Bhargava, Alok (2001), “Nutrition, health and economic development: Some policy priorities”, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol.22, No.2
- Bilgili Emine ve Ecevit Eyyup, (2008), *Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 11, Sayı:2, Ankara, ss:201-228.

- Birgöl Kılıç, (2017) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki: Türkiye İçin Bir Değerlendirme; Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s.36.
- Bloom, DE., Canning D, ve Sevilla J.P., (2004), "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach", *World Development*, Vol.32, No.1, s. 1-13.
- Bocutoğlu, Ersan. (2012) İktisadi Düşünceler Tarihi, 1. Baskı, Murathan Yayınevi, Trabzon, 2012.
- Bozkurt, H. (2010), "Eğitim, Sağlık ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkiler: Türkiye İçin Bir Analiz", *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, Cilt.5 (2010), Sayı. 1.
- Branson, William H. (1995) Makro İktisat Teorisi ve Politikası, (Çev: İbrahim Kanyılmaz), Alfa Basın Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Brempong, K, Wilson M (2004) "Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries", *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44 (2004), s. 296-320.
- Broadbent J, Gill J, Laughlin R. (2003) Evaluating the private finance initiative in the National Health Service in the UK. "[http://leeds1.emeraldinsight.com/0951-3574. htm](http://leeds1.emeraldinsight.com/0951-3574.htm)" ve "Accounting, Auditing & Accountability Journal." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*,16(3):422-45.
- Celaloğlu, Ensari (2014) http://ensar-celaloglu.blogspot.com/2014/12/isletmeler-de-buyume-olgusu_2.html
- Coşkun Can, Işık Kadir, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> (Erişim tarihi: 09.02.2011).
- Creese A. (1997) User fees. *British Medical Journal* 1997;315:202-3.
- Cutler DM, Reber SJ. (1998) Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. *Quarterly J Economics* 113(21):433-66.
- Cylus Jonathan and Anderson Gerard F., (2007) Multinational Comparisons of Health Systems Data, The Commonwealth Fund, Vol.24. Department of Family and Preventive Medicine, Vol:24.

- Çalışkan, Zafer (2008); Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım; H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, s.29-50.
- Çalışkan, Zafer; (2009) Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet- Etkililik Analizi; Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi Y. C.14, S.2 s.311-332.
- Çalışkan, Zafer; (2010) Hastane Maliyet Yapıları: Yöntemsel Konular ve Tahmine Yönelik Fonksiyonel Formlar; H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 20, Sayı 1,s. 173-192.
- Çamcı, Melahat; (2007) Sağlık Yönetimi; Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Mersin; s. 40.
- Çelik, Yusuf; Uğurluoğlu, Özgür; (2005) Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1); s. 7.
- Çelikay, Ferdi; GÜMÜŞ, Erdal; Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010: 11(1); sayfa 187)
- Çetin, M. ve Eyüp ECEVİT (2010), "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11 (2) 2010, s.166-182.
- Çetin, Murat ve Eyyup Ecevit. (2010) “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt:11, Sayı:2, s.166-182.
- Çiftçi, H, İbrahim (2011); Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler; Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Teorisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 97.
- Çoban, Hilmi (2009); Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması; Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi; İzmir; s. 3-4.
- Çoban, Sevinç (2015); Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansal Ekonomi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İzmir; s.43-46.

- Çoşkun Ali, Akın Ahmet (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, Seçkin Yayınları, Ankara, s. 276.
- Deber RB, Forget EL, Roos LL. (2004) Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *Health Policy* s. 49-66.
- Dreger, C. ve Hans-Eggert REIMERS (2005), "Health Care Expenditures in OECD Countries", *IZA Discussion Paper Series*, No.1469.
- Dror DM, Preker AS. (2002) Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community. *Health Financing*. Washington: The World Bank; p. 89.
- Durmaz, Tuğba (2017); Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi; Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Isparta; s. 5-6.
- Duygu Baysal Kurt (2014); Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeye Etkisi: Beşeri Sermayenin Unsuru Olan Eğitim Göstergeleri İle Avrupa Birliği Ülkeleri Üzerine Dinamik Panel Veri Analizi; Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Bilim Dalı; Konya s. 24.
- Dürrü Z, (2012) OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı, s. 7-8.
- Ekinci, Barış (2015); Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler; Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 6.
- Erdil, E. ve Yetkiner H (2005), "A Panel Data Approach for Income-Health Causality", *FNU Working Paper*, No. 47.
- Erdoğan, S, Bozkurt H (2008) "Türkiye'de Yaşam Beklentisi-Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Modeli Bir Analiz", *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, Vol.3 (2008), s.25-38.
- Ersoy, Arif (2015). İktisadi Teoriler ve Düşünceler Tarihi, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Erten, Zekiye; Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014); Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

- İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; İstanbul; 2016; sayfa 39-40-41-42.
- Fişek G, Özşuca ŞT, Şuğle MA. (1998) Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996. istanbul: SSK-Trkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; s. 24-25.
- Folland, Sherman, Allen C. Goodman ve Mirone Stano (2001); *The Economics of Health and Health Care*, 4th Edition Pearson Prenticehall, New Jersey.
- Gerber, James. (2011) International Economics, Pearson Education Inc. USA.
- Gottret R Schieber G. (2006) Health Financing Revisited: A Practioner's Guide. Geneva: The World Bank; p. 61-6.
- Gök, Senar (2012); Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi; Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Programı Yüksek Lisans Tezi; İzmir; s. 12-13.
- Gökhan Salman (2017), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İktisat Anabilim Dalı İktisat Teorisi Programı, Manisa, s.15--19.
- Granger Clive (1988), "Some Recent Developments in a Concept of Causality", Journal of. Econometrics. 39, 199-211.
- Granger Clive, 1988. "Causality, cointegration, and control," Journal of Economic Dynamics and Control, Elsevier, vol. 12(2-3), pages 551-559.
- Güler, Ali (2017); Türkiye Ekonomisi'nde Ekonomik Büyüme İhracat İlişkisi Yüksek Lisans Tezi; T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Bilim Dalı; 2017;s. 3.
- Güreşçi Pehlivan, Gülçin ve Utku Utkulu. (2015) Ekonomik Entegrasyon ve Büyüme, Nobel Kitabevi, Ankara.
- Güvenek, Burcu. (2015) "Ekonomik Büyümenin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi: Seçilmiş Ülke Örnekleriyle Panel Veri Analizi", Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları, Ed. Burcu Güvenek, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya, s. 217-238.

- Hakan Acaroğlu (2005); Üretim İçinde Beşeri Sermayenin Payı: Türkiye İlleri İtibarı İle Beşeri Sermayenin Kalkınmaya Etkisinin Ölçülmesi; Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Eskişehir.
- Hilmi Çoban (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, s. 44-52.
- Irvin B. (2000) Tucker, Macroeconomics For Today, Second Edition, South – Western College Publishing, Newyork.
- Işık Abdulkadir, (1997) Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Teorisi Bilim Dalı, İstanbul, s. 73.
- İsmail Mazgit, “ Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998, s.109.
- İstanbuluoğlu Hakan, Güleç Mahir, Oğur, Recai (2010) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri; Dirim Tıp Gazetesi;;85 Sayı:2; s. 89.
- Jones, Charles I. (2007) İktisadi Büyümeye Giriş, (Çev. Sanlı Ateş ve İsmail Tuncer), Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Kalemli-Ozcan, RYDER Harl Edgar, WEIL David, (2000), "Mortality decline, Human Capital Investment and Economic Growth", *Journal of Development Economics*, Vol.62 (2000), s. 1-23.
- Kar, Muhsin ve Fatma Tatlısöz. (2008) “Türkiye’de Doğrudan Yabancı Sermaye Hareketlerini Belirleyen Faktörlerin Ekonometrik Analizi”, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:1, Sayı:14, ss. 1-23.
- Karabulut, Kerem (1998) Türkiye’de Sağlık Sektörü- Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama; Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi; Erzurum; s. 37.
- Karagöz, Sevdâ (2015); Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları; Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı İktisat Teorisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 13-14.

- Karagöz, Sevdâ (2015); Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları; Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı İktisat Teorisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 17.
- Karagöl, M. (2002). *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu*, Anıt Matbaa, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 37, Ankara.
- Karakayalı, Hüseyin ve İlkey Dilber, (2013) Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Teorileri, Emek Yayınevi, Manisa.
- Karasioğlu Fehmi, ÇAM Alper Veli (2008); Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması; Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt:1,s. 16.
- Karataş, M, Çankaya Eda (2011), "Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Analizi", *Yönetim ve Ekonomi*, Cilt. 18 (2011), Sayı. 1.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000); Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s.34.
- Kaya, Ebru (2006); Kamu Harcamalarının Büyüme Üzerine Etkileri; T.C. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Balıkesir; s. 6.
- Kaya, Neval (2008); Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi; Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi; Ankara; s. 40-42.
- Kaynak, Muhteşem (2011). Büyüme Teorileri, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kaynak, Muhteşem. (2005) Kalkınma İktisadı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kazgan, Gülten (2014). İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Kesbiç, Cüneyt Yenal, Mustafa İnci ve Abdullah Topçuoğlu (2012). Makro İktisadın Püf Noktaları, Birleşik Matbaacılık, İzmir.
- Kılıç, Birgül, (2017) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme; Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 5.

- Kıymaz, Halil. Yasemin Akbulut ve Ahmet Demir, (2006) “Tests of stationarity and cointegration of Health care expenditure and gross domestic product”, The European Journal of Health Economics, Cilt:7, Sayı:4, s. 285-289.
- Kibritçioğlu, Aykut. (1998) “İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri”, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt:53, No:1-4, s. 207-230.
- Koca, Rûmeysa (2015); Türkiye’de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleriyle İlişkisi; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 6-7.
- Koçak, Ahmet (2016); Eğitim Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkileri: Türkiye ve G8 Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama; T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi; Gaziantep; s. 16-17.
- Kutzin J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 56(3):1 71 -204.
- Kutzin J. (2004) Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Geneva: The World Bank; p. 9.
- Küçükcalay, Abdullah Mesud. (2008) İktisadi Düşünce Tarihi, Beta Yayınları, İstanbul.
- Lavrov, E. and Kapoguzov, E. (2006), Economic growth: theories and problems, OmsU, Omsk.
- Lee K, Goodman H. (2002) Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Isted. Health Policy in a Globalising World. Cambridge: Cambridge University Press; p. 9-11.
- Loş Nilüfer, (2016) Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul, s. 14-15.
- Lucas, R. (1988), 'On the mechanics of economic development', Journal of Monetary Economics, Vol. 22 No. 1, pp. 3-42.
- Maddison, A. (1982), Phases of capitalist development, Oxford University Press, Oxford.

- Marx, K. (2000), Theories of surplus value. Amherst, Prometheus Books, N.Y.
- Marx, Karl. (2010) İktisat Üzerine, Ed. Robert Freedman, (Çev. Ali Çakıroğlu), Belge Uluslararası Yayıncılık, İstanbul.
- Mayer, D. (2001), "Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America", *World Development*, Vol.29, No.6, s. 1025-1033.
- Mazgit, İ. (2002). "Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Hereke-Kocaeli.
- Mazgit, İsmail (1998). Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- McDermott, J. (1999), Mercantilism and Modern Growth. *Journal of Economic Growth*, Vol. 4, Issue 1, pp.55-80.
- Mechanic David and Rochefort David A. (1996) "Comparative Medical Systems" *Annual Review of Sociology*, Vol. 22, pp. 239-270.
- Metin Berber, Seyfettin Artan, (2004), Enflasyon Ekonomik Büyüme İlişkisi, TEK, Ankara, s.10.
- Montchrestien, A. and Billacois, F. (1999), *Traicté de l'oeconomie politique*, Droz, Genève.
- Montefiori M. (2010) "Patient Behavior in the Market for Hospital Services", (www.disefin.unige.it/finanza/WP%5Cn42003.pdf) (Erişim Tarihi: 12.12.2010).
- Mossialos E, Dixon A. (2002) Funding health care: an introduction. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. 1sted. Philadelphia: Open University Press; 2002. p. 1-31.
- Muskin, Selma J. (1962); "Health as An Investment", *The Journal of Political Economy*, Vol.70, No.5, Part 2. OECD Health Data CD-Rom (2005), Updated October, 2005
- Nazlı Akyıldız (2001), "Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri", *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, Sayı:39.
- Neelam SN, Savedoff W. (2004) Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. First Edition. Geneva: World Health Organization; p. 3.

- Neumark, F. (19473) İktisadi Düşünce Tarihi, Cilt: 1, (Çev. Ahmet Ali ÖZEKEN), İstanbul, Üniversitesi Yayınlarından No: 201, İktisat Fakültesi No: 19, İstanbul, 1943, S. 66-67
- Orhan Karaca, (2003), Türkiye’de Ekonomik Büyüme ve Enflasyon Arasındaki İlişki, Doğu Üniversitesi Dergisi, 4 (2), İzmir, s: 250.
- Osipian, A. (2007), Economic Growth: Education as a Factor of Production, KEHI Press, Kramatorsk.
- Özgen, Hacer; Uğurluoğlu, Ece (2008); Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet; 13 Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2; s. 134-135)
- Özgüven, Ali. (1988) İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Sosyal Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Özkan, Asuman (2002); Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi: Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Açısından Cinsiyetler Arası Bir Karşılaştırma; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi; Ankara; s.6.
- Özkara, Yasemin (2006); Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama; Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Tezi; Antalya; s.12.
- Özsağır, Arif. (2011) “Ekonomik Büyüme”, Makro İktisat, (Ed. Nurettin Öztürk & Ali Sözdemir), 1. Baskı, Lisans Yayıncılık, İstanbul, s. 359-383.
- Öztürk, Nazım. (2009) İktisatta Bölüşüm (Kuram-Politika), Palme Yayıncılık, Ankara,.
- Parasız, İlker. (2003) Ekonomik Büyüme Teorileri (Dinamik Makro Ekonomiye Giriş), 2. Baskı, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Pirhan, Şükran (2017); Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği; Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul; s. 9.
- Pradhan, Rudra Prakash. (2011) “Effects of Health Spending on Economic Growth: A Time Series Approach”, Decision, Cilt:38, Sayı:2, ss.68-83.
- Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Tenkorang DA. (2002) Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. Bulletin of the World Health Organization , 80:143-50.

- Preston, Samuel H. (1975), "The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development", *Bulletin of The World Health Organization* 2003, 81 (11), Reproduced from *Population Studies*, 29 (2), p. 231-248.
- Reid, G. (1989), *Classical Economic Growth: An Analysis in the Tradition of Adam Smith*, Basic Blackwell Ltd, New York.
- Robert E, Clive G. (1987). "Co-integration and error-correction: Representation, estimation and testing". *Econometrica* 55: 251—276.
- Romer, P. (1989a), *Endogenous technological change*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Romer, P. (1989b), "Human Capital And Growth: Theory and Evidence," NBER Working Papers 3173, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Ron A, Abel-Smith B, Tamburi C. (1990) *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Isted. Ceneva: ILO; 1990. p. 21-33.
- Rostow, W. and Kennedy, M. (1990), *Theorists of economic growth from David Hume to the present*, Oxford University Press, New York.
- Sağlık Bakanlığı <https://www.saglik.gov.tr/..sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz.> ; Sayısı:224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun E.T:22.03.2018; 23:30;
- Sağlık Bakanlığı: Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No:814, s. 1.
- Saltman RB. (2004) Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. In: Saltman RB, Busse R, Figueras R, eds. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Isted. Philadelphia: Open University Press;. p. 4-5.
- Savaş, V.F. (1997) *İktisadın Tarihi, Liberal Düşünce Topluluğu, Avcıol Matbaacılık, İstanbul,1997, s.138*
- Sayın, Ferhan. (2015) "Ekonomik Büyüme ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Eşbütünleşme Analizi", *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*, Ed. Burcu Güvenek, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya, s. 289-308.

- Schultz, T.W. (1961). "Investment in Human Capital", *The American Economic Review*, Vol: 1(1).
- Seher Gülşah Topuz, (2017) Gelir Eşitsizliği ve Ekonomik Büyüme, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.56-58-59.
- Smith, A. (1776), *An Inquiry Into The Nature and Causes Of The Wealth Of Nations*, Cadell, London.
- Solow, R. (1956), "A Contribution to the Theory of Economic Growth", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 70 No. 1, pp. 65-94.
- Solow, R. (1957), "Technical Change and the Aggregate Production Function", *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 39 No. 3, pp. 312-320.
- Sur, H., Palteki, Tunçay (2013); *Hastane Yönetimi - Sağlık Ekonomisi* (Prof. Dr Mehtap Tatar); Nobel Tıp Kitabevleri; s.337-338.
- Sur, Haydar; Palteki, Tuncay (2010); *Hastane Yönetimi; Bütçeleme* İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri; s.415.
- Şahin İsmet (2017), *Türkiye USH Hane halkı Araştırması, 2002-2003*, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/PDF%20SUNUMLAR%20USH%20YAYGINLASTIRMA%20CALISTAYI/Turkce%20Sunumlar/1.GunSunular/USH%20Hane%20Halki.pdf> (Erişim tarihi: 19.02.2017).
- Şataf, Ceyda (2014) *Fayda Maliyet Analizinde Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler: Fayda ve Maliyetin Belirlenebilme Sorunu*; Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi Y.2014, C.19, S.1; s.110.
- Şıklar İlyas (2003), *İktisada Giriş*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s. 33-58.
- Taban, S. (2006), "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi", *Sosyoekonomi*, Yıl. 2, Sayı.4/ 2006-2.
- Taban, S. ve KAR, M. (2004). *Kalkınma Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Taban, Sami. (2008) *İktisadi Büyüme Kavram ve Modeller*, 1. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Taban, Sami. (2010) *İçsel Büyüme Modelleri ve Türkiye*, Ekin Yayıncılık, Bursa, 2010.
- Taşkın Ömer (2011) *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi* ; Edirne s.78.
- Tatar Faruk (1996), *"Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları"*, Toplum ve Hekim, Ankara.

- Tatar T. (1998) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Tatoğlu, Ferda. (2011) The Relationships between Human Capital Investment and Economic Growth: A Panel Error Correction Model. Journal of Economic and Social Research, Cilt:13, Sayı:1, ss.77-90.
- TC. Anayasası. Türk Anayasa Hukuku Sitesi web sayfası, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> Erişim Tarihi: 126.04.2009I.
- Thorpe KE, Florence CS, Howard DH, Joski R (2005) The rising prevalence of treated disease: effects on private health insurance spending. Health Affairs 2005; 24(4): 317-25.
- Tıraşoğlu, Muhammed ve Burcu Yıldırım, “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, Electronic Journal of Vocational Colleges, Cilt:2, Sayı:2, 2012, ss.111-117.
- Tokat Mehmet, (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Tokat Mehmet, (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Tokat, M. (1994). *Sağlık Ekonomisi*, (Ed: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 793, Eskişehir.
- Turan, Türkan (2008). İktisadi Büyüme Teorisine Giriş, Yalın Yayıncılık, İstanbul, 2008.
- Türker, M. Tuba. (2000) İktisadi Büyümede Beşeri Sermaye ve Türkiye’nin Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayenin Gelişimi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2018); Türkiye İstatistik Kurumu, 2016; Sağlık Bakanlığı RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.
- Tüylüoğlu, Ş., Tekin, M. (2009) Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri; Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi; Cilt:13 Sayı:1 Haziran ss.1-31.
- U.S. Census Bureau”, available at:
<http://www.census.gov/population/international/data/idb/worldpopgraph.php>
 (Accessed 15 May 2015)

- UN (2011), Tashkent: UWED, UNDP, 2nd ed., available at: <http://www.undp.uz/en/publications/publication.php?id=317> (Accessed 15 May 2015) U.S. Census Bureau (2015), “International Programs - World Population: 1950-2050 –
- UNİCEF, (2017) İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Unicef web sayfası http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html. Erişim Tarihi: [26.12.2017].
- Ünsal, Erdal, M. (2007) İktisadi Büyüme, İmaj Yayınevi, Ankara, 2007.
- Wagstaff A. (2009) Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper. Washington: The World Bank. p. 30.
- WHO, (2009), Alma-Ata Deklerasyonu. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Erişim Tarihi: [26.06.2009].
- Yalçın T, (2001) Yıldırım H. Sağlık hizmetlerinin finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 40:1-11.
- Yardımcıoğlu, Fatih (2013) Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt:9, Sayı:1 ss.49-74.
- Yaşar, Y, Gülbiye (2007) Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi; Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi; Ankara,16-17-18-19.
- Yazgan, Murat (2009) Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi; İzmir; sayfa 34.
- Yetkiner, İ. H. (2006). “Sağlık ile Büyüme”, *Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, Temmuz.
- Yıldırım, Kemal, Doğan Karaman ve Murat Taşdemir. (2009) Makro Ekonomi, 9. Baskı, Seçkin Yayınevi, Ankara.

- Yiğit, Vahit (2013) Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye’de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi; Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi; Isparta;; 14.
- Yumuşak, İ.G, Yıldırım Durmuş Çağrı. (2009) "Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Bir İnceleme", *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, Vol.4 Spring, s. 57-70.
- Yüksel, Cihan (2006) Dışsallıklarda Kamusal Çözümler: Türkiye Uygulaması; Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Adana, 20.

İnternet Kaynakları

- www.kpssalandersleri.com/./kamu-kesiminde-uretilen-mal-ve-hizmet-cesitleri..
E.T:21.03.2018; 22:40;
- www.dersimiz.com/ders../Saglik-Hizmetleri-ve-Yararlanma-Yollari-Saglik-Bilg. Sağlık Hizmetleri ve Yararlanma Yolları (Sağlık Bilgisi) 12.E.T:22.03.2018; 01:30;
- www.saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likii..; Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme ;Prof. Dr. Mehtap Tatar; Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü. E.T: 16.12.2017; 16:42;
- www.haberturk.com/ekonomi/para/haber/1445823-ekonomik-buyume-nedir.E.T: 17.12.2017; 23:20;

EKLER

Ek 1: Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLIK RAPORU

[Redacted]	Hilal ÖNER
	141216104
	İşletme
	İşletme
	Dr. Öğr. Üyesi İzzet TAŞAR
Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkileri	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 126 sayfalık kısmına ilişkin, 19/06/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 21'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin doktora tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi İzzet TAŞAR

Danışmanın Adı-Soyadı
(İmzası)

Prof. Dr. Kenan PEKER
Fırat Üniversitesi
İktisadi ve Sosyal Bilimler Fakültesi
Anabilim Dalı Başkanı
(İmzası)

Lisansüstü tezler, savunma öncesinde intihal program raporu ile birlikte enstitüye teslim edilir.

İntihal raporu ile ilgili olarak etik kurallar dâhilindeki benzerlik oranları ilgili Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenir. (Enstitü Yönetim Kurulu tarafından tezin, intihal kapsamı dışında değerlendirilmesi için TURNITIN'den alınan raporda "benzerlik oranı"nın, "alıntılar hariç" en fazla %10, "alıntılar dâhil" % 30'u geçmemesi şeklinde kabul edilmiştir).

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Elazığ/Sivrice’de doğdum. İlk, orta ve Lise eğitimimi Elazığ’da tamamladım. 2008-2013 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümünde Lisans Eğitimimi tamamladım. 2014 Yılında Atatürk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Muhasebe ve Finansman Öğretmenliğinde Tezsiz Yüksek Lisans Programını eğitimi aldım. 2015-2016 yılları arasında İşbankası’nda /Elazığ/Hürriyet Cad. şubesinde Gişe memuru olarak çalıştım. 2016 yılından PTT gişe ve büro görevlisi olarak başlayıp Mart 2017 tarihi itibariyle Veznedarlık görevini yapmıştır. 2014 yılında F.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalında Yüksek Lisans’a başladım halen devam etmekteyim.

