



**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ:
BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ**

Merve SARI

Yüksek Lisans Tezi

İktisat Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER

AĞRI-2025

(Her Hakkı Saklıdır)

T.C.
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

Merve SARI

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ:
BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER
Jüri Üyesi : Doç.Dr. Murat BEŞER
Jüri Üyesi : Ünzüle KURT

AĞRI – 2025

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: BRICS-T Ülkeleri Üzerine Bir Panel Veri Analizi” adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylıyorum.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim. Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

28/08/2025

Merve SARI

	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ TEZ KABUL VE ONAY TUTANAĞI	Doküman No	FR-211
		İlk Yayın Tarihi	26.02.2024
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ:
BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ**

Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER danışmanlığında, Merve SARI tarafından hazırlanan bu çalışma, 28/08/25 tarihinde aşağıda isimleri belirtilen jüri tarafından değerlendirilmiş olup İktisat Anabilim Dalı İktisat Politikası Bilim Dalında yüksek lisans tezi olarak **oybirliği** ile kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER İmza :
Üye : Doç.Dr. Murat BEŞER İmza :
Üye : Doç Dr. Ünzüle KURT İmza :

Yukarıdaki sonuç;

Enstitü Yönetim Kurulu .../.../... tarih ve / numaralı kararı ile onaylanmıştır.

.....
Enstitü Müdürü

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

 AGRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ 2007	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ TEZ BENZERLİK RAPORU	Doküman No	FR-213
		İlk Yayın Tarihi	26.02.2024
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa No	5 / 101

Benzerlik Oranlarına Dair Beyannamedir		
Öğrenci Adı Soyadı	Merve SARI	
Numarası	226051015	
Ana Bilim Dalı	İktisat Ana Bilim	
Bilim Dalı	İktisat Politikası Bilim Dalı	
Programı	Yüksek Lisans (Tezli)	
Danışman Unvanı Adı Soyadı	Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER	
Tez Başlığı	SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ: BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ	
Bölümler	Turnitin Sonucu	En Yüksek Değer
Giriş	% 13	% 25
Kuramsal Temeller/Kavramsal Çerçeve	% 8	% 30
Materyal ve Yöntem	% 15	% 30
Araştırma Bulguları	% 15	% 20
Sonuç/Tartışma/Öneri	% 6	% 20
TEZ (GENEL)	% 12	% 25

.../.../...

Yukarıda bilgileri yazılı tez çalışmasının benzerlik oranları Turnitin raporundan alındığı haliyle yazılmış olup tüm bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

imza
Öğrenci Adı-Soyadı
Merve SARI

İmza
Danışman Adı-Soyadı
Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
------------	--------------	-----------

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	vi
ÖZET	vii
ÖN SÖZ	ix
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER VE ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	3
2. SAĞLIK KAVRAMI	3
2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı	3
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri	8
2.3.1.2. Çevre Faktörlerine Yönelen Sağlık Hizmetleri.....	8
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	11
2.5. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri	11
2.5.1. Devlet Müdahalesi	11
2.5.2. Asimetrik Bilgi.....	12
2.5.3. Dışsallık	12
2.5.4. Kamusal Mallar	13
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	13
2.7. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri.....	14
2.7.1. Kamusal Sağlık Finansmanı Yöntemleri	14
2.7.2. Özel Sektör Finansman Yöntemi	15

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	17
3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI	17
3.1. Sağlık Ekonomisi	17
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Rolü	19
3.1.2. Sağlık Harcamalarının Hızla Yükselmesi	19
3.1.3. Sağlık Sektörünün GSYİH Üzerindeki Payının Büyümesi	19
3.2. Sağlık Ekonomisinin İşlevi	20
3.3. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları	22
3.4. Sağlık Ekonomisi Kapsamı	23
3.5. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep	24
3.5.1. Sağlık Ekonomilerinde Arzı Etkileyen Unsurlar	25
3.5.2. Sağlık Ekonomisinde Talebi Etkileyen Unsurlar	26
3.6. Sağlık Harcamaları Kavramı	27
3.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	29
3.7.1. Teknolojik Değişmeler	30
3.7.2. Gelir Dağılımı	31
3.7.3. Eğitim Harcamalarının Etkisi	32
3.7.4. Kentleşme Düzeninin Etkisi	32
3.7.5. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi	33
3.8. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi	33
3.9. Sağlık harcamalarına Yönelik Teoriler	34
3.9.1. Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti)	34
3.9.2. Bismarck Model	34
3.10. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	35
3.11. Sağlık Harcamaları Finansmanı Gelişim Süreci	36
3.12. Dünyada Sağlık Harcamaları ve Finansman Yöntemleri	37
3.13. Sağlık Ekonomisi ve Harcamaların ilişkisi	38
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	39
4. EKONOMİK BÜYÜME	39
4.1. Ekonomik Büyüme Türleri	41
4.1.1. Spontane Büyüme	41
4.1.2. Planlı Büyüme	41

4.1.3. Dengeli Büyüme.....	41
4.1.4. Kapalı Büyüme.....	42
4.1.5. Açık Büyüme	42
4.1.6. Durgun Büyüme	42
4.1.7. Üstel Büyüme.....	43
4.1.8. Dengesiz Büyüme	43
4.2. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri	43
4.2.1. Doğal Kaynaklar	43
4.2.2. Nüfus Artışı ve İşgücü	44
4.2.3. Fiziksel Sermaye	46
4.2.4. Teknoloji	47
4.2.5. Beşeri Sermaye.....	47
4.3. Ekonomik Büyüme Modelleri.....	50
4.3.1. Klasik ve Neoklasik İktisat	50
4.3.2. Keynesyen Model.....	52
4.3.3. R. Harrod Modeli ve E. Domar.....	53
4.3.4. İçsel Büyüme Modelleri.....	53
4.3.4.1. Romer Modeli	54
4.3.4.2. Lucas Modeli.....	55
4.3.4.3. Barro Modeli	56
4.3.4.4 Grossman ve Helpman Modeli.....	56
BEŞİNCİ BÖLÜM	58
5.1 Literatür Taraması.....	58
5.2. Model ve Veri Seti	62
5.2.1. Matematiksel Model.....	63
5.2.2. Analiz	63
5.3. Metodoloji ve Bulgular	68
5.3.1. Kesitsel Bağımlılık Testi.....	68
5.3.2. Homojenlik Testi.....	71
5.3.3. Pesaran CIPS Birim Kök Testi.....	73
5.3.4. Birim Kök Testi Sonuçları	75
5.3.5. Panel Eşbütünleşme Testi	75

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKÇA	80



ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ: BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER

2025, 101 Sayfa

Günümüz ekonomik koşullarında sağlık, yalnızca bireylerin fiziksel ve zihinsel iyilik halleri açısından değil, aynı zamanda sürdürülebilir ekonomik büyüme ve kalkınmanın temel dinamiklerinden biri olarak da değerlendirilmektedir. Sağlıklı toplumlar, üretken iş gücü, daha düşük sağlık harcamaları ve uzun vadeli ekonomik istikrar bakımından kritik öneme sahiptir. Beşeri sermayenin geliştirilmesi ve korunması sürecinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları belirleyici bir rol üstlenmektedir. Bu harcamalar, toplumların refah düzeyini doğrudan etkilediği gibi, uzun vadeli büyüme potansiyelini de şekillendirmektedir. Sağlıklı bireylerden oluşan bir iş gücü, üretkenlik ve verimliliği artırarak ekonomik kalkınmanın itici gücü olan beşeri sermayenin niteliğini yükseltmektedir. Sağlık alanındaki yatırımlar, hastalıkların yol açtığı ekonomik yükü azaltmakta, iş gücünün etkin kullanımına imkân tanımakta ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirerek uzun dönemde ekonomik büyümeyi desteklemektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Böylece sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki rolü daha net bir biçimde anlaşılacak ve gerekli görüldüğünde mevcut sağlık politikalarını geliştirmeye yönelik yeni öneriler sunulabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, Sağlık Hizmetleri, BRICS-T Ülkeleri

ABSTRACT

MASTER THESIS

THE IMPACT OF HEALTH EXPENDITURES ON ECONOMIC GROWTH: A PANEL DATA ANALYSIS ON BRICS-T COUNTRIES

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Nazife Özge BEŞER

2025, 101 Page

In today's economic conditions, health is regarded not only in terms of individuals' physical and mental well-being but also as one of the fundamental dynamics of sustainable economic growth and development. Healthy societies are of critical importance for a productive labor force, lower healthcare expenditures, and long-term economic stability. In the process of developing and preserving human capital, healthcare services and health expenditures play a decisive role. These expenditures directly affect the welfare levels of societies and shape their long-term growth potential. A labor force composed of healthy individuals enhances productivity and efficiency while improving the quality of human capital, which serves as a driving force of economic development. Investments in the health sector reduce the economic burden of diseases, enable the effective utilization of the workforce, improve access to healthcare services, and, in the long run, support economic growth.

The main objective of this study is to examine the impact of health expenditures on economic growth in BRICS-T countries. In doing so, the study aims to provide a clearer understanding of the role of health expenditures in economic growth and, where necessary, to offer new policy recommendations to improve existing healthcare strategies.

Keywords: Health Expenditures, Economic Growth, Health Services, BRICS-T Countries.

ÖN SÖZ

Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: BRICS-T Ülkeleri Üzerine Bir Panel Veri Analizi başlıklı tezin amacı, BRICS-T ülkelerinde 1990–2023 döneminde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları, istihdam ve kentleşme değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve analiz etmektir. Bu doğrultuda panel veri analizine dayalı yöntemler uygulanarak söz konusu değişkenler arasındaki bağlantılar ampirik olarak test edilmiş ve ulaşılan sonuçların, ilgili literatürdeki bulgulara katkı sağlayacağı öngörülmektedir

Tez çalışmasının hazırlanması sürecinde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, fikirler oluşturan, rehberlik eden ve yolumu aydınlatan her zaman destekçi olan çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nazife Özge BEŞER’e en içten sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca maddi ve manevi her türlü destekleriyle yanımda olan, tez yazma sürecinde motive eden her koşulda yanımda olan başta değerli Annem ile Babama, sevgili eşim Emre SARI ve canım oğlum Eymen Çınar SARI’ya ve tüm aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

.../.../2025

Merve SARI

KISALTMALAR

ADF:	Augmented Dickey–Fuller
BRICST:	Brezilya, Rusya, Çin, Hindistan ve Güney Afrika, Türkiye
CIPS:	Cross Sectionally Augmented IPS
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EMP:	İstihdam
GDP:	Ekonomik Büyüme
GSMH:	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH:	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HE:	Sağlık Harcamaları
KBDGSYİH:	Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla
KBDSH:	Kişi başına Düşen Sağlık Harcamaları
KSH :	Kamu Sağlık Harcamaları
NHIS :	Ulusal Sağlık Sigortası Hizmeti (National Health Insurance Service)
NHS :	Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service)
OEEC:	Avrupa Ekonomi İşbirliği Teşkilatı
SSGSS:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SSGSSK:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP:	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
URB :	Kentleşme Oranı
USH:	Ulusal Sağlık Hesapları
WHO:	World Health Organization

ŞEKİLLER VE ÇİZELGELER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	5
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Basit ve Eski Dönemki Finansman Yöntemleri	14
Şekil 4. Beşeri Sermayenin İktisadi Büyüme Üzerine Etkisi	49



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan Değişkenler.....	64
Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler	65
Tablo 3. Korelasyon Matrisi	66
Tablo 4. Yatay Kesit Bağımlılık Testi Sonuçları	70
Tablo 5. Homojenlik Testi Sonuçları	71
Tablo 6. Panel Birim Kök Testi	74
Tablo 7. Eşbütünleşme Testi Sonuçları.....	76

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze gelen toplumlar, çağın gerektirdikleri doğrultusunda tarihsel süreçte şekillenen farklı yaşam tarzlarıyla hayatlarını sürdürmeye çalışmışlardır. İnsanlığın ilk başladığı eski tarih boyunca birey olabilme ve hayatın akışının devam ettirilebilmesi için sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık kavramı yalnızca hastalık veya sakatlık durumunu ifade etmeyip aynı zamanda psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik olarak da iyi olma halinin birlikte olması gerektiği vurgulanmıştır (Turancı ve Eşiyok 2021). Sağlık kavramı sadece bireyleri içine alan ve onları ilgilendiren bir kavram değildir bunun yanında toplumu ve devlet politikalarını da içine alan önemli bir kavramdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık kavramını geniş bir bakış açısıyla tanımlamakta olup, son yıllarda bu tanıma “sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilme” unsurunu da tanımlarına eklemiştir. Ancak, sağlık kavramı her iki durumda da belirli eksik yönlerini bünyesinde barındırmaya devam etmektedir. İnsanların yaşamını devam ettirebilmesi için sağlık durumunun iyi olması gerekmektedir. Günümüzün yaşam koşullarında fiziksel ve ruhsal açıdan bireyin gelişmesine engel konumda bulunan çevresel, kişisel, ailesel, biyolojik ve toplumsal faktörlerin oluşumunun önünün kesilmesi sağlık kavramının amaçlarındandır (Çelik 2019). Kişiler adına yapılan tüm yatırımlar ülkenin gelişme düzeyine büyük bir katkı sunmaktadır. Söz konusu bu ülkelerin en üretken olduğu dönemlerde sürekliliğinin korunabilmesi ve gelişme şartlarının devam etmesi için toplumu oluşturan kişilerin sağlıklı yapıda olmaları gerekir. Genel ifadesiyle bir kuşağın sağlık koşullarının ve gelişim seviyelerinin iyi noktalara gelebilmesi; ellerinde olan kaynakları etkili kullanmaları, sunulan hizmetin yerinde ve erişimi kolay, finansal yapısı bakımından gerekli olan iyileştirmelerin sağlanması gerekmektedir (Ener ve Yelkikalan 2003).

Bu çalışmanın amacı, 1990–2023 döneminde BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ekonometrik yöntemler aracılığıyla incelemektir. Çalışma, öncelikle araştırma konusunun teorik temelini ortaya koyan kavramsal çerçeveye yer vermekte; ardından kullanılan veri seti ile

kullanılan yöntemler ayrıntılı biçimde tanıtılacak ve elde edilen analizler sonucunda kapsamlı bir değerlendirme yapılacaktır. İlerleyen bölümlerde, panel veri analizi kapsamında gerçekleştirilen ekonometrik testler aracılığıyla elde edilen bulgular sunulmakta ve tartışılmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK KAVRAMI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kavramının anlaşılması amacıyla temel kavramlar açıklanmaktadır. Sağlık, günlük yaşamın en önemli temel taşıdır. Sağlıklı bir yaşam kalitesine sahip olabilmek bireyin en temel gereksinimlerindendir ve onsuz diğer mal ve hizmet çeşitlerinin tek başına fazla bir rolü yoktur (Sophia Witter 2004). Bu koşullar göz önüne alınınca sağlıklı yaşamın olamayacağı bariz bir şekilde görülmektedir. Sosyolojik çevrelerde yaşayan insanlar sağlıkları üzerindeki biyolojik ve fiziki bakımdan bazı negatif yönde etkileri olabildiğince aza indirmek için gerekli önlemleri alırken, ekonomik çevrelere sunulmuş olan hizmetlerin gereken finansmanı için kaynak yaratmaları gerekmektedir (Yıldırım 1994). Sağlık hizmetleri yalnızca bir grubun içinde yer almaz, tüm topluluğa hitapta bulunan hizmetler olarak sınıflandırılabilir.

Sağlık kavramı evrensel bir kavram olduğundan dolayı farklı tanımlamaları oldukça fazladır. Kişilere göre sağlığın tanımı genel olarak hastalık halinin olmayışı olarak ifade edilmektedir. DSÖ'nün tanımına göre hastaneler; hasta olan bireyleri kontrol altına alan, tanı ve tedavilerin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları olarak tanımlanmaktadır. Tüm bunlarla birlikte sağlıklı olmanın tek başına yeterli olmadığı sağlığın sürekliliği önemli bir noktada bulunur.

2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

İnsan yaşamının temel yapı taşı olan sağlığın korunması, yeniden kazanılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten tüm kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Bu sektör, bireyleri ve toplumları hastalık etkenlerinden korumayı, hastalık durumunda ise tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmayı amaçlayan uygulamaları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel hedefi, bireylerde olumsuz seyreden hastalık süreçlerini geciktirmek ve sağlıklı bir toplum yapısı oluşturmaktır. Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran bazı önemli özellikler bulunmaktadır. Bu hizmetler, sağlık sektörünün yürüttüğü tüm faaliyet ve çalışmalarla şekillenir.

Sağlık hizmetlerinin etkin ve sürekli şekilde sunulması, bireylerin sağlıklı kalmasına önemli katkı sağlar. Sağlıklı bireylerden oluşan bir nüfus ise bir ülkenin ekonomik anlamda gelişmesinde belirleyici rol oynar. Sağlık durumu iyi olmayan bireylerin topluma ek maliyetler getirmesi beklenirken, sağlıklı olan bireyler ekonomik, sosyal ve zihinsel açıdan daha yüksek katkı sağlar.

Sağlık hizmetleri çoğunlukla rastlantısal olarak talep edilen hizmetlerdir. Toplumdaki bireylerin bu hizmetlere ne zaman, hangi koşullar altında ve nasıl ihtiyaç duyacakları önceden tam olarak öngörülemmez. Ayrıca sağlık hizmetleri, birçok farklı sektörün iş birliğiyle yürütülen bir ekip hizmeti niteliği taşır (Akdur 2006).

Sağlık alanındaki sorunlar, bireylerin sosyal ve iş yaşamını doğrudan etkileyebileceği için, sağlık hizmetlerinden yararlanma ertelenemez bir ihtiyaçtır. Kişinin sağlığında meydana gelen bozulmalar durumunda, olumsuz etkilerin artmasını önlemek amacıyla sağlık hizmetlerine başvuruların hızlı ve etkili bir şekilde karşılanması büyük önem taşır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

İnsanların en önemli özelliklerinden biride sağlıklı bir vücuda sahip olabilmek ve bunun devamlılığını sağlayabilmek için, Sağlıkla bağlantılı olan ürün ve hizmetlerin planlanması, üretimi, sunumu ve yönetimini üstlenen tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları ve ilgili yapılar, genel olarak ‘sağlık sektörü’ olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlandığı piyasalar, sundukları hizmetlerin niteliği ve kapsamı nedeniyle, birçok durumda rekabet piyasalarından belirgin biçimde farklılık gösterebilir. Bu yaşanan farklılaşma çoğu durumda kaçınılmaz sonuçlar yaratmaktadır. Özel ve kamu kurumlarının kullanmış oldukları politikanın sonucunda gündeme gelmektedir (Kurtulmuş 1998).

Geçmişte sağlık hizmetlerinin öncelikli hedefi hastalıkların tedavisi iken, günümüzde bu değişkenlik göstermekte ve bireylerin öncelikleri arasında fiziksel görünümünü iyileştirmeye yönelik uygulamalardır. Bu tarz uygulamaların artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinden beklentilerde de değişiklik yaşanmaya başlamıştır. Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerinin yalnız hastalıkları iyileştirmeyi değil, aynı zamanda

bireylerin yaşam standartlarını artırmayı hedeflemesi gerektiği fikrini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin belirlenen amaç ve hedeflere ulaşabilmesi için ise farklı özellikleri bünyesinde barındırması gerekmektedir (Somunoğlu 2012).



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kaynak: Akdur (1998), Fişek (1983), Korkmaz (2010), WHO (2000), Öztekin (2001)'den derlenmiştir

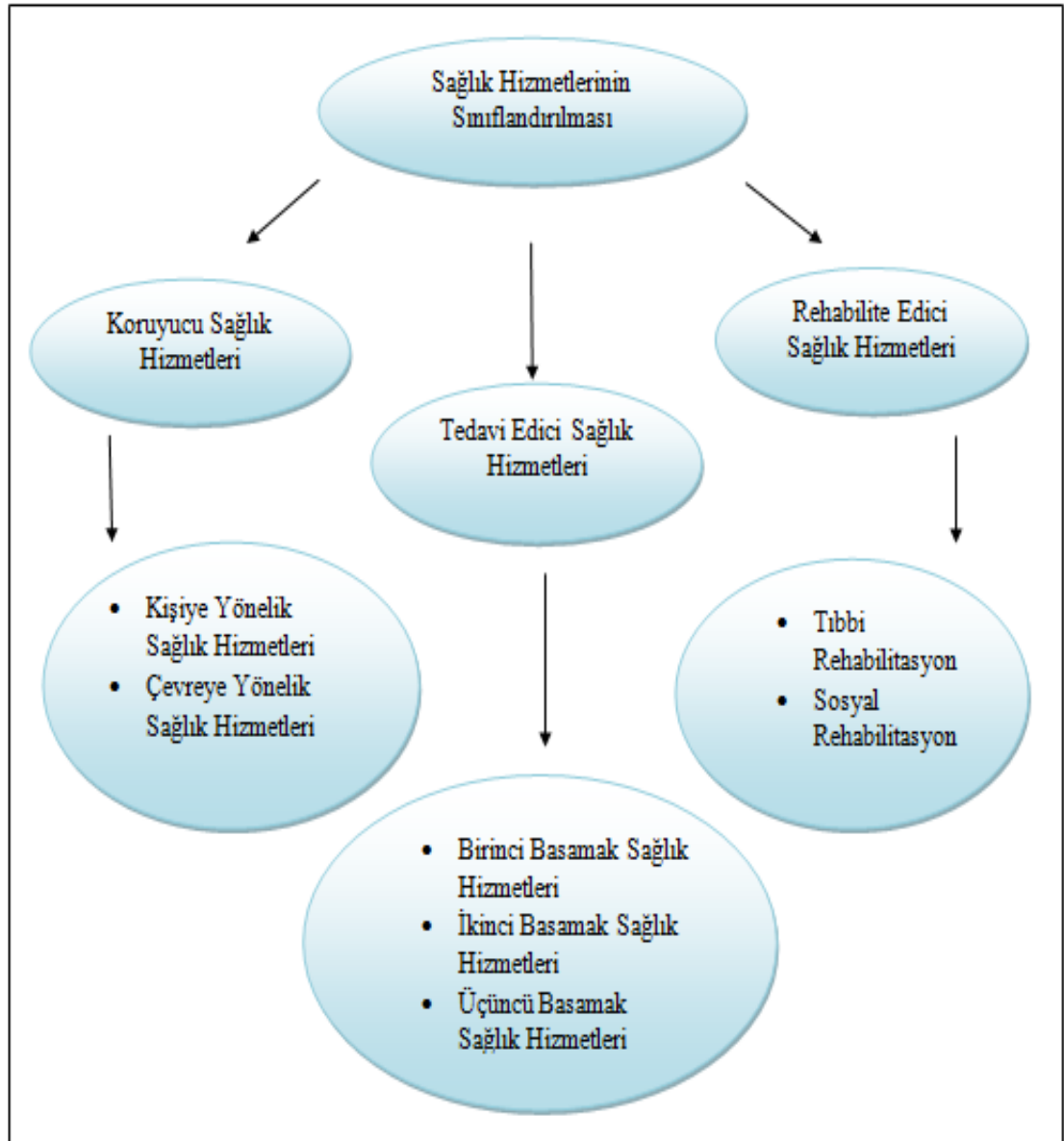
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti kavram olarak, çok sayıdaki ülkede hastalıkların tedavisi şeklinde ifade edilmektedir. Tüm bu ismi geçen hizmetlerin temel amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek, daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir. Sağlık hizmetleri geçmiş dönemlerde ülkelerin birçoğunda sadece hastalıkların tedavi edilmesi şeklinde benimsenmiş ve bundan dolayı tedavi hizmetlerinde belirgin artışlar görülmektedir. Fakat yeni düzen geliştikçe değişen

hastalıklar ve buna bağlı olan faktörlerin değişmesi ile bu çeşitlilik artmaktadır. Sağlık hizmetleri insanlara sağlanırken devletin müdahale etmesi gereken bir durum mevcuttur. Bu durumlardan bazılarını örnek verecek olursak sağlık hizmetleri pazarında yaşanan olumsuzluklar, gelir dağılımında yaşanan eşitsizliklere rağmen sağlık hizmeti haklarından tüm herkesin yararlanabilmesi, koruyucu olan sağlık hizmetleri verebilmesi ve denetlenmesi ya da finansmanının sağlanması görevini almıştır (Çelikay ve Gümüş 2010).

Zaman geçtikçe hastalıkların ve bireylerin sağlık durumlarını bozan sebeplerin öğrenilmesiyle çevrenin sağlığı, kişisel temizlik konusu vb. konular ilerleyen zamanlarda oldukça önem kazanmıştır. Değişen bu koşullar ışığında sağlık hizmetleri zaman geçtikçe daha da çeşitlenerek görülmeye başlanmıştır (Akdur 1998). Sağlık hizmetleri daha eski yıllarda dünyanın birçok farklı yerinde değişik algılandığı için tedavi edici sağlık hizmetlerine doğru yükseliş vardır. Sağlık hizmetleri sağlanışına göre farklı kollara ayrılmaktadır.

Sınıflandırma şekillerine göre; hizmetler, hizmetten faydalananlar ve hizmeti sağlayanlar arasında farklılıklar yaşanmaktadır (Sargutan 2005). Sağlık hizmetleri tüm çerçevesiyle, bireylerin sağlık durumunu korumayı amaçlayan koruyucu hizmetler, mevcut sağlık sorunlarını gidermeye yönelik tedavi edici hizmetler ve hastalık sonrası yapılan iyileşmeyi destekleyen rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana çerçevede ele alınmaktadır bunlar : “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” hizmetleridir. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında azgelişmiş olan ülkelerin sağlık alanındaki harcamalarında yapısal değişimler bulunmaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine, az gelişim gösteren ülkeler ise tedavi edici olan hizmetlere yönelim göstermektedirler.



Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Fişek (1983), Akdur (1998), Öztekin (2001)'den uyarlanmıştır.

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu sağlık hizmetlerini tanımlarsak önleyici hizmetler olarak ifade edebiliriz. Bu hizmetler, hastalık durumu oluşmadan önce bireyi ve bulundukları toplumu korumayı hedeflemektedir. Bireye veya çevreye karşı sağlık hizmetlerini içinde bulunduran koruyucu sağlık hizmetleri, gelişmiş seviyedeki ülkelerin ayrıcalıklı

kaynaklar sunduğu sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu 2017). Hastalıkların henüz başlamadan daha önce alınması gereken tüm tedbirler ve bununla gelişen süreci gösterir (Avcı ve Teyyare 2012).

Ülkede yaşanan sağlık sorunlarındaki artış işgücünde kayıplara yol açmaktadır. İşgücünde yaşanan bu kayıp toplam gelirden azalmaya neden olmakta ve bireyin tedavisindeki ekstra masrafların yanında başka maliyetler çıkarmaktadır. Diğer açıdan bakıldığında bireylerin sağlığı, sağlıklı bir nesil için gerekli olan koşullardandır. Yaşanan toplumda hastalığa yakalanma ihtimali engellenirse, tüm topluluk bu durumdan birbirleriyle rekabet etmeksizin bu hizmetlerden yararlanır (Yıldırım 1994). Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel hedefi hastalık meydana gelmeden onu önleyebilmektir. Yayılma süresi hızlı olan hastalıkların engellenmesi, bireylerin bağışıklık düzeylerinin bu tarzdaki hastalıklara karşı korunmasıyla sağlanabilecektir (Çelikay ve Gümüş 2008)

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye odaklı olan ve çevresel sağlık uygulamaları olmak üzere iki ana grupta ele alınır (Bulutoglu 2001).

2.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

İlk olarak kişiye odaklı olan hizmetlerin kendi arasında aile planlanması, kişisel bakım, bağışıklık kazanma (bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı uygulaması), sağlık konusunda eğitim, dengeli yerinde beslenme ve kişilerin erken tanı uygulanması şeklinde çeşitli başlıklar altında ele alınmaktadır. Kişisel olan sağlık hizmeti; hekimler, sağlık sektöründe görev yapan memuru, hemşireyi, ebeleri kapsayan ve tüm sağlık çalışanlarının katkılarıyla sunulan sağlık hizmetlerini içermektedir.

2.3.1.2. Çevre Faktörlerine Yönelen Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye odaklı olan sağlık hizmetleri kendi aralarında alt kalemlere ayrılmaktadır. Çevreyi kapsayan sağlık hizmetleri, vektör kontrolü, gıda güvenliği, çevresel temizlik ve güvenilir içme ve kullanma suyu temini gibi çeşitli hizmet türlerini kapsar. Aynı zamanda bu tür hizmetlerin etkili bir biçimde yürütülebilme ve devamlılığının sağlanabilmesi, çevre sağlığı alanında uzmanlaşmış mühendisler,

teknisyenler, kimyagerler, veteriner hekimler ve diğer ilgili uzmanlık bilgisine sahip profesyonel sektör çalışanlarının işbirliğince yürütülmektedir.

Bu hizmetler, insan sağlığını doğrudan etkileyen çevresel risklerin azaltılmasını hedefler. Aynı zamanda, bu tür hizmetlerin etkin şekilde yürütülmesi, çevre mühendisleri, teknisyenler, veteriner hekimler, kimyagerler ve ilgili diğer uzmanlık alanlarında eğitim almış profesyoneller tarafından sağlanır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarını çevresel tehditlerden korumayı ve toplumun genel sağlık düzeyini artırmayı amaçlayan hizmetlerin tümünü kapsar. Bu hizmetlerin temel amacı; bireyleri çevrelerinde bulunan biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörlerin olumsuz etkilerinden koruyarak, sağlıklarını güvence altına almaktır (Karadağ 2007).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık veya sakatlık yaşayan bireyleri eski iyilik seviyelerine getirebilmek amacıyla sağlanmaktadır. Kişisel açıdan faydasının daha fazla olmasına rağmen dolaylı açıdan toplumsal fayda düzeyinde pozitif etkisi bulunmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2012). Tedavi edici sağlık hizmetleri; aile hekimliği, poliklinikler, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hastaneler gibi pek çok farklı kuruluş tarafından sunulmaktadır (Ateş 2013).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam tersi olarak tedavi edici sağlık hizmetlerinin en temel yapı taşı, bireylerin sağlıklarındaki meydana gelen bir kötüleşme gerçekleştiğinde talep etmiş oldukları sağlık hizmeti türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık durumu ilk geliştiği zaman muayene ve tedavi koşullarını kapsayan hizmetlerdir ve üç aşamada ele alınmaktadır (Yurdadoğ 2006).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, yalnızca bireylerin sağlıklarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda hastalıkların toplumun diğer üyelerine yayılma riskini de azaltarak dışsal faydalar yaratır. Devlet, sağladığı tedavi hizmetleri ile yalnızca bireysel faydayı değil, aynı zamanda topluma sağlanan bölünemez dışsal faydayı da hesaba katarak toplam fayda elde eder (Akdağ 2012).

2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyonlar olmak üzere iki ana başlıkta ele alınabilir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, doğuştan veya sonradan ortaya çıkan sağlık sorunlarının giderilmesini amaçlayan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon ise, psikolojik açıdan bireylerin topluma uyum sağlamalarına yardımcı olan bir hizmettir. Bu hizmetle bireylerin kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanarak, topluma yeniden kazandırılmaları hedeflenir. Sosyal rehabilitasyonun başlıca amacı, bireyi topluma kazandırmaktır (Köstekçi 2014).

İşgücünde yaşanan kayıplar ve sakatlanma durumunda işgücü ve çalışma avantajı sağlayan bu hizmet türü, hekimler ve diğer sağlık çalışanları tarafından sunulan iyileştirmeler ile sosyal çalışmalar ile birlikte yapılan düzenlemelerdir (Fişek 1983). Sağlık Statüleri farklı nedenlerle sekteye uğrayan hasta bireylere kaybettikleri sağlıklarını fiziksel ve ruhsal durumlarının tekrardan geriye gelmesi adına sunulan hizmetlerin gündeme alınmasıdır (Somunoğlu 2012).

Sağlık ekonomisinin en temel öğeleri arasında; Birinci basamak sağlık hizmetleri, genellikle bireylerin sağlık sorunlarına ilk müdahale edilen, evde veya ayakta tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir düzeydir. Bu hizmetler, hastaların temel sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı, birincil sağlık hizmetleri sağlayıcıları tarafından sunulan ilk tedavi aşamasıdır.

Tıbbi rehabilitasyon, insanların bedenlerindeki kalıcı olan fiziksel bozuklukların yaşanması veya sakatlıkların olabildiğince engellenmesi ve düzeltilmesi için verilen hizmetler olarak ifade edilmektedir (Öztek vd 2012). Sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri arasında insan gücü, finansal kaynaklar, teknolojik altyapı, hammaddeler ve tıbbi ekipmanlardan oluşur. Sağlık sisteminin en önemli çıktıları ise insanların yaşam süresinin uzatılması, hastalıkların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi ve genel sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. DSÖ'nün belirttiği gibi bu çıktılar sağlık sistemlerinin etkinliğini belirleyen kritik unsurlar arasındadır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmet sunumunun yalnızca devlete ya da sadece özel sektöre bırakılması çeşitli sakıncalar doğurabilir. Örneğin, yalnızca özel sektörün hizmet sunduğu sistemlerde koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve gelir düzeyi düşük bireylerin tedavi edici hizmetlere erişememesi söz konusu olabilir. Bu bireyler ya hiç hizmet alamamakta ya da hizmete erişseler dahi ağır borç yükü altına girmektedirler (DSÖ 2010). Buna karşılık, sağlık hizmetlerinin sadece kamu eliyle yürütüldüğü sistemlerde ise verimsizlik, gereksiz hizmet kullanımı ve bürokratik gecikmeler ortaya çıkabilir (Arrow 1963). Bu durumlar sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini ve hizmet kalitesini tehdit edebilir.

Sağlık hizmetlerinin etkin biçimde sunulması için kamu ve özel sektör iş birliği önem taşır. Sunulan hizmetlerin etkinliği ise sağlık göstergeleri (beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, bulaşıcı hastalık yaygınlığı gibi) aracılığıyla ölçülebilir.

2.5. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Sağlık kuruluşları, yeni yatırım planları yaparken ve bu yatırımların boyutlarını belirlerken, potansiyel talebi doğru bir şekilde öngörmelidir. Bu süreçte, piyasa araştırması büyük önem taşır. Hangi sağlık hizmetlerinin ne ölçüde sunulacağı ve hangi hasta gruplarına odaklanılacağı doğru belirlenirse, finansal riskler önemli ölçüde azaltılabilir. Aksi halde, üretilen sağlık hizmetlerinin yeterli talep görmemesi, kurumlar için ekonomik kayıplara ve devlet açısından arz fazlasına neden olabilir.

Sağlığa arzda bulunan ve bunu talep eden ekonomik politikaların birlikte bulunduğu piyasalara sağlık piyasası adı verilmektedir. Sağlık piyasası ekonominin farklı kolları ile birden fazla ortak özelliklere sahip olmakla birlikte farklı piyasa yapılarıyla ayrılmaktadırlar (Folland, Goodman et al. Stano 2016).

2.5.1. Devlet Müdahalesi

Sağlık piyasası, klasik ekonomik piyasalardan farklı olarak serbest rekabet koşullarının tam olarak sağlanamadığı, piyasa başarısızlıklarının sık görüldüğü bir alandır. Bu başarısızlıkların başında dışsallıklar, bilgi asimetrisi ve kamusal mal

özellikleri gelir. Devletin sağlık sektörüne müdahalesi, bu piyasa başarısızlıklarını düzeltmek, hizmetin erişilebilirliğini sağlamak ve toplum sağlığını korumak amacıyla zorunlu hale gelmektedir (Barr 2007). Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kaynaklarının etkin kullanımı ve sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması gibi sosyal devlet ilkeleri de müdahaleyi gerekli kılmaktadır (Tatar 2011).

2.5.2. Asimetrik Bilgi

Asimetrik bilgi terimi ilk olarak, George Akerlof'un 1970 tarihli "The Market for Lemons" makalesiyle ekonomi literatüründe yerini edinmiştir. Piyasa şartlarında, alıcı ve satıcı tarafların sahip oldukları bilgiler eşit düzeyde olmalıdır (Akerlof 1970). Fakat ekonomik ilişkilerde üretici ile tüketici arasında ortaya çıkan bilgi düzeyindeki dengesizlik, asimetrik bilgi kavramıyla açıklanabilir. Bu durum, taraflardan birinin diğerine kıyasla daha detaylı olacak şekilde bilgi birikimine sahip olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, ikinci el bir aracı satan kişinin aracın durumu hakkında alıcıdan daha fazla bilgiye sahip olması gibi (Uçuk 2019).

Asimetrik bilgi, sağlık sektöründe hasta ve hekim arasındaki bilgi farklılıklarıyla da kendini gösterir. Hekimler, hastalarına göre daha fazla bilgiye sahiptir ve bu, hizmetin kalitesini ve miktarını belirleme gücünü onlara verir (Arrow 1963).

2.5.3. Dışsallık

Dışsallık, bir ekonomik aktörün üretim ya da tüketim faaliyetlerinin, diğer ekonomik aktörlerin fayda veya maliyetlerini doğrudan etkilemesi durumunu ifade eder (Işık 2005). Pozitif dışsallık, bir bireyin veya kuruluşun mal ve hizmet tüketiminden üçüncü kişilerin de fayda sağlaması durumunda ortaya çıkar.

Pozitif dışsallık, bir kişinin mal ve hizmet tüketiminden üçüncü tarafın yarar sağlamasıyla gerçekleşir. Kamu sağlık hizmetleri, örneğin koruyucu aşı programları, toplumda üçüncü tarafların fayda sağlamasına yol açan pozitif dışsallıklara örnektir (Yıldırım vd 2015).

Negatif dışsallık, bir ekonomik faaliyetin üçüncü kişiler üzerinde zararlı etkiler yaratması durumunda ortaya çıkar. Örneğin, fabrika bacalarından yayılan hava kirliliği veya yüksek trafik yoğunluğunun neden olduğu gürültü kirliliği, çevrede yaşayan insanların sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Savaşan 2013).

2.5.4. Kamusal Mallar

Sağlık hizmetleri, çoğu zaman kamusal mallar kategorisinde değerlendirilir, çünkü bu tür hizmetler genellikle bireyler tarafından değil, kamu kaynaklarıyla finanse edilip sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemezliği ve ertelenememesi, onları kamusal mallar kategorisinde değerlendirir (Çamcı 2007).

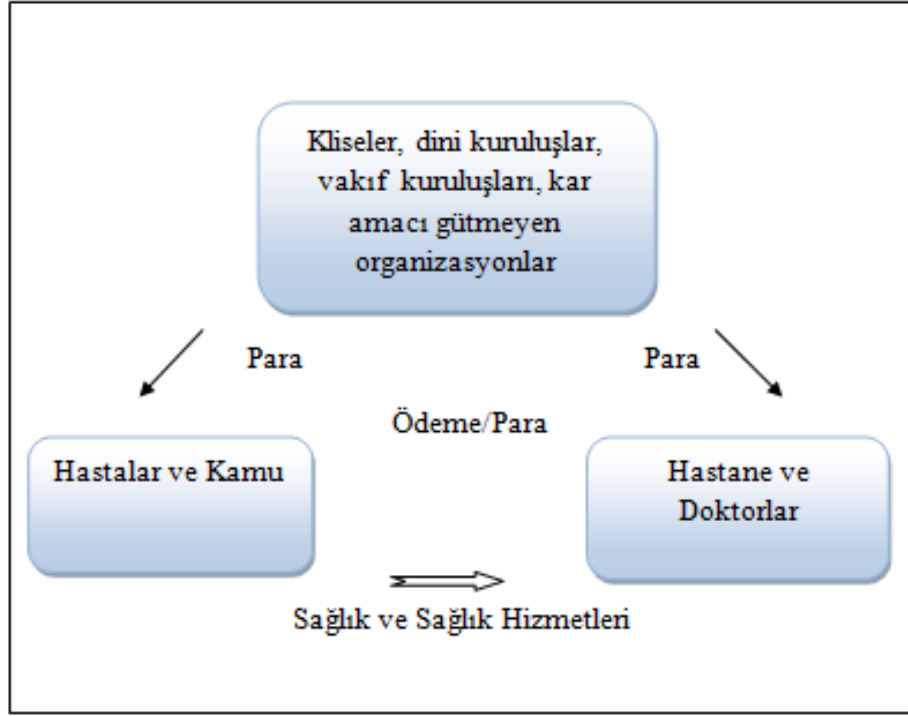
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bu bölümde sağlık hizmetleri finansmanının yöntemleri üzerinde durulacaktır. Bunlar kamu sektörü finansmanı yöntemi ve özel sektör finansman yöntemidir. Sağlık sektöründeki finansman kaynaklarının elde edilmesi, sunulacak olan kaynakların sağlanması, bu kaynakların etkili bir şekilde kullanılması ve sağlık hizmetlerinin satın alınması sürecini kapsar. Bu süreçte, kaynakların sürdürülebilirliği, verimli kullanımı ve adil dağılımı büyük önem taşır (İstanbulluoğlu vd 2010).

Sağlık harcamaları alanında gerekli olmayan harcamaların engellenebilmesi amacıyla sağlık harcamalarının finansmanı önem arz etmektedir. Sağlık harcamalarının etkin bir şekilde yönetilmesi, gereksiz harcamaların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu tür verimsiz harcamaların tespit edilip ortadan kaldırılması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için gereklidir. Ancak, bu süreçte bireylerin sağlık hakkının korunmasına da özen gösterilmelidir (Erol ve Özdemir 2014)

Sağlık finansmanı, tıbbi araştırmalar konusundaki yapılan faaliyetlerin etkinleştirilmesinin sağlanması amacıyla finansman aracının nasıl aktif hale getirildiği ve ne şekilde kullanıldığı hakkında bilgileri içermektedir (Çelik 2019). Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe kaynakların toplanması ve etkili bir biçimde kullanılması sunulması sürecidir. Bu yaşanan süreç ile birlikte sağlık sistemlerinin

hastalığa karşı finansal oluşabilecek olan riskleri azaltabilmesi için çeşitli ödeme mekanizmalarını içermektedir. Ödeme yapanlar, hem kamu hem de özel kurumlar arasından olabilir. Bu kurumlar, sigortalı kişilerden doğrudan ya da dolaylı yollardan gelir sağlayarak sağlık hizmetlerini finanse eder. Toplanan gelir, sağlık hizmeti sunucularına ya da doğrudan alınan hizmet karşılığında ödenir, böylece sağlık hizmetleri karşılanmış olur (Mossialos ve Dixon 2002).



Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Basit ve Eski Dönemki Finansman Yöntemleri

Kaynak: Akdur (1998), Tokat (1994), Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2012)’den uyarlanmıştır.

2.7. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

2.7.1. Kamusal Sağlık Finansmanı Yöntemleri

Kamusal sağlık finansmanı yöntemlerinin oluşum aşaması, 19.yüzyılın son dönemlerini kapsamaktadır. Bu dönemin sonlarına kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. Bu dönemin sonunda, sosyal sigortacılık sistemi ile sağlık finansmanı şekillenirken, 20. yüzyılın ilk dönemlerinde ise vergiler üzerinden sağlanan finansman yöntemleri devreye girmiştir (Ron and Abel-Smith 1990). Bugün ise kamu kaynaklı sağlık

finansmanı, farklı yöntemler aracılığıyla yürütülmektedir. Bu yöntemler genel olarak beş başlık altında incelenmektedir.

Bu yöntemler;

- Belirli bir hizmet kuruluşu ya da sektörlerle yönelik verilen özel vergiler (Özgen ve Karaman 2010),
- Devletin genel bütçesinden gelen vergi gelirleri (Saltman, Busse ve Figueras 2004),
- Zorunlu sunulan sosyal sigorta sistemleri vasıtasıyla yapılan katkılar (Özgen ve Karaman 2010),
- Kamu borçlanması veya para arzının yükseltilmesi yöntemiyle sağlanan finansman,
- Piyango, şans oyunları gibi dolaylı gelir elde edilen kaynaklar tarafından sağlanan gelirler şeklinde sıralanmaktadır (Saltman, Busse and Figueras 2004).

2.7.2. Özel Sektör Finansman Yöntemi

Özel finansman modeli, hem sağlık hizmetlerinin sunumunun hem de bu hizmetlerin finansmanının özel sektör eliyle gerçekleştirildiği bir sistemdir. Bu modelde sağlık harcamaları; bireylerin doğrudan yaptığı cepten ödemeler, tıbbi tasarruf hesapları ve özel sağlık sigortaları aracılığıyla karşılanmaktadır. Ancak bu sistemde, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine mali erişimi her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, kapsayıcılığı sınırlı olduğundan dolayı yaygın olarak uygulanması önerilmemektedir (Güvenek 2015).

Özel sektör finansman yöntemleri, iki ana kategori altında ele alınabilir. Bunlar; bireysel ödeme (cepten ödeme) yöntemi ve özel sağlık sigortası yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Cepten yapılan ödemeler: İnsanların cep telefonlarını kullanarak sağlık hizmetlerinden yararlanırken doğrudan ödeme sağlayarak gerçekleştirmiş oldukları tüm harcamaları kapsamaktadır. Bu tür sağlanan ödemeler, hastalık veya sağlık riski karşısında herhangi bir mali güvence vermemektedir. Cepten yapılan ödemeler, genellikle doğrudan ödeme, kullanıcı katkılı ve resmi olarak yapılmayan ödemeler şeklinde kategorilere ayrılır (Mossialos and Dixon 2002).

Özel Sağlık Sigortası: Özel sağlık sigortası, bireylerin kamu sağlık hizmetlerinin dışında kalan ya da bu hizmetleri tamamlayıcı nitelikteki sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak, sigorta şirketleri aracılığıyla yaptıkları prim ödemelerine dayalı bir finansman sistemidir. Bu sigorta türü, bireylerin daha hızlı, kaliteli ve tercihe dayalı sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılmakta; genellikle özel sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Prim tutarları; yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve sigorta kapsamına göre değişiklik gösterebilir (Akdur 2010). Özellikle kamu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı ya da bireylerin daha yüksek standartlarda hizmet almak istediği durumlarda, özel sağlık sigortası önemli bir alternatif oluşturmaktadır (Coşkun 2014).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Sağlık Ekonomisi

Sağlık tüm bireyler için çok kıymetli bir sermayedir. Toplumun sahip oldukları sağlık sermaye oranında; bilgi, yetenek, eğitim gibi birikimleri elde edebilmekte ve bunları düzenleyebilmekte, birikimlere kaynak sağlayabilmektedir (Meclis Araştırması Komisyonu 2013; Yıldırım 2012). Sağlık ekonomisinin en temel hedefi toplum tarafından önemli olan sağlık hizmetlerine yerinde karşılanması ve ihtiyaç duyulduğu zaman ulaşılması önemlidir. Bireyler, ister birlikte ister topluluk halinde olsun, hayatlarını sürdürmek için gerekli olan ürünleri ve hizmetleri üretmek ve tüketmek zorunda hissederler. Üretim, daha fazla sayıda ürün ve hizmetin tüketilmesi nedeniyle artmaktadır. Böylece bireylerin temel hedefleri, daha fazla üretim yöntemi üzerinde odaklanmaktır. Ekonomi alanında çalışanların uzmanlık sınırları, bu üretimin daha çok nasıl yapılacağı, hangi yöntemlerden ve tekniklerden yararlanılacağı, hangi kesim için ne kadar ve ne türde üretileceği gibi konularla belirlenir. Sağlık alanındaki yürütülen çalışmalar incelendiğinde; toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetleri ile alakalı olan deneyimlerinin olumlu olması, hizmete ihtiyaç duyulan düzeyde karşılanması, iktisadi alandan yapılan iyileştirmelerin sonucunda ekonomide yarattığı etkileri tüm çerçevesiyle değerlendirilmektedir.

Sağlık ekonomisi sağlıkla alakalı yapılan yasal düzenlemeler, sağlık politikalarının belirlenmesi ve yarattığı etkinin sonucunun analiz edilmesi, sağlık hizmetlerinde yararlanılan unsurların etkili kullanılabilmesi, kişilerin ve toplumun sağlığı ile alakalı düzenlemelerin ekonomi üzerindeki sonuçları, verilen hizmette bilinirliğin ve devamlılığının sağlanması, hizmet sunulan bireylerin elde ettikleri faydaların yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık ekonomisi; sağlıkla ilgili hukuki düzenlemelerden başlayarak, sağlık politikalarının oluşturulması ve bu politikaların etkilerinin değerlendirilmesine kadar uzanan geniş bir çerçevede faaliyet gösteren bir disiplindir. Bu alan aynı zamanda sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanımının sağlanması, birey ve toplum sağlığına yönelik düzenlemelerin ekonomik sonuçlarının analiz edilmesi gibi

işlevleri de üstlenir. Hizmet sunumunda yaygınlık ve sürekliliğin sağlanması, sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin elde ettiği faydaların artırılması amacıyla finansman modelleri, arz-talep ilişkileri, yönetim yapıları, organizasyon biçimleri ve insan gücü planlaması gibi unsurların yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi sağlık ekonomisinin temel ilgi alanları arasında yer almaktadır (Çalışkan 2008; Çoban 2009).

Ekonomik analizlerin yapılması sırasında, analizlerden sağlanacak faydanın maksimum düzeyde gerçekleştirilebilmesi, analiz edilen toplumun sağlık durumunun genel olarak iyi olması, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit ve adil hizmet sunması için gerçekleştirilmesi gereken iki temel koşuldur. Bu iki amacı bir arada gerçekleştirebilmek için en çok fayda sağlayacak amaca yönelmek diğer amacın aynı ölçüde gerçekleştirilememesi durumunda fayda sağlayabilecek kadar bu amaçtan kısmen yararlanmak maksimum düzeyde yarar sağlayacaktır (Çoban 2009).

Sağlık kavramının en doğru ve kapsamlı biçimde anlaşılması, ekonominin sağlık üzerindeki etkilerinin de sağlıklı biçimde analiz edilmesine olanak tanımaktadır. Sağlık yalnızca hastalıkların yokluğu değil, bireylerin fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam anlamıyla ortaya koyabilmeleri anlamına gelmektedir. Bu yönüyle sağlık, bireysel performansı artırarak toplumsal refah seviyesinin yükselmesine doğrudan katkı sağlar. Öte yandan sağlık, çeşitli çıktıları aracılığıyla ekonomik büyümeyi de desteklemektedir. Örneğin; sağlıklı bireyler iş gücü ve üretim kayıplarını en minimum seviyede tutar, eğitime katılımın sürekliliğini sağlayarak öğrenme süreçlerini güçlendirmektedir. Sağlık düzeyi yüksek bireyler, hastalıkların neden olduğu verimsizliklerden uzak durarak üretkenliğini sürdürebilmekte ve tedavi giderlerinin azalmasıyla birlikte mevcut kaynakların başka alanlara yönlendirilmesine olanak sunmaktadır (Çetin ve Ecevit 2010).

Sağlık ekonomisinin temel amacı, sınırlı kaynaklar kullanılarak en yüksek sağlık çıktısına ulaşmak, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve toplum sağlığını iyileştirmektir (Rice and Unruh 2016). Bu bağlamda, sağlık ekonomisi; maliyet ve etkinlik analizi, maliyet ve fayda analizi, maliyet ve yararlılık analizi gibi yöntemlerle sağlık hizmetlerinin verimlilik düzeyinin durumunu değerlendirmektedir (Drummond et al. 2015). Sağlık ekonomisi, ekonomik büyüme, verimlilik ve

toplumsal refah arasındaki ilişkileri anlamak için kritik bir disiplindir. Sağlık harcamalarının verimli kullanımı, ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkilerin maksimize edilmesi için büyük önem taşır. Gelecekte, sağlık ekonomisi üzerine yapılan araştırmaların daha kapsamlı ve ülke bazlı olması, sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ekonomistlerin sağlık ekonomisi alanına ilgisi, sağlık hizmetlerinin modern ekonomilerde giderek artan önemi nedeniyle son yıllarda hızla büyümüştür. Sağlık ekonomisine yönelik bu ilginin başlıca nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır:

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Rolü

- Sağlık hizmetleri, yüksek maliyetleri ve sınırlı kaynakları nedeniyle özel bir finansman yapısı gerektirir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı, vergi gelirleri, sigorta primleri ve kişisel harcamalar gibi çeşitli kaynaklardan sağlanır (Drummond et al. 2015). Bu nedenle, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve maliyet etkinliği, ekonomistler için kritik noktada bulunan bir araştırma alanıdır (Morris, Devlin and Parkin 2012).

3.1.2. Sağlık Harcamalarının Hızla Yükselmesi

- Gelişen tıbbi teknolojiler, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık harcamalarının hızla artmasına neden olmaktadır (Folland, Goodman and Stano 2016).
- Bu durum, sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından büyük bir öneme sahiptir.
- Sağlık harcamalarının kamu bütçesindeki payının arttığı bir dönem, ekonomistlerin bu alana daha fazla odaklanmasına yol açmaktadır (Bloom and Canning 2000).

3.1.3. Sağlık Sektörünün GSYİH Üzerindeki Payının Büyümesi

- Sağlık sektörü, dünya genelinde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYİH) önemli bir kısmını oluşturmakta olup, bu oran zamanla artmaktadır (Fuchs 2011).

- Bu büyüme, sadece sağlık hizmetlerine yönelik harcamaları değil, aynı zamanda istihdamı, yatırım kararlarını ve makroekonomik politikaları da etkilemektedir (Getzen 2013).
- Sağlık sektöründeki büyüme, genel ekonomik büyüme için hem fırsatlar hem de riskli durumlara sebep olur (Rice and Unruh 2016).

Bu açıklanan nedenlerden dolayı, sağlık ekonomisi, ekonomik büyüme, refah ve toplumsal kalkınma açısından stratejik bir öneme sahiptir. Sağlık ekonomisi, hem mikroekonomik hem de makroekonomik düzeyde incelenmesi gereken karmaşık bir alan olarak ekonomik analizlerin merkez noktasında bulunmaktadır.

3.2. Sağlık Ekonomisinin İşlevi

Bireylerin fiziksel ya da zihinsel sağlıklarında bir bozulma meydana geldiğinde, bu durumu düzeltmek amacıyla sağlık hizmetlerine başvurmaları ya da hastalıklardan korunmak için gerekli olan önlemler almaları genellikle kişisel düşüncelerine dayalı bir süreçten daha çok, uzmanların rehberlik etmesine dayanır. İnsanlar, yalnızca karşılaştıkları sağlık sorunlarıyla ilgili olarak, bu alanda eğitimli bir doktordan, bilimsel kanıtlara dayalı bir tedavi aşaması bekler. Doktor ise, hastanın sağlık durumu doğrultusunda, kanıtlanmış veriler ışığında en uygun tedavi yöntemini belirler. Ancak bu süreçte, hastanın finansal durumu ve tedavi masrafları genellikle göz önünde bulundurulmaz. Burada ön planda olan şey, hastanın ihtiyaçlarını en hızlı ve etkili şekilde karşılamaktır (Tıraş 2013).

Sağlık hizmetlerinin ekonomiye etkileri, özellikle harcama boyutunda dikkat çekici bir şekilde kendini gösterir. Sağlık hizmet sunumunda sağlık için ayrılan ekonomik kaynaklar, ekonomide büyük kayıplara yol açabilir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, bireysel düzeyde sağlık harcamalarını yükseltir. Ayrıca, sağlık hizmet arzının yetersiz olması hastalıklara bağlı erken ölümlerle sonuçlanabilir. Bu tür zamansız ölümler, ekonomide iş gücü kaybına ve yeterince kullanılmamasına neden olarak büyük bir ekonomik kayıp yaratır. Bu nedenle, ekonomiler için yeterli sağlık arzı sağlamak amacıyla sağlık yatırım harcamaları ve beşeri sermayeye yönelik sağlık harcamaları yapılmalıdır. Ancak yapılan bu sağlık harcamalarının

ekonomik büyümeyi kısıtlayabileceği ve gelişmesini engelleyebileceği sonucuna varılmıştır (Kılıç 2017).

Bu alanda yapılan çalışmalar, sağlık sistemlerinin etkinlik seviyesini artırmayı, kaynakların verimli kullanımını sağlamayı ve toplum sağlığını iyileştirmeyi amaçlar (Folland vd 2016). Sağlık ekonomisinin başlıca işlevlerinden biri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlamak için finansal ve ekonomik analizler yapmaktır (Drummond vd 2015). Bu işlev, sağlık harcamalarının yönetimi ve sağlık hizmetlerine olan erişim konusunda daha verimli politikaların geliştirilmesine imkan tanımaktadır.

Sağlık harcamaları, hem mikroekonomik hem de makroekonomik açıdan önemli sonuçlar doğurur. Bu sonuçlar sağlık ekonomisi sağlık sistemlerinin işleyişini analiz eder ve sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlar. Mikroekonomi düzeyinde bulunan sağlık harcamaları bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi ve iş gücünün verimliliğini artırmayı hedeflemektedir. Sağlıklı bir iş gücünün ekonomik büyüme üzerinde doğrudan olumlu bir etki yarattığını ifade etmektedir (Getzen 2013).

Makroekonomik düzeyde ise sağlık harcamalarının genel ekonomik büyüme ile nasıl bir ilişki içinde olduğu araştırılmaktadır. Birçok çalışma, sağlık harcamalarının ekonomiye olan etkisinin genellikle uzun vadeli olduğunu vurgulamaktadır. Sağlıklı bireyler daha verimli çalışabilir, bu da ekonomik üretkenliği ve büyümeyi artırır. Ayrıca, sağlık harcamaları, özellikle sağlık sigortası gibi finansal destek mekanizmaları yoluyla, gelir dağılımını iyileştirerek, sosyal refahı artırabilir (Smith and Ke 2018).

Sonuç olarak, sağlık ekonomisi sadece sağlık hizmetlerinin finansmanını ve erişimini değil, aynı zamanda genel ekonomik büyümeyi de etkileyen kritik bir alandır. Sağlık harcamalarının doğru yönetimi, hem bireysel sağlık iyileşmeleri hem de ulusal ekonomik büyüme açısından önemli sonuçlar doğurabilir (Drummond et al. 2015; Folland et al. 2016).

3.3. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları

Ekonominin temelinde, kaynakların sınırlı olması nedeniyle bireylerin tüm istek ve ihtiyaçlarını aynı anda karşılayamaması yatmaktadır. Ekonomi biliminin amacı da bu kıtlık sorununa en uygun çözümü geliştirmektir (Aytürk 2010). Bu bağlamda sağlık ekonomisi, ekonomi prensiplerinin sağlık alanına uygulanmasıyla ortaya çıkan bir alt disiplindir. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması ve sağlık sistemlerinin geliştirilmesi yönünde öneriler sunar (Filiz 2010). Kaynakların etkin kullanımına yönelik bu yaklaşım, iktisadi etkinliğin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

İlk olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık ekonomisinin en önemli kaynakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, devlet ve özel sektör arasındaki kaynak aktarımı ile ilgilidir. Kamu sektöründeki harcamalar, sağlık sigorta sistemleri ve devletin sağlık hizmetleri üzerindeki rolü bu alanda test edilmektedir (Arrow 1963). Sağlık alanında yapılan harcamalar, özellikle gelişme aşamasındaki ülkelerde hızla yükselmektedir ve sağlık sistemlerinin devamlılığının sağlanması için etkili bir finansman modeli olmalıdır.

Bir diğer önemli kaynak, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileridir. Sağlık, iş gücü verimliliğini doğrudan etkileyen bir faktör olup, sağlıklı yarattığı etkisinin ne düzeyde olduğunu bilmek, sağlık ekonomisinin önemli bir araştırma alanıdır (Bloom, Canning and Sevilla 2004). Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkı sağlaması, özellikle sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde sunulmasıyla mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimlilik düzeyi de sağlık ekonomisinin temel kaynakları arasındadır. Etkinlik ve verimlilik, sağlık sistemlerinin daha az kaynakla daha fazla fayda sağlamasını ifade eder. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri için maliyet-etkinlik analizleri yapılır ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi adına yeni yöntemler geliştirilir (Gold et al. 1996). Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, gereksiz harcamaları azaltmak ve buraya erişimi iyileştirmek için yeni yöntemler geliştirilmesini amaçlamaktadır.

Sağlık politikalarının ekonomik etkileri, sağlık ekonomisinin bir diğer önemli kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerine erişim, dağılımı ve finansmanı başlıklarında toplanan konuları düzenler. Bu politikaların ekonomi

üzerindeki etkilerinin araştırılması, sağlık ekonomisinin ana alanlarından biridir. Politikalardaki değişiklikler, sağlık harcamalarının optimizasyonu, sağlık sigortası sistemlerinin yeniden yapılandırılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi gibi önemli sonuçlar doğurabilir (Fuchs 1996).

Sağlık ekonomisinin önemli kaynaklarından biri de sağlık hizmetlerine erişimin analizidir. Toplumun farklı kesimlerinden oluşan insanların sağlık hizmetlerine eşit bir koşulda erişebilmesi, sağlık ekonomisinin temel hedeflerinden biridir. Düşük gelir gruplarında yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi, sağlık ekonomisinin temel hedeflerindendir. Ayrıca, sağlık harcamalarının toplumda nasıl dağıldığı ve bu dağılımın ekonomi seviyesinde yarattığı etkileri de sağlık ekonomisinin araştırdığı diğer önemli konu başlıklarındandır (Rice and Unruh 2016).

Tüm bu kaynaklar, sağlık ekonomisinin sağlık hizmetlerinin finansmanını, verimliliğini ve etkili bir şekilde yönetilmesini anlamaya yönelik kapsamlı bir çerçeve sunar. Bu alandaki araştırmalar, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak politikaların geliştirilmesine katkı sunmaktadır.

3.4. Sağlık Ekonomisi Kapsamı

Sağlık ekonomisi, bireylerin ve toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecinde yaptığı harcamaların ekonomik etkilerini inceleyen bir disiplindir. Bu alan, hem bireylerin sağlıklarını koruma ve hastalıkları tedavi etme amacıyla gerçekleştirdikleri harcamaların bütçeleri üzerindeki etkilerini hem de devletin sağlık harcamaları üzerindeki düzenleyici rolünü kapsamaktadır. Devletin yetkili kurumları aracılığıyla sağlık hizmetlerine yönelik kaynak tahsisi, finansman modelleri ve maliyet etkinliği gibi unsurlar da sağlık ekonomisinin temel araştırma konuları arasında yer almaktadır.

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin üretimi, tüketimi ve finansmanı ile ilgili ekonomik sorunları inceleyen bir disiplindir. Sağlık ekonomisinin temel kaynakları, sağlık hizmetlerinin finansmanı, ekonomik büyüme üzerindeki etkileri, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliği gibi bir dizi önemli konuya dayanır.

3.5. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep

Herkes tarafından kabul gören arz ve talep kanununda, piyasa içerisindeki ücretlerin belirlenmesini, bu ücretlerin üretim ve tüketim aşamasındaki alınan kararları etkileme şeklini ifade etmektedir. Arz ve talep kanunu hususunda, yapı taşı olarak tam rekabet piyasaları etkili olduğu dönemde, pazarın denge fiyatına en verimli şekilde ulaşım sağlanacağını göstermektedir (Kirzner 2000).

Sağlık hizmetlerinin talep ve arz süreçleri, diğer mal ve hizmet piyasalarından belirgin şekilde ayrılmaktadır. Sağlık alanında, tüketicilerin talep ettikleri hizmetin türü, miktarı ve sunulma zamanı gibi unsurları önceden belirlemeleri genellikle mümkün olmamaktadır. Çünkü sağlık hizmeti, genellikle önceden planlaması yapılayan ve anlık ortaya çıkan ihtiyaçlarla ilgili olmaktadır. Bu nedenle, sağlanacak hizmetin kapsamı, kalitesi ve verileceği zaman gibi faktörler başlangıçta belirlenemez. Bu belirsizlik, hizmetin fiyatının ve maliyetinin de önceden tahmin edilmesini imkansız hale getirmektedir (Ak ve Sevin 2000). Bu yaşanan özel durum, sağlık hizmetleri piyasasında klasik arz-talep modelinin doğrudan uygulanabilmesini sınırlandırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin talebi, genellikle bireylerin sağlık durumlarına ve sağlıkla ilgili acil ihtiyaçlarına dayalıdır. Bu, talep edilen hizmetin türünü, miktarını ve sağlanma zamanını belirlemeyi zorlaştırır. Tüketiciler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve fiyatını önceden belirlemekten ziyade, sağlık durumu ve öncelik durumlarına göre karar verirler. Ayrıca, sağlık hizmetlerine olan talep, genellikle gelir düzeyine, yaşa, yaşam koşullarına ve sağlık sigortası sistemiyle de bağlantılıdır (Chernew et al. 2009). Bu belirsizlik, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını zorlaştırabilir ve planlamada esneklik gerektirir.

Arz tarafında ise, sağlık hizmetlerini sunanlar, hastaneler, klinikler ve sağlık profesyonelleridir. Ancak, sağlık hizmetlerinin arzı da diğer sektörlerden farklıdır, çünkü arzın miktarı ve kalitesi genellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarının kapasitesi, hükümet politikaları ve sağlık sisteminin finansal yapısıyla sınırlıdır. Ayrıca arzın artışı, tıpkı talepte olduğu gibi ekonomik sınırlamalara ve devletin müdahalelerine bağlıdır (Fuchs 1996).

3.5.1. Sağlık Ekonomilerinde Arzı Etkileyen Unsurlar

Ekonomi biliminin temel kavramlarından birisi olan arz, diğer tüm değişkenler sabitken, belirli bir dönemde üreticilerin farklı fiyat seviyelerinden piyasaya sunmak istedikleri mal veya hizmet miktarını ifade eder. Sağlık alanında arz, sağlık kuruluşlarının çeşitli fiyat seviyelerinde sunmaya hazır oldukları mal ve hizmet miktarı anlamına gelmektedir (Tokat 1994). Sağlık arzı, genellikle devlet politikaları, sağlık sigortası sistemleri ve sağlık profesyonellerinin eğitim düzeyi ile şekillenir. Arzın artması, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve daha uygun fiyatlarla sunulmasını sağlayabilir, bu da halk sağlığını iyileştirir ve iş gücü verimliliğini yükseltir. Arzın kısıtlı olması, hizmetin kalitesinde azalma ve fiyatların artması gibi sorunlara yol açabilir, bu da sağlık harcamalarının büyümesine yol açar. Bununla birlikte, sağlık sektöründeki arz ve talep dengesizliği, sağlık harcamalarının verimsiz kullanılmasına yol açabilir (Cutler 2004).

Sağlık hizmetlerinin arzına dair temel özellikler şu şekilde farklı gruplara ayrılabilir. Sağlık sektöründe hizmet sunan kuruluşlar, sınırlı arz nedeniyle tekeli konumunda olabilirler. Sağlık hizmetlerinde arz artsa dahi bu durum, talepte ya da fiyatlarda önemli bir azalmaya neden olmaz. Bu da sağlık hizmetlerine yönelik talebin fiyat karşısındaki duyarlılık seviyesinin düşük olduğunu gösterir. Bu, sağlık hizmetlerine olan talebin fiyatının karşısındaki duyarlılığının düşük seviyede olduğunu göstermektedir (Kurtulmuş 1998; Işık 2001 ve Tokalaş 2006).

Arz, herhangi bir dönemde içinde, diğer tüm faktörlerin sabit konumda bırakılması koşuluyla satıcıların ya da üretim gerçekleştirenlerin satmaya istekli oldukları mal ve hizmet birikimine denmektedir (Dinler 2009). Sağlık hizmetlerinin arz esnekliğini doğrudan fiyatlarla ilişkilendirmek her durumda doğru bir yaklaşım olmayabilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde arz esnekliği, genellikle daha doğrudan ve belirgin bir ilişki sergilerken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetlerinde bu ilişki daha zayıf ve sınırlı bir şekil almaktadır. Bununla birlikte, toplum genelinde sosyal güvence sistemlerinin yaygınlaşması, söz konusu ilişkileri dönüştürmekte; bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde fiyat engellerinin ortadan kalkması, sağlık hizmetlerine yönelik talep esnekliğini artırmaktadır.

3.5.2. Sağlık Ekonomisinde Talebi Etkileyen Unsurlar

Belirli bir zaman dilimi içerisinde, belirli bir fiyat düzeyinden satın alma isteğini yansıtan talep kavramı, sağlık sektöründe diğer piyasa mal ve hizmetlerinden farklılık gösterebilmektedir (Öçal 2014). Gelişmiş toplumlarda sağlık hizmetlerine erişim yalnızca bireysel alım gücüne bağlı kalmaksızın, kamusal sorumluluk ve refah devleti anlayışı çerçevesinde de sağlanmaktadır (Lapavitsas 2008). Bu kapsamda, bireyin yeterli ödeme gücüne sahip olmaması durumunda bile sağlık hizmeti talebinde bulunması mümkündür (Somers 1973; Leftwich and Sharp 1974). Sağlık harcamalarının talebi, çoğu zaman bireylerin yaşam standardını iyileştirme amacıyla yapılır. Ancak, talep sadece bireysel sağlığa sunduğu faydayla sınırlı değildir; toplumun genel sağlık düzeyinin artması da ekonomi üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Sağlıklı bir iş gücü, üretkenliği artırır ve dolayısıyla ekonomik verimliliği yükseltir. Ayrıca, sağlık harcamalarına yapılan yatırımlar, sağlık sigortası gibi yan sektörleri de geliştirebilir, bu da finansal piyasaların genişlemesini sağlar (Berndt et al. 2006).

Sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen başlıca unsurlar; fiyat düzeyi, bireyin geliri, ikame edilebilecek ürünlerin mevcudiyeti, bireysel tercih ve beğeniler olarak sıralanabilir (Colander 2001). Ancak sağlık hizmetlerinin çoğu zaman ikamesinin olmaması ve bireyin sağlığını kaybetme riski, ikame ürünlerin talep üzerindeki etkisini büyük ölçüde ortadan kaldırmaktadır.

Sağlık piyasalarında yeterli gelir düzeyine sahip olmayan bireyler, genellikle sağlık ocakları ve diğer kamu kurumlarını tercih etmektedir. Bu kesim için kamu sağlık hizmetlerinde muayene ücretlerinin düşürülmesi, tedavi olanaklarının artmasına yol açmakta; bu durum ise zamanla bazı bireylerin kamu kurumlarından özel sağlık kuruluşlarına yönelmelerine neden olabilmektedir. Ancak bu yönelimin yalnızca gelir artışıyla açıklanması yeterli değildir. Özel sağlık kuruluşlarının sigorta kapsamına alınması gibi yapısal düzenlemeler de bu tercihler üzerinde önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla kamu sağlık hizmetlerine olan toplam talepte meydana gelen değişimlerin, bu bütünsel çerçevede değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan bir değer taşıyabilmesi, bu hizmetlere yönelik bir talebin var olmasıyla mümkündür. Genellikle insanlar sağlık hizmeti

talep etmeye, bir sağlık problemiyle karşılaştıklarında başlarlar. Bu tür bir durumda bir uzmana başvurulur ve uzman, hastalığın türüne ve şiddetine göre yönlendirir. Bu süreçte, sunulan sağlık hizmetlerinin türü ve kapsamı da talebi etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu toplumlarda, sağlık hizmeti talebi yalnızca hastalık durumuna bağlı olarak ortaya çıkmaz. Bu tür hizmetler, bireylerin sağlıklarını koruma amacına yönelik olduğundan, talep yapısı daha önleyici ve düzenli bir h l alabilir. Kısacası, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç sadece hastalıkla sınırlı kalmaz; bireylerin sağlıklarını koruma çabaları da bu talebi şekillendirebilir.

3.6. Sağlık Harcamaları Kavramı

Türkiye'nin sağlık ekonomisi kavramı ile ilk etkileşimde bulunması 1989 senesinde, Price Waterhouse'un Devlet Planlama Teşkilatı için hazırladığı Master Plan Etüdü, sağlık hizmetlerinin verimliliği, kalitesi ve finansmanının, birbirinden ayrı ele alınması gerektiğini vurgulamış ve aynı zamanda "dahili piyasa" gibi önemli kavramların ortaya çıkmasına zemin sunmaktadır. Bu dönemde yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde sunulması ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması adına önemli bir temel oluşturmuştur.

Bir ülkenin ekonomisinin kuvvetli düzeyde olması, ekonomideki büyümenin gerçekleşebilmesi ve bunun sürekliliğinin sağlanması adına sağlıklı bir yaşam koşullarına sahip toplumun olması gerekmektedir. Sağlıklı bir neslin ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmet faktörlerinin tam olarak sağlanması gerekmektedir. Son dönemlerde sağlıkla ilgili büyük oranda artışlar söz konusu olmuştur. Buna sebep olan maddi açıdan belirli bir değer olan kıt kaynaklardır. Bu kaynakları ellerinde tutan ülkelere sağlıkla ilişkili olan yatırımların daha fazla olması konusunda üzerinde giderek artan bir baskı durumu ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını ve alternatif sağlık finansman yöntemlerinin değerlendirilmesini zorunlu hale getirmektedir (Mutlu ve Işık 2012).

Bir ülkede yaşayan insanların ve bunların bütününü temsil eden toplumun sağlıklı bir yaşamının olabilmesi için güçlü bir ekonomik koşula sahip olması, onunla birlikte da ekonomik büyümenin istikrarla sürdürülebilmesi için sağlık hizmetlerinin doğru zamanda, etkin ve mevzuata uygun şekilde sunulması büyük

önem taşır. Bu kapsamda, sağlık sisteminin verimli çalışmasını sağlamak amacıyla yapılan tüm harcamalar, genel olarak sağlık harcamaları olarak adlandırılır (Akın 2007). Ekonomik kalkınmışlık seviyesinde önemli yere sahip olan sağlık harcamaları ülkelerin gelişme seviyesine göre değişkenlik göstermekte ve çağımız koşullarında daha önemli hale gelmiştir (Akar 2014).

Gelişmişlik düzeyine ulaşmış olan ülkelerde sağlık için kullanılan harcamalar gelişme aşamasında olan ülkelere göre daha fazladır. Bu açıdan bakıldığında ekonomik kalkınma seviyesiyle sağlık alanındaki harcamaların arasında bağlantı bulunmaktadır (Mutlu ve Işık 2012). Toplumsal refahı düzenlemek için sağlıklı olan bireylerin yaşam kalitelerini belirli bir düzeyde devamını sağlamak gerekir. Sağlık harcamaları emeğin verimlilik düzeyini artırmasıyla doğru orantılı olarak yatırım harcaması olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak ifade edildiğinde sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri finansmanında en önemli unsuru sosyal güvenlik harcamalarıdır (Arıcı 1999).

Kaynak kullanımı her alanda bilindiği şekilde sağlık açısından da sınırsız değildir. Sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde kullanılan kaynakların kıt halde bulunduğu dikkate alınmalıdır. Ülkelerin sağlık koşullarının yüksek seviyelerde olması ayrıca ülkenin refah düzeyinin artması, beşeri sermaye koşullarının iyileştirilmesi, işgücü yapısının verimliliğinin ve demografik yatırımların üstündeki belirgin bir etkisi olmalıdır. Ülkelerin sağlıklıları yerinde bir nesle sahip olabilmeleri için ekonomik gelişmişlik seviyelerinin güçlü düzeyde olması ve bunun devamlılığının sağlamak önemlidir. Sağlıklı bir toplum olması içinde bazı koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu koşullar sağlık alanındaki ihtiyaçların yerine getirilmesi ve sunulması bakımında öncelikli sağlanmalıdır. Bu sağlık hizmetlerinin sunulması aşamasında kullanılan bütçelere sağlık harcaması adı verilmektedir.

Gelişmesini tamamlamış ve henüz gelişmeye devam eden ülkelerin sağlıkla alakalı mevcut durumlarına baktığımızda salgın seviyesindeki hastalıkların gelişmemiş ülkelere daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Toplumdaki kişiler ve kendi yakın çevresinde yaşayan bireyler için sağlık alanındaki yapılacak olan harcamaları, günümüz çağında yaşayan topluluklar adına faydalı olacaktır. Bu durumla ilişkili olarak insanların günümüzde sağlıkla alakalı olan şikâyetlerinde düşüşler yaşanacaktır (Mushkin 1962). Sağlığın etkisinin büyük olduğu yüksek

seviyelerdeki dışsallıklar sonucunda gelirdeki dağılımını ortaya çıkarmakta önemli görevi vardır. Sağlık harcamaları ise özel olan ve kamu kaynaklı sağlık hizmeti fırsatlarının finanse edilmesi aşamasında gerekli olan kaynakların bulunması olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda faydalı olan harcamaların da gelir dağılımında görmezden gelinemeyecek düzeyde etkileri mevcuttur.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), sağlık harcamalarını oldukça geniş bir kapsamda ele almaktadır. Sağlık harcamalarına ilişkin veri toplama ve analiz edilmesi, OECD, DSÖ ve Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (EUROSTAT) tarafından ele alınan Sağlık Hesapları Sistemi'ne uyumlu bir faaliyet yürütülmektedir. Türkiye'de bu sistemle birlikte ilk kapsamlı çalışma, 1999-2000 yıllarını dahil ederek Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Hesapları Projesi ile uygulanmaya başlamıştır. İlerleyen yıllarda bu çalışmalar TÜİK tarafından devamı sağlanmıştır. TÜİK'in sağlık harcamaları kapsamına; tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar ve tıbbi malzemeler, hastane ve hastane dışında verilen sağlık hizmetleri ile sağlıkla ilgili alet ve cihazlarına yönelik harcamalar eklenmektedir (TÜİK 2022).

3.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamalarını belirleyen en önemli unsur küreselleşme sürecinde meydana gelen hızlı iletişim kaynakları ve teknolojik alandaki gelişmelerin ışığında ortaya çıkan sağlıklı yaşam yönündeki yaşanan gelişmelerdir. Sağlık harcamalarını etkileyen dört faktör vardır. Bu faktörler arasında, bireylerin gelir düzeyleri, eğitim seviyeleri ve sağlık bilincindeki artış, toplumsal değer yargılarındaki değişimler, teknolojik ilerlemeler, yaşam sürelerinin uzaması ve toplumsal yapıda yaşanan dönüşümler bulunmaktadır. Tüm ülkeleri değerlendirsek kalkınma planı kapsamında elinde bulunan kıt kaynakları en etkili bir biçimde kullanmak için yapmış oldukları tüm harcamaları değerlendirme yapılarak yapılan harcamaların ekonomik yönden amacına ulaşip ulaşmadığını araştırma yoluna gitmiştir (Filiz 2010).

Gelişmekte ya da az gelişmiş olan ülkeler de yaşanan sağlık harcamalarında yaşanan artışın sebepleri kendi aralarında benzerlik göstermektedir. Temel olarak ekonomik, teknolojik, kültürel ve sosyal alanlardaki faktörlerin (Hansen and King 1996). Sağlık harcamalarında artışa katkıda bulunduğu yapılan analizler sonucunda

ortaya konmuştur. Sağlık harcamalarının en belirgin artma nedeni ilk olarak gelir seviyesinin yükselmesi, gider masraflarının artması olarak sayılabilir (Whyness 1993).

3.7.1. Teknolojik Değişmeler

Sanayi Devrimi'nden bugüne kadar ki olan dönemde, üretimin bu kadar hızlı ilerlemesi, öncelikli olarak teknolojik gelişmişlikle ilgilidir. Teknolojik ilerleme ve gelişim neticesinde, tüm üretim faktörlerinin verimliliği artarak; üretim olanakları eğrisi dışı doğru hareket etmiş ve kullanılan kaynaklardan daha yüksek bir çıktı düzeyi elde edilmiştir. Günümüzde her alanda olduğu gibi birçok konuda yenilik yaşanmaktadır ve bu yaşanan değişimlerin diğer iş kollarına da etkisi görülmektedir. İlk olarak sağlık alanında faaliyet gösteren sektörlerde yaratmış olduğu etki göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Teknolojide yaşanan ve bilimin ilerlemesi, kültüre ve bireylere verdiği değerin artmasına ek olarak, sağlık hizmetlerinin ileri düzeylerde sunulmasını da zorunlu kılmıştır (Aslantekin vd 2007).

Sağlık harcamalarının karşılanabilmesi, bu alanda faaliyet gösterecek olan bazı makine ve teçhizatın temini, bunların nasıl kullanılması gerektiği birbiri ile ilişkili olarak giderde artışa sebep olmaktadır. Teknik alandaki önemli düzeyde yaşanan gelişmelerin dikkatlice takip edilmesi, bunların ülkede kullanılacak olan sağlık kuruluşlarında ön bilgilendirme sağlanması gibi unsurlar ekonomik açıdan sağlık alanındaki gereksinimlerin artmasında önemli etken olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu kamu tarafından temin edilen mallar değerindedir. Kamusal olan malların gelirindeki esneklik yüksek mal kategorisinde yer aldığı için talepte yaşanan hareketlenmelerin gelirde yaşanan artışa bağlanarak her fiyat düzeyinde artış sağlamaktadır. Bireysel gelirde yaşanan bir birimlik artış olması kamu hizmetinde yaşanan artışın oranına bağlı olarak tüm fiyat düzeyinde artışa ve bununla eş zamanlı olarak sağlık alanında yapılan harcamaların seviyelerinde artışa sebep olacaktır (Arisoy 2005).

Bulunduğumuz dönemde teknolojik değişmelerle birlikte oldukça popüler bir süreç olan dijitalleşme çağı diğer alanlarda görüldüğü gibi sağlık alanında da yenilik sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme dönemiyle ortak olarak sağlık durumlarını kendileri istedikleri zaman kontrol edilmesi, sağlık hizmetleri

sunumunda mobil teknolojilerin gelişmesi, tedavi ve teşhis aşamasında hastalıkların erken tanısı ve tedavi edilmesi gibi konularda akıllı uygulamaların gelişmesi, uzaktan sağlık hizmeti gibi birçok yeniliği yanında getirmektedir (Akalin ve Veranyurt 2021).

Günümüzde bir ülkenin teknolojik düzeyi; üretim sürecinin etkinliği, ürün kalitesi, üretim ve yönetim organizasyonu ile pazarlama ve satış sonrası hizmetlerin başarısı üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu nedenle teknoloji, sadece üretim faktörlerinden biri değil, aynı zamanda ekonomik kalkınmanın temel belirleyicilerinden biri hâline gelmiştir. Ülkeler, teknoloji seviyelerini hem kendi iç dinamikleri hem de dış kaynaklardan sağlanan bilgi ve yatırımlar aracılığıyla geliştirme yoluna gitmektedirler (Kibritçioğlu 1998).

3.7.2. Gelir Dağılımı

Gelir dağılımı ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, literatürde net bir biçimde ortaya konulamamıştır. Fiziksel sermaye birikimi ve tasarrufları ön planda tutan yaklaşımlar, gelir eşitsizliğinin ekonomik büyümeyi desteklediğini savunmaktadır. Buna karşılık, beşerî sermayeyi büyümenin temel unsuru olarak gören görüşler, gelir dağılımındaki adaletsizliğin ekonomik büyümeyi olumsuz yönde etkilediğini ileri sürmektedir. Bu nedenle eşitsiz gelir dağılımı, bireylerin eğitim, sağlık ve beslenme gibi beşeri sermayeyi geliştirici yatırımlarını sınırlandırmakta, bu durum ise uzun vadede ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Tek 2003). Ülkeler, gelir seviyeleri yükseldikçe sağlık alanına yapılan yatırımları ve sağlık hizmetlerine bırakılan bütçeyi arttırma yoluna giderler.

Sağlık Harcamalarının Gelir Dağılımına Etkileri; Büyük oranda devletin birinci elden kendi sunmuş olduğu kamusal nitelikli olan mal ve hizmetlerdir. Bu mal ve hizmetlerinde gelir seviyelerindeki esnekliğin fazla olmasından kaynaklı, gelirde oluşan yükseliş seviyeleriyle birlikte tüm fiyat düzeylerinde bu mal ve hizmetten fazla talep edilmektedir. Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunulmasında yararlanılacak olan bütçenin yüksek seviyelerde gelire sahip olan toplumların daha çok yararlanma imkanı bulunmaktadır (Arısoy 2005). Sağlık harcamalarının gelir dağılımı ile olan benzer şekildeki bağlantıları; gelir seviyesi ve temel ihtiyaçlar ile ters yöndedir (Aygün 2020).

3.7.3. Eğitim Harcamalarının Etkisi

Toplumdaki yaşanan eğitim seviyesindeki yükseliş ve bununla birlikte sağlık konusundaki bilincin artması, insan sağlığına verilen önemin arttırılmasıyla doğru orantılıdır. Bu yaşanan durumların sonucunda toplumsal ve kişisel talepte artış yaşanır (Alper 1988). Küresel ölçekteki gelişmeler, toplumların sağlık konusundaki farkındalıkları artırmış ve bu da sağlık ve hastalık kavramlarının gelişmesine yol açmıştır. Eğitim seviyesindeki artış, emeğin yükselen eğilimi ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanmasıyla birlikte, hasta bireylerin talepleri de değişiklik göstermiştir. Hastalar, daha bilinçli hale gelmiş ve bu durum, sağlık harcamalarında bir artışa neden olmuştur (Yıldırım 2000).

Bireylerin eğitim düzeyleri, sağlık üzerindeki tutum ve davranışlarında belirleyici bir rol oynamaktadır. Eğitim sayesinde birey, sağlığına yönelik daha bilinçli tercihler yapabilir ve hastalık durumlarında daha etkili kararlar alabilir hâle gelir. Rasyonel seçim yeteneği kazanan bireyler, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden daha etkin şekilde faydalanır. Bu durum, bireyin gelir seviyesiyle bir araya geldiğinde sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler yaşanmasına sebep olur. Sağlık düzeyinin yükselmesi ise hem bireyin üretkenlik seviyesini hem de toplumun ekonomik performansını artıran önemli bir etkidir (Feinstein et al. 2006).

Eğitim düzeyi yüksek bireyler; sağlık kurumlarını daha fazla ziyaret etme, sağlıklarını korumaya yönelik davranışları benimseme ve bilinçli tercihlerde bulunma eğilimindedirler. Bilgi düzeylerinin yüksek olması, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerinin artmasına da neden olur. Bu da doğrudan sağlık harcamalarında artışa yol açabilir (Boz ve Sur 2015).

3.7.4. Kentleşme Düzeninin Etkisi

Kentleşmenin hız kazanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin hem gelişmesi hem de daha çok kişiye ulaşması önemli bir durum haline gelmiştir. Özellikle büyük şehirlerde nüfusun fazla olması; hava kirliliği, trafik, stres, işsizlik ve çevre sorunları gibi pek çok problemi de beraberinde getirmektedir. Bu durum, insanların sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymasına neden olur. Bu yüzden şehirlerde hastanelerin yaygınlaşması, yeterli sağlık personelinin görev yapması ve ilaç gibi

temel ihtiyaçlara ulaşımın kolay olması beklenir (Turan ve Beşirli 2008). Tüm bunlar da doğal olarak sağlık harcamalarını artıran etkenler arasında yer alır. Kentleşmenin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için en önemli unsurlardan biri, sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak sunulmasıdır. Bu hizmetlerin sürekliliği ise sağlık harcamalarının artmasına doğrudan katkı sağlar.

arpık kentleşme, altyapı eksiklikleri ve sağlıksız yerleşim alanları, özellikle çocuklar ve aileler üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır. Bu durum, toplumun genel sağlığını da olumsuz yönde etkilemiştir. Devletin, kentlerdeki yoğun nüfusun sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde faydalanabilmesi için uygun sağlık birimleri kurması ve sağlık çalışanlarını yetiştirmesi gerektiği gibi pek çok sorunu çözme gerekliliği doğmuştur (Kaya vd 2007).

3.7.5. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi

Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunun devlet tarafından karşılandığı günümüzde, kamu hizmetlerinin çoğu gelir esnekliği yüksek olduğu göz önüne alındığında, kişisel gelirden meydana gelen bir birimlik artış, bu hizmetlere olan talebin daha fazla artmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık 2012). Kişi başına düşen gelir, iktisat açısından ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli bir göstergedir. Bir ülkede ortalama gelirin yüksek olması, genellikle insanların daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmesiyle ilişkilendirilir. Ancak gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi sadece kişi başına gelirle değil, aynı zamanda gelir dağılımının ne kadar eşit olduğuyla da yakından bağlantılıdır (elik 2019). Bu nedenle gelişmiş ülkelerde, yaşam kalitesini artıran ve insanların daha uzun ömür sürmesine katkı sağlayan sağlık harcamalarının da yüksek olduğu görülmektedir.

3.8. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

1961 yılında kabul edilen yasa, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından tek elden sunulmasını öngörmüştür ve devletin bu alandaki rolünü pekiştirmeyi amaçlamıştır. Bu düzenleme ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere kadar taşınarak tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmak istenmiştir. 1961 yılındaki bu yasa, 1982 Anayasası’nın 56. maddesi doğrultusunda

güncellenmiş, böylece sağlık hizmetleri konusunda devletin yanı sıra sağlık kurum ve kuruluşlarına da önemli görevler verilmiştir (Kaya 2019).

Türkiye’de sağlık sisteminde önemli bir dönüm noktası 1999 yılında başlayan sağlık reformu ile yaşanmıştır. Bu reform, kaynakların daha etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamayı ve kamu harcamalarını azaltmayı hedeflemiştir. Kamu harcamalarının daha verimli yönetilmesi, sağlık harcamalarının kullanım alanlarının da sıkı bir şekilde kontrol edilmesine olanak tanımıştır. Bu dönemde, ilaçlar için katkı payı uygulamaları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarında bazı hizmetlerin bireysel ödeme ile karşılanması gibi düzenlemeler yasal hale getirilmiştir.

3.9. Sağlık harcamalarına Yönelik Teoriler

3.9.1. Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti)

Beveridge Modeli, sağlık hizmetlerinin erişiminin herkes tarafından ulaşılabilir bir insan hakkı olduğu anlayışından yola çıkmaktadır. Bu modelde devlet, toplumdaki tüm bireyleri, gelir durumlarına bakmaksızın kapsayıcı bir sağlık hizmeti sistemine dahil eder (Bewan et al. 2010). Vatandaşlar, yalnızca belirli katkı paylarını ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanabilir; bunun dışında herhangi bir ödeme yapmaları gerekmez. Hekimler, ya sabit maaşla çalışmakta ya da verdikleri hizmet üzerinden ücret almaktadır (Tatar 2011). Beveridge sisteminin temel finansman kaynağını ise kamu bütçesi oluşturmaktadır. Bu bütçe genel vergiler, ulusal sigorta katkıları, yerel yönetim vergileri ve belirli özel gelir kaynakları ile desteklenmektedir (Atabey 2012).

3.9.2. Bismarck Model

Bismarck Modeli, Otto Von Bismarck tarafından 19. yüzyılda Almanya’nın birleşme sürecinin önemli bir aşaması olarak geliştirilmiştir. Bu modelde, sağlık sigortası, işverenler ve işçiler tarafından maaş bordrosu kesintileri aracılığıyla finanse edilmektedir. Bu yapı, Almanya’daki sigorta sistemi olarak bilinse de, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki işveren-işçi temelli finansman modelinden

farklıdır; çünkü Bismarck modeli, tüm vatandaşları kapsayan, kâr amacı gütmeyen bir yapıya sahiptir (Barnighausen and Sauerborn 2002).

Bismarck modelini benimseyen ülkelerde, hastaneler ve tıbbi uzmanlar genellikle özel sektöre aittir. Bu sistem, hastalık riskine karşı koruma sağlayarak, hem ayakta tedavi hem de hastanede tedavi hizmetlerini güvence altına alır. Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülke, bu modeli uygulamaktadır. Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri, Bismarck modelini en yaygın şekilde benimseyen ülkeler arasında yer almaktadır (Tatar 2011).

Zorunlu sosyal sigorta yöntemi, Bismarck Modeli'nin bir versiyonu olup, finansmanı kamu tarafından yönetilen sigorta sistemlerine dayanır. Ancak, devletin katkısı olmasına rağmen, bu sistemin esas finansmanı, çalışanlar ve işverenler tarafından maaş bordrolarından veya ücretlerinden otomatik olarak ödenen primlerle sağlanmaktadır (Güvenek 2015). İlk kez 1883 yılında Almanya'da Otto Von Bismarck tarafından tasarlandığı için bu model, Bismarck Modeli olarak da anılmaktadır. Bu sistemin toplumun tamamını kapsama zorunluluğu bulunmamakla birlikte, eğer tüm toplumu kapsıyorsa, buna “genel sağlık sigortası” denir. Sistemin en belirgin özelliği, hizmetlerin sigortaya prim ödeyen herkes için eşit bir şekilde sunulmasıdır. Yani, primler hastalık riski derecesine bağlı olarak farklılaştırılmadan, düşük risk grubundan yüksek risk grubuna kadar tüm bireyler arasında riskin eşit bir şekilde dağıtılması sağlanmaktadır. Bu özellik, sağlık hizmetlerinin daha adil bir şekilde erişilebilir olmasını sağlar.

3.10. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık harcamaları ile ilgili gerekli olmayan harcamaların önlenmesi anlamında sağlık harcamalarının finansmanının önemi çok büyüktür. Öncelikli olarak yapılan bu harcamaların tespit edilip hızlı bir şekilde sonlandırılması gerekir. Çözüm bulunma aşamasında sağlıkla ilgili haklar korunmalıdır (Erol ve Özdemir 2014). Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektöründeki finansal sorunlar, büyük ölçüde demografik dönüşümlerden etkilenmektedir. Nüfusun yaşlanması ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması, kamu sübvansiyonlarına duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu bağlamda, sağlık harcamaları hem kamu bütçesinde vergi gelirleri

ve diğer harcama kalemleriyle, hem de bireylerin tasarruflarıyla rekabet içerisinde (Barro 2013).

Sağlık harcamalarının finansmanında asıl hedeflenen bireylere sunulacak olan sağlık hizmetlerinin bütçesini karşılayabilmek, bu hizmeti sağlamak için gerekli olan kaynakları sağlamak, planlanmayan durumların meydana gelmesi durumlara karşı önlemlerin alınmış olması ve toplumdaki insanların hastalık hallerine neden olan finansal zorluktan korumaktır (Uğurluoğlu ve Özgen 2008). Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinden doğan maliyetlerin karşılanması amacıyla kaynak toplanması ve bu kaynakların hizmet sunumuna aktarılması sürecidir. Bu süreçte kamu ve özel sektör birlikte rol almakta; kullanılan finansman yöntemleri her sektörde olduğu gibi ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında bazı durumlar vardır ki, bu hizmetlerin doğrudan ödeme ile karşılanması mümkün değildir. Özellikle ameliyatlar, bazı ilaçlar, anestezi, organ nakli gibi yüksek teknoloji gerektiren durumlarda, kamu ya da özel sigortacılık sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Getzen 1997). Kamu kaynaklı finansman yöntemleri, genellikle vergilerle sağlanan finansman ve sosyal sağlık sigortası gibi yöntemlerle gerçekleştirilirken, özel finansman yöntemleri ise cepten ödemeler, özel sağlık sigortası ve sağlık için birikim hesapları gibi farklı yollarla uygulanmaktadır.

3.11. Sağlık Harcamaları Finansmanı Gelişim Süreci

Sağlık harcamalarının finansmanının gelişim süreci üç ana dönemde incelenebilir: İlk Çağ, Orta Çağ'dan sanayi devrimini kapsayan dönem Sanayi Devrimi sonrasındaki dönem. İlk Çağ dönemi, sağlık harcamalarının finansmanında daha çok yardımlaşma ve dayanışma temeline dayalıydı. Bu dönemde yardım için dernekler kurmuşlar ve yöneticiler, varlıklı bireylerin hastalara yardım etmelerini teşvik ederek toplumsal sağlık bilincini artırmayı hedeflemişlerdir. Bu yapılan durum, toplumun sağlığını güvence altına almak için sosyal yardımlaşma biçimini ifade etmektedir.

Orta Çağ ile Sanayi Devrimi arasındaki süreçte ise Batı toplumlarında sosyal yardımlaşma sistemlerinin daha kurumsal bir biçimde şekillendiği, manastırlar ve hastane birliklerinin önemli sağlık hizmetleri sunmaya başladığı gözlemlenmiştir.

Aynı dönemde, meslek gruplarının oluşturduğu yardımlaşma dernekleri de sağlık yardımları sağlıyordu. Doğu dünyasında ise ahilik gibi meslek gruplarının oluşturduğu yardımlaşma sistemleri ve vakıf teşkilatları benzer işlevi görmekteydi. Bu süreçte sağlık harcamalarının finansmanı, daha çok toplumsal yardımlaşma ve dayanışma temeline dayalıydı.

Sanayi Devrimi'nin ardından ise sağlık harcamalarının finansmanı yerel yönetimler ve belediyeler aracılığıyla sağlanmaya başlanmıştır. Ancak bu dönemde yardımların miktarları ve çeşitleri belirlenmemiş ve sağlık sisteminin finansmanında önemli bir düzenleme eksikliğine sebep olmuştur. 1870'lerde Bismarck döneminde sosyal güvenlik konusu gündeme gelmiş ve ilk ciddi adımlar atılmaya başlanmıştır. 1925'te, mesleki hastalıkların tedavisi ile ilgili bir yasa çıkarılmıştır. Ayrıca, 1908'de İngiltere'de 70 yaş ve üzeri tüm bireylere prim ödemeden yaşlılık aylığı bağlanması kararlaştırılmıştır (İstanbuluoğlu vd 2010). Bu düzenlemeler, sağlık harcamalarının finansmanı konusunda modern sosyal güvenlik sistemlerinin temellerini atmıştır.

3.12. Dünyada Sağlık Harcamaları ve Finansman Yöntemleri

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, uzun vadeli, dolaylı ve çok katmanlı mekanizmalar aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık göstergeleri ile iş gücü piyasası arasındaki ilişki, ekonomik performans açısından belirleyici bir rol üstlenmektedir. İş gücü verimliliğinin artırılabilmesi, yalnızca istihdam edilen kişi sayısının artırılmasıyla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda iş gücünün sürdürülebilirliğini sağlamak ve sağlık temelli kayıpları asgari düzeye indirmekle mümkündür. Bu çerçevede sağlık sektörüne yönelik kamu ve özel harcamaların artırılması, bireylerin yaşam süresini uzatmakta ve iş gücünün daha uzun süre üretim sürecine katılmasına imkân tanımaktadır.

Sağlık alanına yapılan yatırımlar yalnızca bireylerin yaşam kalitesini arttırmayıp, aynı zamanda beşeri sermayeyi güçlendirerek ekonomik büyümeyi desteklemekte ve toplumsal refah düzeyini yükseltmektedir. Tedavi masraflarının azaltılması ile hastalık oranlarının azalması birbiri ile bağlantılıdır (Çetin ve Ecevit 2010).

3.13. Sağlık Ekonomisi ve Harcamaların ilişkisi

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir şekilde sunulabilmesi için, belirli ekonomik kaynakların bu alana yönlendirilmesi zorunludur. Ancak bu hizmetlerin toplumun geneline ulaştırılması, yüksek birim maliyetleri nedeniyle oldukça maliyetli bir süreçtir. Üstelik sağlık yatırımlarının kısa vadede ekonomik getirilerini hesaplamak çoğu zaman güçtür. Bununla birlikte, ister kamu ister özel sektör eliyle yapılsın, sağlık harcamaları yalnızca bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini artırmakla kalmaz; aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık giderlerinin azaltılmasına da katkı sağlar. Bu yönüyle sağlık harcamaları, uzun vadede hem toplumsal refahı artıran hem de ekonomik açıdan tasarruf sağlayan bir yatırım niteliği taşımaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. EKONOMİK BÜYÜME

Ekonomik büyüme, tarihsel olarak klasik iktisatçıların geliştirdiği teorilerden günümüzde geçerliliğini sürdüren çağdaş büyüme modellerine kadar geniş bir yelpazede incelenmiştir. Bu süreçte, büyüme dinamiklerini anlamak için birçok farklı model ve teori geliştirilmiş ve bu teoriler aracılığıyla büyümeyi etkileyen temel faktörler araştırılmıştır. Büyüme sürecini açıklayan bu çalışmalar, genellikle üretim faktörlerinin etkin kullanımı, teknolojik ilerlemeler ve beşeri sermaye gibi unsurların nasıl bir araya geldiğini ortaya koyarak ekonomik büyümenin temel belirleyicilerine ışık tutmaktadır.

Ekonomik büyüme, bir toplumun yaşam standartları ve refah düzeyi üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. İktisadi büyüme, genel olarak bir ekonominin üretim kapasitesindeki artışlarla tanımlanabilir. Ülkedeki üretim sürecindeki genişlemenin önemli bir yapı taşı da GSYH üzerinde yaşanan değişikliklerdir (Turan 2008). Ekonomik büyüme konusunda yapılan değerlendirmelerde ekonomistler tarafından çok sayıda araştırmalar yapılmıştır. Ülkedeki üretim seviyesindeki yaşanan yükselişin milli gelirden yarattığı etkileri ile kişi başına düşen kazanç miktarının geçen yıla oranla artış göstermesi büyüme olarak ifade edilmektedir.

Ekonomik büyüme sadece gelişmiş olan ülkeleri ilgilendiren bir durum değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerin de önemli bir unsurudur. Gelişmiş ülkelerin ekonomik büyümeye ve reel GSYİH’de dönemler halinde yaşanan değişimlerine daha çok öncelik verilmektedir. Bu durumdan farklı olarak gelişmekte olan ülkelerde ekonomik anlamda büyümeye değil kalkınma kavramına öncelik verilmektedir. Buradan anlaşıldığı üzere kalkınma yaşanması içerisinde sadece büyüme kavramını barındırmaz bununla aynı zamanda gelirdeki adaletsizlikleri, iş gücünde yaşanan problemleri, sosyal hayattaki sıkıntıları içermektedir (Seyidoğlu 2006).

Ekonomik büyüme, bir ülkenin belirli bir dönemdeki üretim kapasitesindeki artış ve bu artışla birlikte oluşan mal ve hizmetlerin toplam değerindeki yükselişi ifade eder. Bu süreç, girişimcilerin teknolojik gelişmelerden yararlanarak işgücü,

sermaye ve doğal kaynakları etkin bir şekilde kullanmalarıyla gerçekleşir. Üretim faaliyetlerinin artması, ekonomik büyümenin temelini oluşturur. Bu yaklaşım, enflasyonun etkisinden arındırılmış bir şekilde ekonomik büyümenin gerçek rotasını belirlemeye olanak tanır (Güler 2007).

Bir ekonomideki tüm iktisadi aktörlerin gelirlerini yansıtan GSYİH, bir ülkenin belirli bir zaman diliminde üretilen tüm mal ve hizmetlerin toplam ekonomik değerini yansıtır. Ekonomik büyüme analizlerinde fiyat artışlarının etkisini ortadan kaldırmak amacıyla reel GSYİH kullanılır. Bu yaklaşım, enflasyonun etkisinden arındırılmış bir şekilde ekonomik büyümenin gerçek rotasını belirlemeye olanak tanır.

Ekonomik büyümeyi etkileyen başlıca faktörler arasında emek, sermaye, doğal kaynaklar ve teknolojik gelişmeler yer almaktadır. Bu unsurların etkin kullanımı ve geliştirilmesi, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Ancak, iktisadi büyümenin kaynaklarını belirlemek kolay değildir; çünkü ülkeler arasındaki sosyo-kültürel farklılıklar ve coğrafi konumlar gibi etmenler, büyüme dinamiklerini karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle, genel ve kapsamlı bir açıklama yapmak zor olsa da, üretim değerleri gibi kilit göstergeler aracılığıyla daha nesnel değerlendirmeler yapılabilir (Ülgen 2014).

Ekonomi politikasının birincil görevi, toplum refahını artıran makroekonomik dengeyi yakalayacak önlemleri belirlemektir. Bu dengeyi kurarken, ekonomik büyüme oranının yüksek tutulması, gelir dağılımının eşit şekilde olması, enflasyonun düşük seviyelerde tutulması, kamu borçlanmasının sınırlı olması, bütçe açığının kontrol altında tutulması ve istihdam ile yatırımların arttırılması gibi göstergeler önemli rol oynamaktadır. “Ekonomik refahın artırılması” gibi soyut bir amacın uygulanabilir olabilmesi için politika hedefleri; fiyat istikrarını korumak, tam istihdamı gerçekleştirmek, büyümeyi hızlandırmak ve gelir dağılımında adaleti tesis etmek biçiminde somutlaştırılır (Pınar 2006).

4.1. Ekonomik Büyüme Türleri

4.1.1. Spontane Büyüme

Spontane büyüme, devlet müdahalesinin minimum düzeyde olduğu, üretim araçlarının kendi dinamikleriyle faaliyet gösterdiği ve bu süreçlerin belirli bir büyüme hızına yol açtığı bir ekonomik modeldir. Bu yaklaşım, devletin ekonomiye müdahalesini gereksiz gören serbest piyasa teorilerine dayanmaktadır (Özgüven 1988). Bu süreç, genellikle piyasa dinamikleri ve bireysel ekonomik aktörlerin kendi çıkarlarına dayalı kararları doğrultusunda şekillenir. Bu tür büyüme, devlet müdahalesi veya belirli bir planlama olmadan, daha çok serbest piyasa koşullarının etkisiyle gelişir (Barro and Sala-i-Martin 2004).

4.1.2. Planlı Büyüme

Planlı büyüme, sınırlı kaynakların hangi sektörlerde, ne şekilde ve hangi oranlarda kullanılacağını önceden belirlenmiş planlamalar doğrultusunda yürütüldüğü bir büyüme stratejisidir. Planlamanın ekonomideki tüm sektörler için zorunlu olduğu durumlar otoriter planlama; bazı sektörler için geçerli olduğu durumlar ise yol gösterici planlama olarak adlandırılmaktadır. Bu modelde, devlet belirli hedefler doğrultusunda kaynakları oraya doğru yönlendirir, yatırımlar yapar ve sektörel gelişmeyi sağlamak için aktif olarak müdahalede bulunur. Planlı büyüme süreci, genellikle uzun vadeli kalkınma planları, sektörel yatırımlar ve stratejik planlar ile şekillenir. Devletin önemli fonksiyonda bulunması ekonomik büyümeyi yönlendiren temel faktörler arasında sayılır (Öztürk 2010).

4.1.3. Dengeli Büyüme

Dengeli büyüme modeli, tüm sektörlerde eş zamanlı yatırımlarla ortaya çıkan ve sektörel bağlantılar yoluyla toplam verimliliği artıran bir büyüme türüdür. Bu modelde bir sektörde yapılan yatırım, yalnızca o sektörde değil, bağlı olduğu diğer sektörlerde de ekonomik fayda üretir. Böylece özel getirilerle sosyal getiriler arasındaki fark azaltılmış olur (Kaynak 2005).

Büyüme sadece belirli sektörlerle odaklanmaz. Tarım, sanayi, hizmetler ve diğer sektörler arasındaki büyüme dengesine önem verilir. Bunun sonucunda

ekonomik büyüme daha sürdürülebilir hale gelir ve sektörler arasında gelir eşitsizlikleri önlenmiş olur (Baldwin 2003).

4.1.4. Kapalı Büyüme

Kapalı büyüme, dış kaynaklardan veya uluslararası yardımlardan faydalanmaksızın, yalnızca ülke içi kaynaklara dayalı olarak gerçekleştirilen ekonomik büyüme biçimidir (Korkmaz 2014). Kapalı büyüme, dışa bağımlılığı azaltmayı ve iç üretimi artırmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, dış unsurlardan bağımsız bir şekilde ekonomik kalkınma sağlamak amacıyla bu model tercih edilebilir. Devlet, iç üretimi artırmak, yerli sanayiye yatırım yapmak ve iç pazarda tüketime teşvik etmek amacıyla çeşitli politikalar üretip uygular (Akçora ve Yılmaz 2015). Ekonomik kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve uzun vadeli ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla devlet müdahalesiyle yönlendirilen büyüme modelidir (Todaro and Smith 2015). Bu modelde, kamu sektörü stratejik yatırımlar yaparak altyapı, sanayi ve tarım gibi kritik öneme sahip olan alanlarda kalkınmayı teşvik eder.

4.1.5. Açık Büyüme

Açık büyüme modeli, ekonomik büyümenin uluslararası sermaye girişlerine açık bir yapıda gerçekleşmesini ifade eder. Bu şekliyle, yabancı yatırımların teşvik edilmesi için uygun bir ekonomik ortam oluşturulması hedeflenmektedir. Serbest piyasa ekonomisini benimseyen ülkelerde yaygın bir modeldir (Kaynak 2005). İhracata dayalı sanayileşme stratejileriyle desteklenir ve küresel piyasalardan alınan talep artışıyla beslenir. Özellikle Doğu Asya ülkeleri, bu modeli başarılı bir şekilde uygulayarak yüksek büyüme oranlarına ulaşmıştır (Stiglitz 2002).

4.1.6. Durgun Büyüme

Durgun büyüme, bir ekonominin belirli bir büyüme oranına uzun süre takılı kalması ve önemli bir ivme kazanamaması durumudur. Bu gerçekleşen büyüme, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yapısal sorunlara, düşük yatırım oranlarına ve üretkenlik artışlarının sınırlı kalmasıyla ilişkilidir. Bir ekonominin uzun süre boyunca düşük veya sıfıra yakın büyüme oranlarıyla karakterize edildiği bir

durumdur. Durgun büyüme genellikle yüksek işsizlik oranları ve zayıf tüketici talebiyle ilişkilendirilir (Gordon 2016). Ekonominin üretim kapasitesinin tam olarak kullanılmaması, düşük verimlilik artışı ve zayıf teknolojik yenilikler gibi faktörler de durgun büyümenin temel nedenleri arasında yer almaktadır.

4.1.7. Üstel Büyüme

Üstel büyüme modeli, büyümenin zamanla katlanarak arttığı, yani her dönemde elde edilen büyümenin bir sonraki dönemde daha büyük bir artışı beraberinde getirdiği bir yapıyı temsil eder. Bu modelde büyüme, sabit oranlarla değil, hızlanarak ve katlanarak devam eder. Bu şekliyle gerçekleşen büyüme, kısa sürede yüksek üretim artışlarına yol açabilir, ancak sürdürülebilirliği genellikle zordur. Özellikle teknoloji, nüfus ve sermaye birikimi gibi faktörlerin hızla arttığı dönemlerde üstel büyüme gözlemlenir (Maddison 2007).

4.1.8. Dengesiz Büyüme

Dengesiz büyüme stratejisi, A.O. Hirschman tarafından önerilmiş olup, gelişmekte olan ülkelerin sınırlı kaynaklarını belirli sektörlerle yoğunlaştırarak büyümeyi tetiklemeleri gerektiğini savunur. Hirschman'a göre, gelişmemişliğin temelinde yalnızca kaynak kıtlığı değil, aynı zamanda bu kaynakları organize etme yeteneğinin eksikliği de yer alır. Bu nedenle büyümenin eşit değil, seçici bir şekilde yönlendirilmesi önerilmektedir (Kaynak 2005).

Bu modelde, başlangıçta desteklenen sektörlerin yarattığı ekonomik alandaki hareketlilik, zamanla diğer sektörlerle doğru geçiş sağlar. Bu durum, ekonomik dinamizmi yükseltir ve diğer sektörlerin büyümesini teşvik eder (Rosenstein-Rodan 1943). Dengesiz büyüme, sınırlı kaynakların daha verimli kullanılması açısından oldukça avantajlıdır.

4.2. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri

4.2.1. Doğal Kaynaklar

Doğal kaynaklar, doğada kendiliğinden var olan ve insanlar tarafından çeşitli üretim faaliyetlerinde kullanılabilen her türlü öğeyi kapsar. Bunlar, yer altı zenginliklerinden, su kaynaklarına, ormanlardan, petrol ve doğal gaz rezervlerine

kadar geniş bir yelpazeyi içerir (Ünsal 2014). Ayrıca denizler, göller, hava ve toprak gibi unsurlar da doğal kaynaklar arasında sayılabilir. İnsanlar bu kaynakları, ekonomik faaliyetleri için, enerji üretiminin sağlanması, sanayi alanında, tarım ve diğer sektörlerde kullanmak üzere değerlendirirler. Her ne kadar doğal kaynakların zenginliği, bir ülkenin ekonomik gelişimi açısından önemli bir unsur olarak kabul edilse de, bu kaynaklar tek başlarına ekonomik büyümeyi sağlayacağı konusunda güven vermemektedir.

Ekonomik büyüme üzerinde etkili faktörlerden biri olan doğal kaynaklar, ancak uygun koşullar sağlandığında bu aşamaya katkı sunabilirler. Özellikle nitelikli bir beşeri sermaye ile destek verilirse doğal kaynak kullanımı, ekonomik büyümeyi daha nitelikli ve sürdürülebilir düzeye getirebilir. Bu bağlamda, sürdürülebilir ekonomik büyüme; doğal kaynakların etkin kullanımı, sağlıklı ve eğitimli bir toplum yapısı ile yeterli düzeyde teknolojik altyapının bir araya gelmesiyle mümkün olabilmektedir (Alkin vd 2008; Tıraş 2018).

Toplumların günlük yaşamda ortaya çıkan ihtiyaçlarının giderilmesinde, doğal kaynaklardan bağımsız bir mal veya hizmet üretimi mümkün değildir. Başka bir deyişle, tüm mal ve hizmetlerin temelinde doğal kaynaklar bulunmaktadır (Çelik 2019). Üretim faktörleri içerisinde yer alan doğal halde bulunan kaynaklar; jeolojik ve toprak üstü zenginlikler, maden varlıkları, su kaynakları, petrol rezervleri, denizler ve ormanlar gibi unsurları kapsamaktadır (Ünsal 2014). Herhangi bir beşeri müdahaleye gerek duyulmaksızın doğada var olan ve çoğu zaman kendiliğinden yenilenemeyen bu kaynaklar, ekonomik faaliyetlerin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir öneme sahiptir. Bir ülkenin doğal kaynaklar açısından zengin olması, ekonomik büyüme potansiyelini artırmakla birlikte, bu kaynakların verimli ve sürdürülebilir şekilde yönetilmesi gerekliliğini de beraberinde getirmektedir.

4.2.2. Nüfus Artışı ve İşgücü

Ekonomik büyüme, büyük ölçüde bir ülkenin sahip olduğu işgücü potansiyelinin miktarına ve niteliğine bağlıdır. Çalışabilir yaştaki nüfusun artışı, işgücü arzını doğrudan etkileyerek üretim kapasitesinin genişlemesine zemin hazırlar. Nüfus, yalnızca üretim, tüketim ve bölüşüm süreçlerinde etkin bir rol oynamakla kalmayıp, aynı zamanda bu süreçlerin sonuçlarından da doğrudan

etkilenmektedir. Bu durum, nüfusun ekonomik yapılar üzerindeki dönüştürücü etkisini ortaya koyarken, ekonomik dönüşümlerin de nüfusun yapısal özelliklerinde değişimlere yol açtığını göstermektedir (Taban 2013). Dolayısıyla, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliği açısından, nüfusun hem sayısal büyüklüğü hem de işgücü piyasasına katılım düzeyi ile birlikte eğitim, sağlık ve mesleki yeterlilik gibi niteliksel özellikleri kritik bir öneme sahiptir.

Bir ülkenin ekonomik büyüme potansiyeli, sahip olduğu işgücünün hem nicelik hem de nitelik bakımından taşıdığı özelliklere doğrudan bağlıdır. Çalışabilir nüfusun büyüklüğü, işgücü arzının belirlenmesinde temel bir unsur olarak öne çıkmakta ve üretim kapasitesi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Nüfus yapısı, ekonomik sistem üzerinde dönüştürücü etkiler yaratmakla kalmayıp, aynı zamanda ekonomik değişimlerden de etkilenmektedir. Zira nüfus, üretim, tüketim ve bölüşüm süreçlerinin her aşamasında etkin bir rol oynamakta ve bu süreçlerin sonuçlarından doğrudan etkilenmektedir (Taban vd 2013). Bu karşılıklı etkileşim, hem ekonomik büyüme dinamiklerinin hem de toplumsal yapının şekillenmesinde belirleyici bir faktör olmaktadır.

Bir ülkenin ekonomik büyüme kapasitesi, büyük ölçüde işgücü miktarına ve işgücü niteliğine bağlıdır. İşgücü potansiyeli, doğrudan ekonomik olarak aktif nüfusun büyüklüğüne göre şekillenmektedir. Nüfus, hem niceliksel hem de niteliksel özellikleri bakımından ekonomi üzerinde dönüştürücü bir etkiye sahiptir; aynı zamanda ekonomik dönüşümler de nüfusun yapısal özelliklerini değiştirebilmektedir. Ekonomik ve sosyal sistemlerin temel taşı olan nüfus, üretim (arz), bölüşüm ve tüketim (talep) aşamalarında bu süreçleri şekillendiren hem de onlardan etkilenen en önemli faktördür (Taban 2013). Bir başka ifadeyle, nüfus artışı tüketim (talep) boyutunda pazarın genişlemesine, üretim (arz) boyutunda ise mal ve hizmet üretimi için gerekli işgücünün artmasına işaret etmektedir. Dolayısıyla, nüfus artışı hem talep cephesinde hem de üretim faktörleri içerisinde önemli bir değişken olarak rol oynamaktadır. Bununla birlikte, nüfus artışının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmekte; demografik yapıya, işgücü piyasasının esnekliğine ve ekonomik yapının üretim kapasitesine bağlı olarak değişkenlik arz etmektedir.

4.2.3. Fiziksel Sermaye

Sermaye birikimi, gelecekte gerçekleştirilecek yatırımlara kaynak oluşturmak amacıyla mevcut parasal varlıkların tasarruf edilmesi sürecini ifade etmektedir. Bir ülkede fiziki sermaye birikiminin artışı, başta yeni makine ve teçhizatlar olmak üzere, üretim tesisleri, donanım, araç ve gereçlerin artırılmasıyla mümkündür. Bu tür üretken yatırımların etkinliğini artırmak için ise çeşitli tamamlayıcı yatırımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Yol, elektrik ve su gibi altyapı yatırımları bu tamamlayıcı unsurlar arasında yer almaktadır. Yatırımlardaki artış, üretim kapasitesini ve istihdamı genişleterek ekonomik büyüme sürecinin sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır.

Fiziki sermaye yatırımlarının yanı sıra beşeri sermayeye yönelik yatırımların da gerçekleştirilmesi, emek arzını niceliksel ve niteliksel açıdan güçlendirecektir. Bu bağlamda, emek miktarındaki artış, üretim hacmindeki artışla paralel bir seyir izleyebileceği gibi, uygun eğitim ve beceri geliştirme süreçleriyle desteklendiğinde üretimde oransal olarak daha yüksek artışlar da sağlayabilir (Berber 2011, Ağır ve Tıraş 2018).

Birçok ülkenin ekonomik olarak gelişmemesinin temel nedenlerinden biri, yeterli sermaye birikimi oluşturmamasıdır. Gelişmekte olan ülkeler, ekonomik yapılarında dönüşüm sağlayarak gelişmiş ülkelerle rekabet edebilmek için ciddi anlamda sermaye birikimine ihtiyaç duymaktadır. Ancak bu ülkeler, literatürde “fakirliğin kısır döngüsü” olarak adlandırılan bir süreçle karşı karşıya kalmaktadır (Taban 2001).

Düşük gelir düzeyi, tasarruf oranlarını da düşük seviyelerde tutmakta, bu durum ise yatırımların yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, sermaye birikimi yeterince artmadığı için ekonomik büyüme potansiyeli sınırlı kalmakta ve kalkınma süreci kesintiye uğramaktadır. Dolayısıyla, gelişmekte olan ülkelerin bu döngüyü kırabilmeleri için tasarruf oranlarını artıracak ve yatırımları teşvik edecek yapısal reformlara ihtiyaç duydukları söylenebilir.

4.2.4. Teknoloji

Ekonomik büyümeyi etkileyen önemli faktörlerden biri teknolojidir. Teknoloji, mal veya hizmetlerin üretiminde kullanılan bilgi, teknik altyapı ve örgütsel süreçlerin birleşimidir (Taban vd 2013). Teknolojinin seviyesi, geniş anlamda üretim yöntemleri, ürün geliştirme, yönetim yapıları, pazarlama stratejileri ve satış sonrası destek gibi alanlardaki bilgi ve deneyimlerin toplamı olarak tanımlanabilir. Teknoloji stoğundaki artış, başka bir deyişle teknolojik gelişme, ancak firmalar bu yenilikleri üretim süreçlerine dahil edip, kâr veya zarar riskini göze aldıklarında ekonomik anlam taşıyabilir (Kibritçioğlu 1998). Bu tür yeniliklerin uygulanması, ekonomik büyümeyi artıran önemli bir unsur olarak öne çıkar.

Romer, ekonomik büyümenin kaynağını, karlarını maksimize etmek isteyen yatırımcıların ortaya koydukları teknolojik gelişmelerde bulur (Romer 1990). Teknolojik değişimlerin ülkelerdeki bilimsel çalışmalarla doğrudan bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. Çünkü nüfusun eğitim düzeyinin yüksek olması, teknolojik yenilik üretme kapasitesini artırmaktadır. Gelişmiş ülkeler, genellikle daha iyi eğitilmiş bir nüfusa sahip oldukları için teknolojik yeniliklerin yaratma ve geliştirme konusunda gelişmekte olan ülkelere göre önemli bir avantaja sahiptirler (Alkin vd 2008). Teknolojik alanda yapılan yenilikler, marjinal verim artışı sağlamaktadır (Romer 1986), piyasaların pazar paylarını büyütme ve karlılıklarını artırmalarına olanak tanır. Makroekonomik açıdan bakıldığında ise ekonomik büyümeyi hızlandırıcı bir rol oynar (Korkmaz 2010) Ayrıca, teknolojik ilerlemeler yalnızca verimliliği artırmakla kalmaz, aynı zamanda istihdam üzerinde de belirleyici bir rol oynar. Uzun vadede ise teknolojik gelişmeler, ekonomik büyümenin temel yapı taşlarından biri konumuna gelir ve sürdürülebilir kalkınmanın vazgeçilmez unsuru olur.

4.2.5. Beşeri Sermaye

İçsel büyüme modellerinde, beşeri sermayenin rolü önemli bir yer tutar. Beşeri sermaye, ekonomik büyümenin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilir ve bireylerin veya toplumların sahip olduğu bilgi birikimi, beceriler, yetenekler, sağlık durumu, sosyal ilişkiler ve eğitim düzeyi gibi unsurları kapsar. Beşeri sermaye

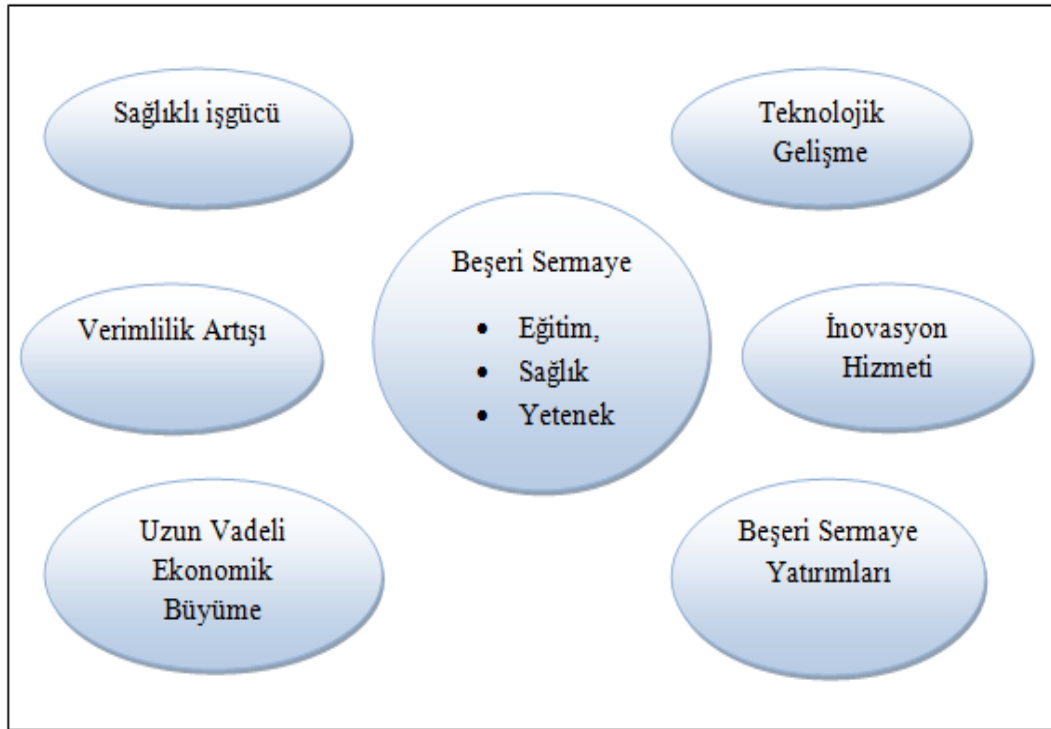
kavramı ilk kez söz eden klasik iktisatçılar Adam Smith, J. Stuart Mill ve Alfred Marshall gibi isimler tarafından ele alınmış olsa da, bu düşünürlerin yaklaşımları modern beşeri sermaye teorisini doğrudan etkilememiştir. Modern anlamda beşeri sermaye teorisinin temelleri olarak alınan kuramları Denison, Schultz ve Becker tarafından geliştirilmiştir. Bu ekonomistler, Smith'in fikirlerinden etkilenecek yola çıkmışlar ve beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini daha sistematik bir şekilde analiz etmişlerdir.

Becker'e (1993) göre, sağlık ve eğitim gibi alanlara yapılan yatırımlar bireylerin bilgi ve beceri düzeylerini artırarak beşeri sermayeyi güçlendirir. Bu tür sermaye, fiziki ya da finansal sermayeden farklı olarak bireyin ayrılmaz bir parçasıdır; çünkü bilgi ve yetkinlikler kişiden soyutlanamaz. Bu bağlamda, beşeri sermayeye yapılan yatırımlar sadece bireysel gelişimi değil, aynı zamanda ekonomik büyümeyi de destekler. Nitekim gelişmiş ülkelerin deneyimleri, uzun vadeli kalkınmanın arkasında beşeri sermayede yaşanan ilerlemelerin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Beşeri sermayeye yapılan yatırımlar, fiziksel sermaye birikimleri ve doğal kaynaklara yapılan yatırımlara kıyasla üretim ve verimlilikte daha yüksek düzeyde artışlar sağlamaktadır (Wang 2009).

Geleneksel yaklaşımlarda ekonomik büyümenin temel belirleyicisi olarak görülen fiziki sermayenin aksine, günümüzde beşeri sermaye daha fazla ön plana çıkmaktadır (Ay vd 2013). Bireylerin bilgi ve beceri düzeyi, yetenekleri, eğitim seviyesi ve sağlık durumları gibi unsurların bütününe kapsayan beşeri sermaye, özellikle içsel büyüme teorileri çerçevesinde uzun vadeli ekonomik büyümenin temel unsurlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, içsel büyüme modelleri beşeri sermayeyi fiziki sermayeden ayrı bir unsur olarak ele almakta ve kalkınma süreçlerinde stratejik bir role dönüşmektedir.

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

Beşeri sermaye, insanların yaşamları boyunca sahip olduğu bilgi, beceri ve yeteneklerin birikimiyle oluşan, eğitim yoluyla geliştirilen nitelikli insan kaynağını ifade eder. Beşeri sermayenin kapsamını ve bileşenlerini daha iyi anlayabilmek için hem teorik modeller hem de uygulamalı yapılan araştırmalar yapılmaktadır. Ayrıca, ekonomik kalkınmışlık seviyesinin beşeri sermaye üzerindeki yaratmış olduğu etkileri ortaya koymak amacıyla yeni yaklaşımların geliştirilmesine ve sürdürülmesine devam edilmektedir (Kılıç 2017).



Şekil 4. Beşeri Sermayenin İktisadi Büyüme Üzerine Etkisi

Kaynak: Lucas (1988); Schultz (1961); Romer (1990).

İlk olarak, beşeri sermaye verimlilik artışını sağlar. Eğitimli ve sağlıklı bir iş gücü, daha verimli çalışır, karmaşık teknolojileri daha kolay kullanabilir ve üretim süreçlerinde daha az hata yapar. Bu da işletmelerin maliyetlerini düşürür ve karlılığını artırır, böylece ekonomik büyüme hızlanır. Verimlilik artışı, aynı zamanda iş gücünün daha yüksek ücretler almasını sağlayarak bireysel refahı da artırır. Beşeri sermaye teknolojik gelişme ve inovasyonu destekler.

Eğitimli bireyler, yeni teknolojiler geliştirebilir, mevcut teknolojileri daha etkin kullanabilir ve yenilikçi çözümler üretebilir. Bu, Ar-Ge faaliyetlerini hızlandırır ve ekonomiyi daha rekabetçi hale getirir.

Özellikle bilgi ekonomisine geçişte beşeri sermayenin rolü oldukça kritiktir. Beşeri sermaye işgücü kalitesini artırır. Eğitim ve sağlık yatırımları, iş gücünün beceri düzeyini yükseltir ve daha karmaşık, katma değeri yüksek işlerde çalışmayı mümkün kılar. Bu da iş gücü piyasasının esnekliğini artırır ve ekonominin kriz dönemlerinde daha hızlı toparlanmasına katkı sağlar. Beşeri sermaye girişimciliği ve ekonomik çeşitliliği destekler. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, yeni iş fikirleri geliştirerek ekonomik çeşitliliği artırır. Bu da yeni iş fırsatlarının doğmasına ve istihdamın artmasına olanak tanır.

Beşeri sermaye uzun vadeli ekonomik büyümeyi sağlar. Sadece kısa vadeli kazançlara değil, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmaya odaklanır. Sağlıklı ve eğitimli toplumlar, daha yüksek üretkenliğe ve daha güçlü ekonomik büyümeye katkı sağlar. Sonuç olarak, beşeri sermaye sosyal refahı artırır. Daha yüksek eğitim ve sağlık düzeyi, bireylerin gelir seviyesini yükseltir, yoksulluğu azaltır ve genel yaşam kalitesini artırır. Bu da toplumsal refahın artmasına ve ekonomik kalkınmanın sürdürülebilir olmasına katkıda bulunur. Bu nedenlerle, ekonomik büyümenin yanı sıra, toplumsal refahı, sosyal düzeni ve uzun vadeli gelişimi de etkileyen kritik bir faktördür. Beşeri sermaye yatırımları, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliğini sağlamak ve küresel rekabet gücünü artırmak isteyen ülkeler için stratejik bir öncelik olmalıdır.

4.3. Ekonomik Büyüme Modelleri

4.3.1. Klasik ve Neoklasik İktisat

Klasik iktisat Modeli

Devletin ekonomiye müdahalede bulunmaması gerektiğini dillendiren Klasik İktisatçılar, Klasik İktisatçılar, düzenli ekonomiye müdahale etmemesi gerektiğini söylüyor. Bunlara göre, ekonomide bir dalgalanma olduğunda, para birimi müdahalesi olmadan kalkınma dengede kalır. Bu durumun nedeni, ekonomide ücret ve fiyatların tamamen esnek olmasıdır. Bu teoriye göre, Fiyatlar önemli bir yere

sahiptir ve aynı zamanda "Görünmez El" olarak sunulan ekonominin dengesini sağlayan görünmez el oldukları düşünülmektedir. Sözü edilen teoride ülke, adalet seviyesi, eşitlik ve savunma gücü gibi en temel haklarımızı güvencede tutmak ve piyasa koşullarının seyrine yönelik gerekli düzenlemeleri yapması gereklidir. Bu unsurların dışında devlet üretim ve işgücü piyasalarının nasıl sürdürüldüğünü anlatan bölümde yer almaktadır (Harris 2007).

Adam Smith'in Ulusların Zenginliği adlı eseri, ekonomik büyüme teorilerinin başlangıç noktalarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, büyümenin hem nedenleri hem de kuralları ele alınmış; özellikle ekonomik büyümenin politik boyutlarına ağırlık verilmiştir. Smith'in temel amacı, birey refahını artırmak için gerekli olan ekonomik yapıyı ortaya koymak ve bu yapının nasıl geliştirilebileceğine dair çözüm önerileri sunmaktır (Söğüt 2019).

Neoklasik Dönem (Solow Modeli):

Neoklasik büyüme modeli, 1980'li yıllara kadar ekonomik büyüme literatüründe önemli bir yer tutmuştur. Bu yaklaşımın temelini Robert Solow'un çalışmaları oluşturur. Özellikle 1956 yılında yayımlanan "Ekonomik Büyüme Teorilerine Bir Katkı" adlı çalışması, bu alandaki temel yapı taşlarından biri kabul edilmektedir. Söz konusu model, ülkeler arasındaki ekonomik gelişmişlik farklarının nedenlerini ortaya koymayı ve bu farklılıkları açıklamayı amaçlamaktadır (Özyurt 2020). Model, büyümeyi etkileyen dışsal unsurlar üzerinde durmakta olup, sonraki dönemlerde geliştirilen içsel büyüme kuramlarına da zemin hazırlamıştır.

Solow modeline göre ekonomik büyümenin ana belirleyicileri teknolojik ilerleme ve nüfus artışıdır. Model, uzun dönemli büyümenin sürdürülebilirliğinin ancak teknolojik gelişmelerle mümkün olacağını savunur. Teknolojinin dışsal bir unsur olarak ele alındığı bu yapı içinde, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleri arasındaki farkın zamanla azalabileceği öngörülmektedir. Bu bağlamda, modelin öne sürdüğü "yakınsama hipotezi" ne göre; sermaye birikimi sınırlı olan ülkeler, daha fazla sermaye getirisinden faydalanarak gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında daha yükseliş gösteren bir büyüme ivmesine yaklaşılabılır ve uzun vadede benzer kalkınma seviyelerine ulaşabilirler (Muhsin 2003). Öte yandan, model yalnızca fiziksel sermaye birikimini esas almakta, coğrafi farklılıklar ya da kurumsal yapılar gibi değişkenlere yer vermemektedir.

Solow Modeli'nin Temel Varsayımları:

- Sermaye ve emeğin azalan verimliliği: Her ilave birim sermaye veya işgücünün yarattığı ek çıktı, önceki birimden daha azdır.
- Sabit getiri ve rekabet: Üretim fonksiyonu ölçeğe göre sabit getiri taşır; piyasalar tam rekabetçi ve ekonomi kapalı kabul edilir.
- Dışsal nüfus ve teknoloji: Nüfus artış hızı (n) ve teknolojik gelişme (A) modele dışsal olarak alınır. Düşük birikim düzeyi sermayenin yüksek marjinal getirisi ile sonuçlandığı için, teorik olarak düşük sermayeli ülkelerde büyüme hızı yüksek olur.
- Yatırım ve tasarruf: Tasarruf oranı sabit kabul edilir; sermaye stokundaki değişim, yatırımlar ve amortisman arasındaki fark sonucunda bulunmaktadır. Modelin dengede kişi başına büyümesi teknoloji büyümesiyle sınırlıdır.

4.3.2. Keynesyen Model

Yeni Keynesyen bakış açısına göre McKinnon-Shaw hipotezi, finansal liberalizasyonun tasarruf, yatırım ve dolayısıyla ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini savunur. Ancak bu hipotez, eksik istihdam gibi dengesizliklerin yaşandığı ekonomilerde geçerliliğini yitirir; zira bu koşullarda beklenen faydalar yerini olumsuz sonuçlara bırakabilir. Yüksek faiz oranları, kredi arzını artırsa da, bu durum bankacılık sektörünü baskı altına alarak kırılğan hâle getirebilir. Nitekim finansal liberalizasyon politikaları, uygun zeminde uygulanmadığında finansal istikrarı tehdit ederek kriz riskini artırabilir (Bulut, 2016).

Keynes'e göre bir ekonomideki gelir ve istihdam düzeyi, toplam talebi oluşturan unsurlar tarafından belirlenir. Bu çerçevede, milli gelirin temel belirleyicisi efektif taleptir. Efektif talep, tüketim ve yatırım harcamalarından oluşur. Tüketim harcamaları bireylerin tüketim eğilimleri ve gelir düzeyine bağlıken; yatırım harcamaları, faiz oranı ve sermayenin marjinal etkinliği ile ilişkilidir. Bu unsurların farklı doğası nedeniyle, ekonomilerde tam istihdam düzeyinin kendiliğinden sağlanması her zaman mümkün olmayabilir. Keynes, bu durumu açıklamak için efektif talep yetersizliği kavramını geliştirmiştir (Taban 2008).

4.3.3. R. Harrod-E. Domar Modeli

Harrod ve Domar'ın büyüme modelleri aralarında küçük farklar bulunsa da temel dinamikler açısından büyük oranda örtüşmektedir. Harrod ve Domar büyüme modelleri, tasarruf ve yatırımları temel kaynak olarak benimseyen iki yakın yaklaşım sunar.

Domar Büyüme Modeli:

Domar'a göre esas mesele, artan üretim kapasitesinin tam olarak değerlendirilmesini sağlayacak yatırım artışının büyüklüğünü tespit etmektir. Buna karşın Harrod, gelirin mevcut tasarrufları finanse edebilecek düzeyde yatırım artışı sağlayıp sağlayamayacağı sorusunu gündeme getirir. Bu farklı bakış açıları, Domar modelinde çarpan mekanizmasının, Harrod modelinde ise hızlandırıcı prensibinin analiz araçları arasında öne çıkmasına yol açar. Sonuç olarak, her iki model de dengenin korunmasında tasarruf ve yatırım kavramlarını ortak zemin olarak kabul etmekle birlikte kullandıkları araçlar ve odak noktaları bakımından belirgin farklılık gösterir (Günsoy 2013).

Harrod Büyüme Modeli:

Harrod modelinde, dengeli büyüme hızının belirlenmesinde önemli rol oynayan üç temel büyüme oranı kavramı bulunmaktadır. Bunlar;

- Gerekli (garantili) büyüme oranı: Planlanan tasarruflar ile planlanan yatırımların eşit olduğu durumda ortaya çıkan büyüme oranıdır. Bu oran, ekonomik belirsizlikten arındırılmış bir dengeyi ifade eder.
- Gerçekleşen büyüme oranı: Ekonomide fiilen gözlemlenen büyüme oranıdır. Reel ekonomik faaliyetlerin sonucunu yansıtır.
- Doğal büyüme oranı: Ekonomideki tüm üretim faktörlerinin tam kapasiteyle kullanılması durumunda elde edilebilecek büyüme oranını ifade eder.

4.3.4. İçsel Büyüme Modelleri

İçsel büyüme modelleri Barro Modeli, Grossman ve Helpman modeli, Romer (1986) ve Lucas (1988) çalışmalarını ele alan büyüme modelleridir. Bu teori diğer büyüme teorisi ile ayrılan özelliklerinden biri olan içsel değişkenlerinin arasındaki

ekonomik büyümenin kendi dinamikleri bakımından ayrılmaktadırlar (Yanpar 2007).

Lucas'ın ele almış olduğu neoklasik büyüme teorisi yalnızca ABD'nin ekonomik büyüme sürecini tanımlayan bir değerlendirme modelidir (Lucas 1998). Solow'un şekillendirmiş olduğu Neo-Klasik büyüme modeli olan teknolojik değişimleri modele ekleme yapmış ve büyümede yaşanan teknolojik etkiyi açıklamış ancak teknolojik gelişmenin nasıl gerçekleştirileceği tanımlanmamıştır.

İçsel büyüme teorilerinde, uzun dönemli ekonomik büyümeyi açıklayan en önemli değişkenlerden biri beşeri sermayedir (Şimşir vd 2015). Beşeri sermaye, genel anlamda toplumdaki bireylerin üretim süreçlerine katkı sağlayan bilgi, beceri ve tecrübeleri ile işlerine duydukları duygusal bağlılık, iş tatmini, isteklendirme düzeyi, davranışları ve değerleri gibi unsurların toplam düzeyini ifade etmektedir. Ayrıca beşeri sermaye, bireylerin bedensel, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını da kapsayan geniş bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Keskin 2011).

Her ne kadar içsel büyüme modelleri yüzeyde sınırlı matematiksel ayrıntılarla şekilleniyor gibi görünse de, aslında kapsamlı teorik temellere sahiptir. Bu modellerin temel farklılığı, teknolojik gelişmeleri neoklasik modellerde olduğu gibi dışsal değil, ekonomik sistemin içsel bir unsuru olarak ele almalarıdır. Bu yaklaşım çerçevesinde, teknolojik ilerlemenin ekonomik karar alma mekanizmaları ve kurumsal yapılar tarafından şekillendiği kabul edilmektedir. Ayrıca, içsel büyüme teorileri neoklasik yaklaşımda öne çıkan “yakınsama hipotezini” reddetmektedir. Bu çerçevede, eğer gelişme aşamasında olan ülkeler uygun stratejiler, politikalar ve önlemler almazlarsa, gelişmiş ülkelerle aralarındaki kalkınmışlık düzeyinde yaşanan açık katlanarak büyümeye devam edebilir. İçsel büyüme modelleri, sürdürülebilir bir büyümenin sağlanabilmesi için devletin aktif bir ekonomik aktör olarak müdahalede bulunmasının zorunlu olduğunu vurgulamaktadır (Yülek 1997).

4.3.4.1. Romer Modeli

Romer modeli, ekonomik büyümeyi yaratıcı fikirler ve bilgi üretimi üzerinden açıklamaktadır. Bu modelde teknoloji, ne tamamen özel bir mal ne de tamamen kamusal bir mal olarak tanımlanır. Aksine, teknoloji kısmen dışsallık taşıyabilen bir yapıya sahiptir; yani üretildiğinde yalnızca onu geliştirenler değil,

başkaları da faydalanabilir. Romer'in yaklaşımında teknolojinin kendine özgü bir rekabet ortamı oluşturmaması önemli bir özelliktir. Ayrıca model, ölçeğe göre artan getiri varsayımına dayanmakta ve bu nedenle ekonomik büyüme üzerine yapılan çalışmalarda önemli bir referans noktası oluşturmaktadır (Romer 1986).

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

4.3.4.2. Lucas Modeli

Lucas (1988), “On the Mechanics of Economic Development” başlıklı çalışmasında, beşeri sermayedeki değişimlerin ekonomi üzerindeki etkilerini detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Devamlılığı sağlanabilen bir büyüme modeli için beşeri sermaye üzerinde durulması gerektiğini belirten Lucas modeli, çalışma saatleri ve çalışanların kapasitelerini ortaya koyma konusundaki yeteneklerdeki artış, üretim seviyesindeki bir artışa sebep olacağını ortaya çıkarmıştır (Kızıl ve Ceylan 2018). Lucas'a göre, sürekli ve pozitif bir ekonomik büyüme, üretim faktörlerinin sabit getiri sağlaması sayesinde gerçekleşir. Rekabetin olduğu ekonomilerde, sermaye ve işgücüne ek olarak başka bir üretim unsuruna da ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada Lucas ve Romer modelleri benzerlik gösterir; her iki ekonomist de ek girdiyi sermaye ile ilişkilendirmiştir. Ancak Lucas, bu girdiyi beşeri sermaye olarak değerlendirirken, Romer bu unsuru hem fiziki hem de beşeri sermaye şeklinde tanımlar. Sonuç olarak, fiziki sermaye yatırımları yalnızca üretimi değil, aynı zamanda beşerî sermayenin gelişimini de olumlu yönde etkiler (İnce 2006).

Lucas, hükümet politikalarının beşeri sermaye ve bunun ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini ele alırken, farklı ekonomik yapıya sahip iki ülke örneği ile ekonomik büyüme ve gelişmişlik arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Bu bağlamda, kapalı ekonomilerde ekonomik büyüme seviyeleri gelişmiş ülkelerle eşit olsa bile, gelişmemiş ülkelerin yoksulluk düzeyinin değişmeyeceğini savunur. Ancak, emeğin

hareketliliği durumunda beşeri sermaye etkilerinin içsel hale gelmesi önem kazanır. Ayrıca, beşeri sermayenin dışsal faydaları da dikkate alınmalı ve bu durum, ekonomik büyüme üzerindeki analizlerin yönünü belirlemede yardımcı olur (Kibritçioğlu 1998; Doğan 2014).

4.3.4.3. Barro Modeli

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

Barro'nun kamu politikası modeli, kamu ve özel sektör arasındaki iş bölümüne dayalı bir yaklaşımı savunmaktadır. Barro'ya göre, devlet, özel sektörün verimliliğini artıracak stratejik görevleri üstlenmeli ve bunları yerine getirmelidir. Bu doğrultuda, devletin eğitim ve öğretim hizmetlerinin sağlanması, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesi, patent ile mülkiyet haklarının korunması gibi kritik sorumlulukları vardır. Bu görevler, özel sektörün yenilikçi yatırımlarını destekleyerek, ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır (Taban 2008). Bu çerçevede önemli olan bir nokta, devletin sağladığı kamusal hizmetlerin, özellikle altyapı hizmetlerinin, özel sektör için önemli girdiler sunarak, yatırımların verimliliğini artırmasıdır. Sunulan bu hizmetler, yalnızca toplumun genel refahını artırmakla kalmaz, aynı zamanda özel sektörün üretkenliğini olumlu yönde etkiler.

4.3.4.4 Grossman ve Helpman Modeli

Grossman ve Helpman'ın 1991 yılında yayımlanan “Global Ekonomide İnovasyon ve Büyüme” başlıklı çalışması, ülkeler arasındaki ticaretin gelişiminin, Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) faaliyetleri ve devletlerin gerçekleştirdiği yeniliklere bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Model, iktisadi büyümenin kaynağını yenilik ve bu yeniliğin içselleştirilmesi olarak kabul etmektedir. Ar-Ge faaliyetleri ve beşeri sermayenin önemi burada vurgulanmakta, bilim ve beşeri sermayeyi Ar-

Ge'nin temel girdileri olarak değerlendirmektedir. Modellemede, insan gúcüne yatırım yapan ülkelerin Ar-Ge faaliyetlerinde daha verimli oldukları ve bu başarının, ülkelerin ekonomik büyümelerini hızlandırdığı gözlemlenmektedir. Bu durum, geleceğe yönelik planlı bir yaklaşım olarak yorumlanmaktadır (Grossman ve Helpman 1991).

Teknolojik gelişmenin, piyasa teşvikleri ve mevcut kaynak stoklarıyla şekillendiğini savunan bu model, ekonomik büyümenin dikey ürün yenilikleriyle de içselleştirilebileceğini ileri sürmektedir. Dikey ürün yenilikleri, önceki ürünlerin yerini alacak şekilde, üretim süreçlerinde iyileştirilmiş versiyonların ortaya konması olarak tanımlanır. Bu bağlamda, modelde üreticilerin, daha kaliteli ve verimli ürünler üretmek için sürekli olarak yenilik yapma gayreti içinde oldukları vurgulanmaktadır (Yardımcı 2006).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5.1. Literatür Taraması

Akar (2014), 2004-2013 yılları arasında Türkiye’de sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) ile olan ilişkisini, sağlık harcamalarının göreceli fiyatlarını da dikkate alarak incelemiştir. Bulgular, kısa vadede anlamlı bir ilişki bulunmadığını, ancak uzun vadede sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında kalıcı ve dengeli istikrarlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Akıncı ve Tuncer (2016), 2006’nın ilk çeyreği ile 2016’nın ikinci çeyreği arasındaki verileri kullanarak Türkiye’de sağlık alanındaki harcamalar ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ele alan bu araştırma, çeşitli ekonometrik analiz yöntemleri kullanılmış bu analiz sonucunda, uzun vadede bu iki değişken arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir. İki değişken arasında uzun vadede anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca Granger nedensellik testi, bu ilişkiye yön veren nedensel bağlantıların da mevcut olduğunu göstermektedir.

Barros (1998) çalışmasında, 1980-1990 yılları arasında 24 OECD ülkesi üzerinde GSYİH ve sağlık harcamaları ilişkisinde Statik Panel Veri Analizi Modeli kullanarak değerlendirme yapmıştır. Yapılan analiz sonucunda ülkelerin gelir seviyelerinin sağlık harcamalarını belirleyen önemli bir değişken olduğu, ülkelerin gelirlerindeki bir artışın sağlık harcamalarını önemli bir düzeyde artıracığı sonucuna varılmıştır.

Başar’ın (2008) çalışması, OECD ülkelerini kapsamakta olup, sağlık üretim fonksiyonu çerçevesinde sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik belirleyicileri araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, ülkelerin sağlık düzeylerinin sadece sağlık harcamaları ve hizmetleriyle değil, aynı zamanda yaşam koşulları ve çevresel faktörlerle de yakından ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Bhargava (2001) çalışmasında, sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek için panel veri yöntemi tercih edilmiştir. Bu bağlamda, sağlık düzeyini temsil etmek amacıyla yetişkinlerin yaşam beklentisi dikkate alınmıştır.

Sağlık değişkeni olarak yetişkinlerin hayatta kalma süreleri dikkate alınmıştır. Sonuç olarak gelişmekte olan ülkelerde yetişkinlerin hayatta kalma süreleri ekonomik büyümeyi olumlu etkilerken gelişmiş ülkelerde ise tam tersi sonuca ulaşılmıştır. Bu sonuçlar neticesinde iki değişkenin arasında negatif giden bir ilişki ağı olduğu sonucuna varılmıştır.

Bloom ve vd. (2004), sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla panel veri yöntemini ve üretim fonksiyonuna dayalı bir modellemeyi tercih etmişlerdir. Bu araştırmada, sağlık düzeyini ölçmek için yaşam beklentisi kullanılmıştır. Analizler, yaşam beklentisinde meydana gelen bir yıllık artışın ekonomik çıktıyı yaklaşık %4 oranında artırdığını ortaya koymuştur. Elde edilen sonuçlar, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi destekleyici ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Chu vd. (2000) tarafından yapılan çalışmada gelişmekte olan 10 ülkenin 1970-2000 dönemine ilişkin transfer harcamalarının gelir dağılımına etkileri incelenmekte, araştırma sonucunda gelişmekte olan ülkelere eğitim, sağlık ve transfer harcamaları gelir dağılımını iyileştirici şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Dreger ve Reimers (2005) tarafından 21 OECD ülkesine ait 1975-2001 dönemi verilerinden faydalanarak yapılan çalışma örneğinde, sağlık harcamaları ile ekonomi üzerinde yaşanan büyüme arasındaki uzun dönemli ilişki araştırılmıştır. Panel eşbütünleşme teknikleriyle gerçekleştirilen analizler, bu iki değişken arasında uzun dönemde anlamlı bir eşbütünleşme ilişkisinin varlığını ortaya koymuştur.

Erdil ve Yetkiner (2004), farklı kalkınma seviyelerine sahip ülkeleri karşılaştırmalı olarak ele aldıkları çalışmada, sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisinin yönünü VAR analiz yöntemiyle incelemiştir. Bulgular, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının büyümeyi etkilediğini; buna karşın gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ise ekonomik büyümenin sağlık harcamaları üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir.

Gupta ve Mitra (2004), Hindistan'ın 15 şehrine ait 1970-1995 dönemine ilişkin verileri kullanarak sağlık, yoksulluk ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri detaylı olarak incelemiştir. Çalışmanın ulaştığı sonuçlar, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir etkileşim olduğunu ortaya koymaktadır.

Bulgular, daha iyi sağlık hizmetlerinin bireylerin üretkenliğini artırarak büyümeyi desteklediğini; aynı zamanda ekonomik büyümenin de sağlık yatırımlarını artırdığını göstermektedir.

Haini (2020), Çin ekonomisini odağına alan 1996–2015 yılları arasındaki verilerle ışığında sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkileri üzerine analizde bulunulmuştur. Bu analizde mekansal otoregresif modelle analiz etmiştir. Araştırma sonucunda, sağlık yatırımlarının büyümeyi pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediğı görülmüştür. Bulgular, sağlık harcamalarının yalnızca ulusal büyüme değıl, aynı zamanda bölgesel kalkınma açısından da kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

Hansen ve King (1996), sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme bileşenleri arasındaki pozitif ilişkiyi ele alan önemli çalışmalardan biridir. Araştırmada, 1960–1987 yılları arasındaki OECD ülkelerine ait olan veriler kullanılarak bu iki değışken arasındaki bağlantı incelenmiştir. Bu analizlerde birim kök testlerini uygulamışlar ve bu iki veri serisinin durağan olmadığını tespit etmişlerdir. Ayrıca, sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen temel etkenlerden birinin GSYH olduğı özellikle vurgulanmıştır.

Kar ve Ağır'ın (2003) Türkiye örneğinde gerçekleştirdiğı bu çalışmada, 1926–1994 yılları arasındaki verilerle sağlık ve eğitim harcamalarının gelirle ilişkisi analiz edilmiştir. Johansen eşbütünleşme ve nedensellik testleri kullanılarak yapılan analizler, beşeri sermayeye ait göstergeler ile gelir düzeyi arasında uzun dönemli pozitif bir ilişki ağının olduğunu, ekonomik büyümenin ise kısa dönemde sağlık harcamalarını etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Bu bulgular, ekonomik gelişmenin sağlık sektörüne olan etkilerini anlamak açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

Kaya'nın (2019) araştırması, Türkiye'ye ait veriler üzerinden Bilecik ili özelinde yürütölmüş olup, sağlık sektörünün ekonomik büyüme üzerindeki etkileri değıerlendirilmiştir. Çalışmada, sağlık alanında faaliyet gösteren 59 farklı sektör analiz edilerek sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki rolü incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, sağlıkla ilgili göstergelerdeki artışların ekonomik büyümeyi olumlu etkilediğini ve bu süreci hızlandırdığını göstermektedir.

Kılıç ve Beşer (2018), 1995–2016 yılları arasında Orta ve Doğıu Avrupa'daki sekiz ölkeye odaklanan çalışmalarda, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme

üzerindeki yaratmış olduğu etkilerini ve bu iki değişken arasındaki etkileşimi değerlendirdi. Komünist rejimlerin sona ermesinin ardından bu ülkelerin geçirdiği yapısal dönüşüm dikkate alınmıştır. Elde edilen sonuçlarla, iki değişken arasında pozitif ve çift yönlü giden bir ilişki ağının varlığını ortaya çıkarmıştır. Bu sonuçlar, ekonomik kalkınmanın sağlık yatırımlarını teşvik ettiği gibi, sağlık harcamalarının da büyümeyi tetikleyebileceğine işaret etmektedir.

Kıymaz ve çalışma arkadaşları (2006), 1984 ile 1998 dönemleri arasında Türkiye’de özel ve toplam sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki bağlantıyı inceleyen bu çalışmada, koentegrasyon analizi kullanılmıştır. Çalışma, özel sağlık harcamaları ile kişi başına düşen GSYİH arasında uzun vadeli ve pozitif yönde giden bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca tespit edilen bu bulgular, ekonomik büyümenin sağlık harcamalarına yönelik tek yönlü bir nedensellik ilişkisini işaret ettiğini ortaya koymuştur (Kıymaz vd 2006).

Newhouse (1977) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kişi başına düşen gelir düzeyinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi 13 gelişmiş ülke üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında, bu ülkelerin yatay kesit verileri kullanılarak kişi başına yapılan sağlık harcamalarıyla gelirin arasındaki yaşanan ilişki ağı analiz edilmiştir. Sonuçlara göre, kişi başına düşen gelirin artması, sağlık harcamalarının da yükselmesine neden olmakta ve bu iki değişken arasında olumlu giden bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tatoğlu (2011), tarafından yapılan bu çalışma, sağlık alanındaki harcamalar ile kişi başı milli gelir arasındaki bağı değerlendirmek amacıyla, 1975-2005 yılları arasında 20 OECD ülkesine ait verileri analiz etmiştir. Çalışmada söz konusu verilere Panel Eş-bütünleşme testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, sağlık sektörüne yapılan her ilave yatırımın, incelenen ülkelerde kısa ve uzun vadede ekonomik büyümeyi kapsayan yapıcı etkiler yarattığını ortaya koymaktadır.

Wang (2011), 1986-2007 dönemi dahil edilerek bu 31 ülkenin verilerinden faydalanarak sağlık alanındaki harcamalar ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki ağını hem panel regresyon hem de kantil (nicel) regresyon analizleriyle değerlendirmiştir. Panel regresyon sonuçlarına göre sağlık harcamalarındaki artış ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilerken, ekonomik büyümenin sağlık harcamaları üzerinde azaltıcı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Kantil regresyon

bulguları ise bu ilişkinin ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre değişkenlik gösterdiğini ortaya çıkarmıştır; gelişmiş ve gelişme aşamasında olan ülkelerde sağlık harcamalarının büyümeyi desteklediği, az gelişmiş ülkelerde ise bu etkinin tam ters olduğu belirlenmiştir.

5.2. Model ve Veri Seti

Bu çalışmada, BRICS-T (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika ve Türkiye) ülkelerinde ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, istihdam ve kentleşme oranlarının analiz edilmesi amacıyla 1990-2023 dönemine ait panel veri seti kullanılmıştır. Bu ülkeler, dünya ekonomisinde önemli bir paya sahip oldukları için analiz açısından önemli bir yere sahiptir. Dünya Bankası'nın, Dünya Kalkınma Göstergeleri (WDI) veri tabanından elde edilmiştir. ABD doları cinsinden kullanılmıştır.

Modelde yer alan LNGDP, kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla (GDP) değişkeninin doğal logaritmasını; LNURB, kentleşme oranı (URB) değişkeninin doğal logaritmasını; LNHE, sağlık harcamaları (HE) değişkeninin doğal logaritmasını; LNEMP ise istihdam oranı (EMP) değişkeninin doğal logaritmasını ifade etmektedir. Bu çalışmada BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları (LNHE), istihdam LN(EMP) ve kentleşme oranının (LNURB), ekonomik büyüme (LNGDP) üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Bu formülü kullanarak, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini tahmin etmek ve analizini yapmak hedeflenmektedir.

Çalışmada bağımlı değişken LNGDP Kişi başına düşen GSYH (2015 sabit fiyatlarıyla) değişkeni logaritması alınarak analizde kullanılmıştır. Bu değişken sağlık harcamalarının, istihdamın ve kentleşmenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ölçmek için kullanılmaktadır. Analizde kullanılan diğer bağımsız değişkenlerin hepsinin logaritması alınmıştır. LNHE (Sağlık Harcamaları) Cari sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı (%) Ekonomik büyümeyi etkileyen önemli faktörlerden biri olarak kabul edilir. LNEMP (İstihdam Oranı) Çalışan nüfus oranı veya toplam istihdam Ekonomik üretim kapasitesini ve toplam çıktı miktarını etkiler. LNURB (Kentleşme Oranı): Kentleşme oranının toplam nüfusa oranı (%)

kullanılmıştır. Modelde kullanılan tüm değişkenler Dünya Bankası Göstergelerinden alınmıştır. Tablo 1, değişkenlerin tanımları ve analizde kullanılan ilgili veri kaynaklarının ayrıntılı bir şekilde özetini sunmaktadır.

5.2.1. Matematiksel Model

Analizde kullanılan temel matematiksel model aşağıdaki gibi ifade edilmektedir.

$$GDP_{it} = f(HE_{it}, EMP_{it}, URB_{it}) \quad (1)$$

Buradaki i terimi ülkeleri, t ise zamanı temsil etmektedir. GDP ekonomik büyümeyi, HE sağlık harcamalarını, EMP istihdam oranını ve URB ise kentleşme oranını temsil etmektedir. Bu modelin regresyon formu şu şekilde ifade edilmiştir:

$$LN GDP_{it} = \beta_0 + \beta_1 LN HE_{it} + \beta_2 LN EMP_{it} + \beta_3 LN URB_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Bu modelde:

- β_0 : sabit terimi,
- $\beta_1 + \beta_2 + \beta_3$: Parametreleri sırasıyla HE, EMP ve URB değişkenlerinin GDP üzerindeki elastikiyet katsayılarını,
- ε_{it} : hata terimini temsil eder.

Bağımsız değişkenlerde görülen 1 birimlik artışın GDP üzerinde yaratmış olduğu etkiyi ölçer. Çalışmanın ana odağı, HE, EMP, URB değişkenlerinin GDP üzerindeki etkilerini ifade eden bu parametreleri tahmin eder.

5.2.2. Analiz

Panel Veri Analizi ve Önemi

Bu bölümde, çalışmada kullanılan veri setinin özellikleri ve seçilen değişkenlerle ilgili ekonometrik yöntemler detaylı olarak ele alınmıştır. Analiz kapsamında kesitsel bağımlılık, birim kök ve eşbütünleşme testleriyle birlikte panel veri tahmin yöntemleri uygulanmıştır. Ekonomik analizlerde kullanılan veri türleri genellikle zaman serileri veya yatay kesit verileri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Zaman serisi analizleri, tek bir birime ait verilerin zaman içerisindeki değişimini incelerken; yatay kesit analizleri, belirli bir döneme ait farklı birimlerin (örneğin ülkeler, firmalar, haneler) durumunu ortaya koymaktadır. Ancak bazı ekonomik

ilişkilerin çok boyutlu yapısı, yalnızca zaman ya da yalnızca kesit boyutuna odaklanmanın yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Bu noktada, hem zaman hem de kesit boyutunu aynı anda değerlendirmeye imkân tanıyan panel veri yapısı devreye girmektedir.

Panel veri, birden fazla birime ait bilgilerin çok sayıda zaman diliminde gözlemlenmesiyle elde edilen veri türüdür. Bu yapı sayesinde ekonomik değişkenlerin hem zamansal dinamikleri hem de birimler arası farklılıkları eş zamanlı olarak analiz edilebilmektedir. Panel verilerin bu çift boyutlu yapısı, özellikle iktisadi ilişkilerin daha gerçekçi ve sağlam temellere dayalı olarak tahmin edilmesini mümkün kılmaktadır. İşte bu doğrultuda geliştirilen panel veri analizi, ekonomik olay ve ilişkilerin hem zamana bağlı gelişimini hem de birimler arasındaki farklılıkları dikkate alarak analiz etmeye yönelik güçlü bir yöntem sunmaktadır (bkz. Tatoğlu 2021).

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Değişken	Açıklama	Ölçü birimi	Kaynak
LNGDP	Ekonomik Büyüme	Kişi başına düşen GSYH 2015 sabit	WDI
LNHE	Sağlık Harcamaları	Cari sağlık harcamalarının GSYH' ye oranı (%)	WDI
LNEMP	İstihdam	Toplam İstihdam Oranı (%)	WDI
LNURB	Kentleşme	Kentleşme Oranı (%)	WDI

Tanımlayıcı istatistikler, bir veri setinin temel özelliklerini özetlemek ve anlamlandırmak amacıyla kullanılan temel ölçütlerdir. Ortalama, medyan, mod, aralık, varyans ve standart sapma gibi istatistiksel göstergeler; verinin merkezi eğilimi, yayılımı ve dağılım yapısı hakkında bilgi sunar. Bu ölçüler sayesinde veriler arasında yaşanan genel eğilimler, değişkenlik düzeyleri ve uç değerlerin etkileri daha net bir şekilde sunulmaktadır.

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler

	LNGDP	LNHE	LNEMP	LNURB
Ortalama	27.87418	5.7347	3.973941	4.07659
Maksimum	30.39427	10.18235	4.308326	4.469545
Minimum	26.12456	2.86	3.681804	3.32024
Standart Sapma	1.024361	1.876747	0.1590166	0.3423113
Gözlem Sayısı	132	132	132	132

Bu çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistiksel bulgular Tablo 2’ de detaylı olarak ifade edilmiştir. Bağımlı değişken olan kişi başına düşen LNGDP değişkeninin ortalaması 27.87 seviyesindedir. Bu değer, analiz kapsamındaki BRICS-T ülkelerinde incelenen dönemde ekonomik büyüme düzeylerinin orta seviyede seyrettiğini göstermektedir. Bağımsız değişkenlerden LNHE değişkeninin ortalaması 5.73 olup, bu değer ülkeler arası kamu sağlık harcaması eğilimlerinin daha ılımlı bir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. LNEMP değişkeni 3.97 ortalama değeriyle birlikte en düşük varyansa (0.159) sahip değişkenlerden biri olarak dikkat çekmektedir. LNURB ise ortalama 4.07 ile sınırlı bir dağılım göstermektedir.

Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, seriler arasındaki merkezi eğilim ve dağılım ölçütleri hakkında temel bilgiler elde edilmiştir. Bu bağlamda, standart sapma değerleri göz önünde bulundurulduğunda, en düşük oynaklığa sahip değişkenin LNEMP olduğu, buna karşılık en yüksek standart sapmanın ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı LNHE değişkeninde gözlemlendiği anlaşılmaktadır. Bu durum, LNEMP değişkeninin zaman ve ülke düzeyinde daha istikrarlı bir seyir izlediğini, LNHE değişkeninin ise daha değişken bir yapısının olduğunu göstermektedir.

Tüm değişkenlerde gözlem sayısının 132 olması, veri setinin dengeli bir panel yapısına sahip olduğunu teyit etmektedir. Standart sapma değerlerine bakıldığında, sağlık harcamaları değişkeninin 1.87 ile diğer değişkenlere kıyasla daha yüksek dalgalanma sergilediği görülmektedir. Bu durum, analiz edilen ülkeler arasında sağlık harcamaları düzeylerinde önemli yapısal ve dönemsel farklılıklar yaşanabileceğini düşündürmektedir.

Diğer değişkenlerdeki standart sapma değerlerinin görece düşük olması ise değişkenlerin zaman içinde daha istikrarlı bir seyir izlediğini göstermektedir. Tanımlayıcı istatistiklerin ardından, panel veri analizinde temel varsayımlardan biri olan birimler arası ilişki durumunu incelemek amacıyla yatay kesit bağımlılığı testlerinin uygulanması gerekmektedir.

Tablo 3. Korelasyon Matrisi

	LNGDP	LNHE	LNEMP	LNURB
LNGDP	1.0000			
LNHE	-0.3196	1.0000		
LNEMP	0.7657	-0.0526	1.0000	
LNURB	-0.2077	0.6613	-0.0178	1.0000

Tablo 3'te BRICS-T ülkeleri için LNGDP, LNHE, LNEMP ve LNURB değişkenleri arasındaki korelasyon sonuçlarını özetlemektedir. Tablo incelendiğinde, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkilerin yönü ve gücü hakkında önemli ipuçları elde edilmektedir. Elde edilen bulgulara sonucunda LNGDP ile LNEMP arasında yüksek düzeyde pozitif bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Bu ilişki, ekonomik büyümenin istihdamda yaşanan artışla birlikte ilerlediğini ve iş gücü piyasası üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Bu korelasyon yapısı, BRICST ülkelerinin ekonomik büyüme ve iş gücü piyasasının dinamikleri arasında genel uyumun sağlandığını, sağlık harcamalarının ise daha karmaşık bir yapısının olduğunu ortaya koymaktadır. LNHE ile LNGDP arasındaki ilişki ise negatif yönlü ve düşük düzeyde olup korelasyon katsayısı -0.3196'dır. Bu, sağlık harcamalarının

artmasının kısa vadede ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyebileceğine ya da harcamaların verimlilik düzeyine bağlı olarak farklılaşabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu ilişkinin yönü ve anlamlılığı, daha ileri analizlerle (uzun dönem tahmini vb.) test edilmelidir.

LNURB ile LNGDP arasında da negatif bir ilişki ($r=-0.2077$) gözlemlenmektedir. Bu sonuç, klasik iktisat teorisi ile tutarlıdır; bu nedenle ekonomik büyümenin artması genellikle kentleşme oranlarının azalmasına neden olmaktadır. Ancak bu ilişkinin gücünün düşük olması, büyümenin iş gücü piyasasına etkisinin sınırlı ya da ülke gruplarına göre değişken olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, sağlık harcamaları LNHE ile LNURB arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki ($r = 0.6613$) tespit edilmiştir. Bu durum, kentleşme oranı yüksek ülkelerde kamu sağlık harcamalarının daha fazla olması ya da kentleşmenin sağlık sistemine olan talebi arttırması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada yer alan BRICS-T ülkelerine ait değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri incelendiğinde, bazı iktisadi değişkenlerin ekonomik büyümeyle olan bağının güçlü, bazılarının ise sınırlı olduğu görülmektedir. LNGDP ile LNEMP arasındaki korelasyon katsayısı 0.7657 olup, bu ilişki pozitif ve güçlü düzeydedir. Bu bulgu, BRICS-T ülkelerinde iş gücü piyasalarının ekonomik büyüme ile uyumlu hareket ettiğini ve istihdam artışının büyüme üzerinde itici bir güç olduğunu göstermektedir. Özellikle Türkiye, Çin ve Hindistan gibi nüfus yoğunluğu yüksek ve büyümeyi büyük ölçüde iç talep ve iş gücüne dayandıran ülkelerde bu ilişkinin daha da belirgin olduğu söylenebilir.

Diğer yandan, LNHE ile LNGDP arasında -0.3196 düzeyinde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamalarının doğrudan ekonomik büyümeyi artırıcı bir unsur olarak işlemediğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu ilişki yapısal farklılıklarla açıklanabilir. Örneğin Türkiye ve Güney Afrika’da kamu ağırlıklı sağlık sistemlerinin bütçe üzerinde oluşturduğu yük, büyüme üzerinde dolaylı baskılar oluşturabilirken, Çin gibi ülkelerde özel sektörün payı ve hızlı kentleşme ile birlikte sağlık harcamalarının verimliliği daha farklı bir seyir izleyebilir. LNURB ile LNGDP arasında gözlemlenen -0.2077 düzeyindeki negatif korelasyon, beklenildiği gibi artan işsizliğin ekonomik büyümeyi olumsuz

etkilediğini göstermektedir. Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, hızlı ve plansız kentleşme, büyüme oranlarının istihdam yaratma kapasitesinin sınırlı olmasıyla birleştiğinde bu negatif ilişkinin daha fazla güçlenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, sağlık harcamaları ile kentleşme oranı arasında pozitif ve görece yüksek bir ilişki ($r = 0.6613$) gözlemlenmiştir. Bu durum, BRICS-T ülkelerinde kentleşme oranının arttığı dönemlerde sosyal harcamaların da genişlediğine işaret edebilir. Özellikle Türkiye gibi sosyal güvenlik sistemine dayalı sağlık finansmanının baskın olduğu ülkelerde, kentleşmenin artışı kamu sağlık harcamalarının yükünü artırabilir.

Sonuç olarak, BRICS-T ülkelerinde ekonomik büyüme ile sağlık, iş gücü ve kentleşme gibi makro değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Ancak bu ilişkilerin yönü ve gücü ülkelerin yapısal dinamiklerine, uyguladıkları ekonomik politikalara ve sosyal refah sistemlerine göre değişiklik göstermektedir. Korelasyon sonuçları yalnızca değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiler hakkında fikir vermekte olup, aralarındaki ilişkilerinin ortaya konması için daha ileri analizler gereklidir.

5.3. Metodoloji ve Bulgular

5.3.1. Yatay Kesit Bağımlılık Testi

Panel veri modelleri, hem zamana hem de birimlere ilişkin gözlemleri içermeleri sayesinde daha fazla veri unsuru sunar. Bu durum, modeldeki serbestlik derecesini artırarak tahmin gücünü yükseltirken, açıklayıcı değişkenler arasında yüksek oranda doğrusal ilişki görülme olasılığını da düşülmektedir. Bununla birlikte çoklu doğrusal bağlantıya (multicollinearity) ulaşma sorununu sınırlandırarak daha sağlıklı ve güvenilir ekonometrik sonuçlara ulaşılmasına olanak tanır (Hsiao, 2003).

Panel veri analizinde ülkeler ya da birimler arasında ortak şoklar veya benzer yapısal özelliklerden kaynaklanabilecek ilişkilerin varlığı, yatay kesit bağımlılığı olarak tanımlanır. Bu tür bağımlılıkların göz ardı edilmesi, kullanılan tahmin yöntemlerinin güvenilirliğini zayıflatabilir. Bu nedenle, analiz süreci başlamadan ilk olarak yatay kesit bağımlılığının varlığının test edilmesi gerekmektedir. Uygun test yönteminin belirlenmesinde ise panel veri setindeki yatay kesit sayısı (N) ile zaman boyutu (T) dikkate alınmalı; bu doğrultuda, veri yapısına en uygun yöntemin seçilmesi sağlanmalıdır. Panel veri analizlerinde ülkeler arasında karşılıklı

etkileşimlerin olup olmadığını belirlemek amacıyla kesitsel bağımlılık testleri uygulanmaktadır.

Çalışmada kullanılan BRICS-T ülkeleri arasında ekonomik, siyasi ve sosyal bağların güçlü olması nedeniyle bu tür ilişkilerin varlığı muhtemeldir. Bu nedenle, değişkenler arasında kesitsel bağımlılık olup olmadığını belirlemek için dört farklı testten faydalanılmıştır: Breusch ve Pagan (1980) LM testi, Pesaran (2004) CD_{LM} ve CD testleri ile Pesaran (2008 LM_{Adj}) tarafından geliştirilen LM_{Adj} testi.

Yatay kesit bağımlılığı, bir ülkede ortaya çıkan pozitif ya da negatif nitelikteki bir şok etkisinin diğer ülkeler üzerinde de yaşandığı durumu ifade eder. Bu tür karşılıklı etkileşimlerin olması özellikle ekonomik ve finansal entegrasyonun yüksek seviyelerde yaşandığı ülke gruplarında daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır (İnançlı vd 2016).

Bu testlerin matematiksel yapıları aşağıdaki gibi tanımlanır:

$$LM = T \sum_{i=1}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N \tilde{\rho}_{ij}^2 \quad (3)$$

$$CD_{LM} = \left(\frac{1}{N(N-1)} \right)^{\frac{1}{2}} \sum_{i=1}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N (T \tilde{\rho}_{ij}^2 - 1) \quad (4)$$

$$CD = \left[\frac{2T}{N(N-1)} \right]^{\frac{1}{2}} \sum_{i=1}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N (T - k) \tilde{\rho}_{ij}^2 \quad (5)$$

$$LM_{Adj} = \left[\frac{2T}{N(N-1)} \right]^{\frac{1}{2}} \sum_{i=1}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N \tilde{\rho}_{ij} (T - k) \tilde{\rho}_{ij}^2 - \mu T_{ij} / (v T_{ij}^2)^{\frac{1}{2}} \quad (6)$$

Burada $\tilde{\rho}_{ij}$ birimler arasındaki tahmini korelasyon katsayısını; T ise zaman boyutunu ifade eder. Bu testler yardımıyla panelde bulunan ülkeler (BRICS-T) arasındaki bağımlılık olup olmadığı istatistiksel olarak analiz edilmektedir.

Tablo 4. Yatay Kesit Bağımlılık Testi Sonuçları

Test	İstatistik	P-değeri
LM	40.95	0.000***
CD_{LM}	0.4174	0.676
LM_{Adj}	10.1	0.000***

Not: *** p<0.01.

Panel veri analizlerinde yatay kesit bağımsızlığı varsayımı, panelde yer alan ülkelerden birinde ortaya çıkan makroekonomik bir şokun diğer ülkeleri etkilemeyeceği kabulüne dayanmaktadır. Ancak günümüzde küreselleşme, uluslararası ticaret hacmindeki artış ve finansal piyasaların entegrasyonu gibi dinamikler dikkate alındığında, bir ülkede meydana gelen ekonomik dalgalanmaların diğer ülkeler üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkiler oluşturması daha olağan ve gerçekçi bir durumdur. Bu nedenle analiz sürecine başlamadan önce seriler arasında yatay kesit bağımlılığının bulunup bulunmadığının test edilmesi büyük önem taşımaktadır. Aksi bir durumda kesitsel bağımlılığı göz önünde bulundurmeyen analizler sonucunda elde edilen bulgular, objektif olmayabilir ve güven konusunda sorun yaratabilir (Menyah, Nazlıoğlu ve Rufael 2014; Mercan 2014).

Yatay kesit bağımlılığını belirlemek amacıyla analizde üç farklı test yöntemi uygulanmıştır. Bu testler sırasıyla; Breusch ve Pagan (1980) tarafından tanımlanan LM testi, Pesaran (2004) tarafından önerilen CD_{LM} ile Pesaran vd. (2008) tarafından gelişimi sağlanan düzeltilmiş LM_{Adj} testidir. Söz konusu testlerin tamamında ortak olan sıfır hipotezi, seriler arasında herhangi bir yatay kesit bağımlılığının bulunmadığını öne sürmektedir. Buna karşılık, alternatif hipotez seriler arasında yatay kesit bağımlılığının mevcut olduğunu ifade etmektedir.

Panel veri analizinde yatay kesit bağımlılığının varlığı, klasik panel veri modellerinde temel alınan hata terimlerinin birbirinden bağımsız olduğu varsayımını ihlal etmektedir. Bu varsayımın geçerliliğini yitirmesi durumunda, modelden elde

edilen tahminlerin güvenilirliği azalmakta; sonuçlar önyargılı ve tutarsız hale gelebilmektedir. Bu nedenle, analiz sürecinde yatay kesit bağımlılığının dikkate alınması, elde edilen bulguların geçerliliği açısından kritik bir öneme sahiptir (Breusch and Pagan 1980).

Tablo 5. Homojenlik Testi Sonuçları

	$\tilde{\Delta}$	$\tilde{\Delta}_{Adj}$
Test İstatistiği	13.697	15.582
P-değeri	0.000***	0.000***

Not: *** p<0.01.

5.3.2. Homojenlik Testi

Panel veri analizinin önemli avantajlarından biri, bireysel heterojenlik durumunu kontrolünde tutma yeteneğidir. Zaman serisi ve yatay kesit analizlerinde genellikle göz ardı edilen bu heterojenlik, kontrol edilmediğinde birey ya da birimlere özgü etkilerin model sonuçlarında sapmalara neden olmaktadır (Ak 2009). Bu şekilde Panel analizlerinde tüm birimler için aynı eğim katsayısının geçerli olup olmadığını anlamak, modelin yapısını doğru kurgulamak açısından önemlidir. Eğer ülkeler arasında yapısal farklılıklar varsa, değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi de ülkeden ülkeye değişebilir. Eğim katsayı durumunu test etmek amacıyla Pesaran ve Yamagata (2008) tarafından geliştirilen eğim homojenlik testi (SH Testi) kullanılmaktadır. Bu test, Swamy (1970) yaklaşımı temelinde geliştirilmiştir. Bu durumun göz ardı edilmesi, tahmin edici modellerin yanlış (sapmalı) sonuçlar üretmesine yol açabilmektedir (Zheng vd 2021; Kırıkçı 2023). Panel veri analizlerinde eğim katsayılarının homojen mi yoksa heterojen mi olduğu sorusu literatürde önemli bir yere sahiptir, bu konudaki ilk sistematik çalışmayı Swamy (1970) gerçekleştirmiştir. Bununla birlikte, eğim homojenliği varsayımı geçerli değilse, homojen eğimli panel veri modellerine dayalı tahminler tutarsız olabilir ve yanıltıcı istatistiksel çıkarımlara yol açabilir (Hsiao 2003; Baltagi and Bresson 2011). Test istatistikleri şu şekilde ifade edilmektedir:

$$\tilde{\Delta} = \sqrt{N} \frac{N^{-1}\tilde{S}-k}{\sqrt{2k}} \quad (7)$$

$$\tilde{\Delta}_{Adj} = \sqrt{N} \frac{N^{-1}\tilde{S}-k}{v_{ar}(t,k)} \quad (8)$$

Burada S, bireysel regresyonlardan elde edilen tahmini katsayıların toplam sapmasını, k parametresi ise açıklayıcı değişken sayısını temsil etmektedir. Çalışmada, panel veri setinde yer alan ülkeler arasında model katsayılarının homojen olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanan homojenlik testi sonuçları Tablo5’ te sunulmuştur. $\tilde{\Delta}$ ve $\tilde{\Delta}_{Adj}$ istatistiklerine karşılık gelen p-değerlerinin her iki durumda da 0.01 anlamlılık düzeyinin oldukça altında ($p=0.000$) olması, sıfır hipotezi olan “katsayılar homojendir” önermesinin reddedilmesine yol açmaktadır. Bu bulgular, modelde yer alan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin paneldeki tüm ülkelerde aynı yönde ve büyüklükte gerçekleşmediğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki etkisinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği, yani bu etkinin yapısal olarak heterojen olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, incelenen BRICS-T ülkelerinin sağlık sistemlerinin yapısı, kamu ve özel sektörün sağlık hizmetlerindeki ağırlığı, sağlık altyapısına yapılan yatırımlar ve demografik faktörler gibi unsurlar bakımından birbirinden ayrıştığını göstermektedir. Örneğin bazı ülkelerde sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi doğrudan teşvik edici bir rol üstlenirken, bazı ülkelerde bu etki daha sınırlı ya da dolaylı olabilmektedir.

Sonuç olarak, homojenlik testi bulguları, panel veri analizinde farklı ülkelerin sağlık harcamaları-büyüme ilişkisine farklı tepkiler verdiğini ortaya koymakta ve bu nedenle yapılacak analizlerde heterojenliği dikkate alan yöntemlerin tercih edilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, panel veri analizinde heterojen yapıların varlığını göz önünde bulunduran modellerin kullanılması, elde edilecek sonuçların güvenilirliğini artıracaktır. Panel veri analizlerinde yatay kesitler arasında bağımlılık ve eğim katsayılarında farklılıklar (heterojenlik) söz konusu olduğunda, kullanılacak tahmin yönteminin bu özelliklere karşı dayanıklı olması gerekmektedir.

5.3.3. Pesaran CIPS Birim Kök Testi

Pesaran (2007) tarafından geliştirilen ve kesitsel bağımlılığı dikkate alan CIPS (Cross-sectionally Augmented IPS) testi aşağıdaki biçimde modellenir:

$\varepsilon_{it}=Y_i f_t + U_{it}$ Modelinde yer alan hata terimi ε_{it} iki bileşenden oluşmaktadır: f_t , tüm ülkeleri ortak şekilde etkileyen gözlemlenemeyen faktörleri, U_{it} ise her bir ülkeye özgü bulunan bireysel hataları temsil etmektedir.

$$Y_{it} = (1 - \phi)_i + \phi_i Y_{i,t-1} + \varepsilon_{it} (i = 1, \dots, N; t = 1, \dots, T) \quad (9)$$

$$\Delta Y_{it} = \alpha_i + \beta_i Y_{i,t-1} + Y_i f_t + U_{it} \quad (10)$$

Öncelikle CADF istatistiği her birim için 10 numaralı denklemden örnek alınarak elde edilir. Bu istatistiksel değerlerinin aritmetik ortalaması alınarak CIPS değeri bulunur:

$$CADF_i = \frac{\Delta Y_i' M_Z Y_{i,-1}}{\hat{\sigma}_i \sqrt{Y_{i,-1}' M_Z Y_{i,-1}}} \quad (11)$$

$$CIPS = \frac{\sum_{i=1}^N CADF_i}{N} \quad (12)$$

İkinci nesil panel birim kök testleri, seriler arasında kesitsel bağımlılığın varlığını dikkate alarak geliştirilmiştir. Bu testlere göre, panelde yer alan bir seride meydana gelen bir şokun, diğer serileri aynı biçimde değil, her birini farklı şekillerde etkileyebileceği kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, birim kök analizlerinde daha gerçekçi ve güvenilir sonuçlara ulaşılmasını sağlamaktadır.

Tablo 6. Panel Birim Kök Testi

Değişken	CIPS		Kritik Değerler
	I(0)	I(1)	
LNGDP	-2.494	-2.890	- 2.73 (%10)
LNHE	-1.646	-3.278	- 2.86 (%5)
LNEMP	-1.746	-4.601	- 3.10 (%1)
LNURB	-0.289	-4.372	

CIPS testi sonuçlarına göre, eğer elde edilen istatistiksel değerlerin kritik eşik değerin altında kalması, serinin durağan olmadığı yani birim kök içerdiği sonucunu verir. CIPS değerleri kritik değerin üzerinde ise, serinin durağan olduğu kabul edilir (Adam, 2024: 107).

CIPS (Cross - sectionally Augmented IPS) birim kök testi sonuçları, serilerin durağanlık düzeylerini panel veri bağlamında değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Test, Pesaran (2007) tarafından geliştirilmiş olup, birim kök testlerinde kesitsel bağımlılık sorununu göz önünde bulundurması nedeniyle ikinci nesil testler arasında yer almaktadır.

Tablodaki bulgulara göre; serilerin düzey değerlerinde (I(0)) test istatistikleri -2.494 (LNGDP), -1.646 (LNHE), -1.746 (LNEMP) ve -0.289 (LNURB) şeklindedir. Bu değerlerin genellikle kritik eşik değerlerin üzerinde bir değerde kalması, serilerin düzeyde durağan olmadığını göstermektedir. Ancak birinci farkları alındığında (I(1)), tüm seriler için test istatistikleri önemli ölçüde düşmekte ve genellikle %5 anlamlılık düzeyinde kritik değerin altında kalmaktadır. Örneğin, LNGDP için -2.890, LNHE için -3.278, LNEMP için -4.601 ve LNURB için -4.372 gibi negatif ve mutlak değerce yüksek istatistikler elde edilmiştir. Bu durum, serilerin birinci farklarında durağan hale geldiklerini ortaya koymaktadır.

5.3.4. Birim Kök Testi Sonuçları

Elde edilen bulgular doğrultusunda, modelde yer alan tüm değişkenlerin düzey seviyelerinde durağan olmadıkları, birinci farkları alındığında durağan hale geldikleri tespit edilmiştir. Bu durum, değişkenlerin birinci dereceden bütünleşik $I(1)$ olduklarını ortaya koymaktadır. Analiz sürecinde bir sonraki aşamanın panel eşbütünleşme analizlerinin uygulanması gerektiği görülmektedir. Eşbütünleşme ilişkisinin analizi için Kao ve Pedroni analizleri yapılacaktır. Analizde kullanılan seriler $I(1)$ bütünleşik; bu da eşbütünleşme analizi (Kao, Pedroni gibi) yapabilmek için gerekli olan koşulu sağlamaktadır. Seviye durağanlığının sağlanmaması, şokların kalıcı etkiler yaratabildiğini; birinci farkı alındığında durağanlığın ise bu etkilerin değişim hızında (büyüme oranı, artış ya da azalış) geçici etkide olabileceğini gösteriyor.

5.3.5. Panel Eşbütünleşme Testi

Engle ve Granger (1987) yöntemine dayanan önemli eşbütünleşme testleri arasında, heterojen panel veri yapısına uygun olacak şekilde Kao ve Chiang (2000) ve Pedroni (1999, 2001, 2004) testleri yer alır. Bu testler, değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkiyi değerlendirirken, sahte regresyon olasılığını da dikkate alır. Temel olarak, bu yöntemler, birim kök analiz sonuçlarına dayanarak, birinci dereceden entegre $I(1)$ serilerin regresyon kalıntılarının durağan $I(0)$ olup olmadığını inceler. Eğer elde edilen hata terimleri durağan ise, bu durum değişkenler arasında güçlü bir eşbütünleşme ilişkisi olduğuna işaret eder; aksi durumda aralarındaki ilişkide yanıltıcı bir ilişki söz konusu olabilir.

Tablo 7. Eşbütünleşme Testi Sonuçları

H₀:Eşbütünleşme yoktur; H_a: Eşbütünleşme vardır.		
Test	İstatistik	P-değeri
Kao Panel Eşbütünleşme Testi		
Düzeltilmiş Dickey–Fuller t	0.0348	0.4861
Dickey–Fuller t	-1.5990	0.054*
Genişletilmiş Dickey–Fuller t	-1.2399	0.1075
Düzeltilmemiş Düzeltilmiş Dickey–Fuller t testi	0.2735	0.3922
Düzeltilmemiş Dickey–Fuller t	-1.4452	0.074*
Pedroni Panel Eşbütünleşme Testi		
Düzeltilmiş Phillips–Perron t	2.4942	0.006**
Phillips–Perron t	1.6336	0.051*
Genişletilmiş Dickey–Fuller t	2.4558	0.007**

Not: ** p<0.05, * p<0.10.

Pedroni testleri, hem panel genelinde (homojen) hem de grup bazında (heterojen) varyasyonlara yönelik olarak ADF ve PP istatistiklerini kullanırken, Kao testi ise sabit katsayılar ve sabit kesişim varsayımı altında ADF testi formatındadır. Her iki test de, analiz sürecinde, eğilim içermeyen ancak sabit kesişimli modeller çerçevesinde gerçekleştirilir ve gecikme uzunlukları Schwarz bilgi kriterine göre belirlenir; ayrıca gecikmeli durumdaki öncüler de modele dahil edilir. Birim kök testlerinin özellikle küçük örneklem büyüklüğüne sahip veri setlerinde düşük test gücüne sahip olması, elde edilen sonuçların güvenilirliğini azaltabilmektedir. Bu sorunun üstesinden gelmek amacıyla, zaman boyutuna ek olarak yatay kesit boyutunun da analize dahil edilmesiyle, testlerin istatistiksel gücü artırılmış ve daha sağlıklı sonuçlara ulaşılması daha erişilebilir hale gelmiştir (Güven ve Mert 2016).

Çalışmada panel veri setinde uzun dönemli ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla Kao (1999) ve Pedroni (1999) tarafından geliştirilen birinci nesil panel eşbütünleşme testlerinden yararlanılmıştır. Bu testlerin temel değişkenler arasında uzun dönemli bir denge ilişkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Kao ve Chiang (2000) testine ait analiz sonuçları değerlendirildiğinde, bu sonuçlara göre test istatistiklerinin büyük bir bölümü %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul değildir. Bu durum, panelde yer alan seriler arasındaki ortak bir eşbütünleşme ilişkisinin varlığına dair güçlü bir kanıt sunmamaktadır. Özellikle, testlerin çoğunda sıfır hipotezi olan “eşbütünleşme yoktur” reddedilememiştir. Ancak Dickey-Fuller t istatistiğinde p-değeri %10 anlamlılık düzeyinde kritik sınıra yaklaşmakta olup sınırda bir bulgu sunmaktadır.

Pedroni (1999) testi kapsamında elde edilen sonuçlar, özellikle Modified Phillips-Perron ve Augmented Dickey-Fuller test istatistiklerinde %1 anlamlılık düzeyinde sıfır hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Bu durum, panelde yer alan değişkenler arasında uzun dönemli bir Eşbütünleşme ilişkisinin olduğuna güçlü bir kanıt sunmaktadır. Ayrıca, Phillips-Perron t istatistiği de %10 anlamlılık düzeyine oldukça yakın bir p-değerine sahiptir. Bu bulgular genel olarak ifade edilirse BRICS-T ülkeler için modelde yer alan değişkenler arasında uzun vadeli bir denge ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Kao testinden elde edilen sonuçlar eşbütünleşme açısından zayıf bir dayanak sunarken, Pedroni testinin sonuçları daha güçlü kanıtlar ortaya koymaktadır. Özellikle Pedroni testinin bazı istatistiklerinde %1 düzeyinde anlamlılık gözlemlenmiş olması, paneldeki seriler arasında uzun dönemli denge ilişkisi bulunduğu yönünde önemli bulgular sağlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık harcamaları, bir ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyini yansıtan temel göstergeler arasında yer almakta olup, kalkınma sürecine çeşitli kanallarla katkı sunabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık alanına yapılan harcamaların yalnızca miktar olarak artırılması yeterli olmayıp, bu harcamaların etkin bir şekilde planlanması ve uygulanması da kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada, BRICS-T ülkeleri için 1990–2023 dönemine ait sağlık harcamaları LNHE, istihdam LNEMP, kentleşme oranı LNURB ve ekonomik büyüme LNGDP arasındaki ilişki panel veri analizi kapsamında incelenmiştir. Analize başlamadan önce, serilerin durağanlık düzeylerini belirlemek amacıyla CIPS birim kök testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, tüm değişkenler düzey seviyelerinde durağan değildir; ancak birinci farkları alındığında durağan hale geldikleri görülmüştür. Bu durum, serilerin $I(1)$ düzeyinde olduklarını ortaya koymuştur. Değişkenlerin aynı bütünleşme düzeyinde olmaları, aralarında uzun dönemli bir ilişki olup olmadığını test etmeyi mümkün kılmaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın devamında panel eşbütünleşme testi uygulanarak değişkenler arasında uzun vadeli bir denge ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen bulgular, ekonomik büyümenin sağlık harcamaları, istihdam ve kentleşme gibi sosyo-ekonomik göstergelerle birlikte değerlendirildiğinde, bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olabileceğini göstermektedir. Çalışmanın bu yönü, politika yapıcılar açısından özellikle sağlık ve istihdam alanlarında atılacak adımların ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini değerlendirmede yol gösterici olabilir.

Bu çalışmada, BRICS-T ülkelerine ait panel veri seti kullanılarak ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları, istihdam ve işsizlik oranı değişkenleri arasındaki ilişkiler ekonometrik olarak incelenmiştir. Uygulanan analizler, hem serilerin istatistiksel özelliklerini belirlemek hem de değişkenler arası ilişkileri uzun dönemli olarak ortaya koymak amacıyla sırasıyla panel birim kök testleri, eşbütünleşme testleri analizini kapsamaktadır. İlk olarak gerçekleştirilen panel birim kök testleri sonucunda, tüm serilerin düzeyde durağan olmadığı, ancak birinci farkları alındığında durağan hale geldikleri tespit edilmiştir. Bu bulgu, modelde yer alan değişkenlerin $I(1)$ seviyesinde bütünleşik olduğunu ve eşbütünleşme analizine uygun

olduğunu göstermektedir. Eşbütünleşme analizinde Kao ve Pedroni testlerinden elde edilen sonuçlar birlikte değerlendirilmiştir. Kao testi genel olarak ortak eşbütünleşme ilişkisini destekleyecek güçlü bir bulgu sunmazken, Pedroni testi kapsamında elde edilen Modified Phillips–Perron t ve Augmented Dickey–Fuller t istatistiklerinin %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunması, modeldeki değişkenler arasında uzun dönemli bir denge ilişkisinin varlığına işaret etmektedir. Bu doğrultuda, uzun dönemli tahminlerin yapılması için gerekli koşulların sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel olarak elde edilen bulgular, BRICS-T ülkelerinde politika yapıcıların, ekonomik büyümeyi destekleyen stratejiler geliştirirken bu değişkenler arasındaki ilişkileri dikkate alması gerekmektedir. Özellikle sağlık harcamalarının uzun dönemde büyümeye olan etkisi ve kentleşme oranlarının büyüme üzerindeki olumsuz yönü, sosyal ve ekonomik politikaların birlikte değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, H., (2005) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi. Sağlık Ekonomisi Dergisi, 44-48.
- Ak, I., ve Sevin, S., (2000). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri Finansmanı. İstanbul: XYZ Yayınları.
- Akalın, B., Ü., Veranyurt N. (2021). Sağlık Hizmetleri ve Yönetiminde Yapay Zeka. Acta Infologica, 2021, 5 (1) , 231-240.
- Akar, S., (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(1), 311-322.
- Akçora, D., ve Yılmaz, A., (2015). Kapalı Ekonomi ve İç Kaynaklarla Büyüme. İstanbul: Kriter Yayınlar.
- Akdur, R., (1998) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Halk Sağlığı, Antıp Ankara.
- Akdur, R., (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akerlof, G. A., (1970). The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics, 84(3), 488–500.
- Akın, C. S., (2007) Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, (Yayımlanmamış yüksek lisans Tezi) Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilimdalı, Adana.
- Albayrak, S., ve Öztürk, İ. (2021). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Araştırma. Uluslararası Ekonomi Ve Yenilik Dergisi, 7(2), 233-257.
- Alkin, E., Yıldırım, K., Özer, M. ve Şıklar, İ. (2008). İktisada Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Alper, Y., (1988) 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, Yayımlanmamış Rapor, Bursa 1988.
- Arı, H., (2017). Sağlık Ekonomisinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri. Sağlık Yönetim Dergisi, 1(2), 25-31.
- Arısoy, İ., (2005), Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi 1950-2003, Discussion Paper, Turkish Economic Association, Sayı: 5.
- Arrow, K. J., (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.” American Economic Review, 53(5), 941–973.
- Aslantekin, F., (2007), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 55-71.
- Baldwin, R., (2003). Economic Growth and Development.

- Berndt, E. R., Cutler, D. M., and Frank, R. G., (2006). The economics of health care: An introduction. Harvard University Press.
- Bilgili E., ve Ecevit E., (2008), Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 201-228.
- Bloom, D. E., ve Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. Science, 287(5456), 1207-1209.
- Boz, C., ve Sur, H., (2015). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler: Ekonometrik bir analiz. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2), 17–38.
- Bozma, G., Başar, S., ve Künü, S., (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi(10), 189-204.
- Bulutoğlu, K., (2001). Kamu Ekonomisine Giriş, YapıKredi Yayınları, İstanbul.
- Chu, K. Y., Davoodi, H. and Gupta S., (2000). Income Distribution and Tax and Government Social Spending Policies in Developing Countries. IMF Working Paper, 3-47.
- Cutler, D. M., (2004). Your money or your life: Strong medicine for America's health care system. Oxford University Press.
- Çalışkan, Ş., Karabacak, M., ve Meçik, O., (2018). Türkiye’de Uzun Dönemde Eğitim ve Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33(1), 75-96.
- Çelikay, F., (2009). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir, Türkiye.
- Çoban, H., (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Daştan, İ., ve Çetinkaya V., (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”. Sosyal Güvenlik Dergisi. 5:104-134.
- Demirgil, B., Şantaş, F., ve Şantaş, G., (2018). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Uygulamalı Bir Çalışma. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 388-398.
- Dreger, C., ve Reimers, O., (2005). “Sağlık Bakım Harcamaları OECD Ülkeleri: A Panel Birim Kökü ve Eşbütünleşme Analizisi”, İza Tartışma Raporu, No. 1469.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., and Torrance, G. W. (2015). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press.
- Dumitrescu, E., I., Hurlin, C., (2012). Testing for Granger non-causality in heterogeneous panels. Economic Modelling, 29(4), 1450–1460.
- Eberhardt, M., Teal, F., (2010). Productivity analysis in global manufacturing production. Economics Series Working Papers, 515, University of Oxford.

- Emirkadı, Ö., (2022). D8 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları - Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 241-252.
- Ener, M., ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(6), 99-113.
- Erdil, E., ve Yetkiner, H., (2004), A Panel Data Approach for Income- Health Causality, Research unit Sustainability and Global Change.
- Erol, H., ve Özdemir, A., (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Filiz, Y., (2010) “Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilimdalı, Ankara.
- Fişek, N. H., (1983). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi.
- Folland, S., Goodman, A. C., and Stano, M. (2016). *The Economics of Health and Health Care*. Routledge.
- Fuchs, V. R., (1996). Economics, Values, and Health Care Reform. *American Economic Review*, 86(1), 1-24.
- Getzen, T. E., 1997. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley and Sons, Inc: New York.
- Getzen, T. E., (2013). *Health Economics and Financing*. John Wiley and Sons.
- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russel, L. B., ve Weinstein, M. C. (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press.
- Güler, H., (2017). Türkiye ekonomisinde ekonomik büyüme ve GSYİH ilişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 15-30. Selçuk Üniversitesi Açık İnternet Sitesi: <https://acikerisim.selcuk.edu.tr/>
- Güven, D., Şimşek, T., ve Güven, A., (2018). Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.
- Haini, H., (2020). Spatial Spillover Effects of Public Health and Education Expenditures on Economic Growth: Evidence from China’s Provinces. *Post-Communist Economies*, 32 (8), 1111-1128.
- Hansen, P., King, A., (1996), “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach”, *Jornal of Health Economics*, Vol.15, 127-137.
- Harris, D. J., (2007). *The Classical Theory of Economic Growth*. London: Macmillan.
- Hayaloğlu, P., & Bal, H. Ç. (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme Ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.
- Işık, A., (1997), *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İnce, Ö., (2006). *Yeni Büyüme Teorileri; Türkiye İçin Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R., (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85 (2), 86-99.
- Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2018 Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.
- Karadağ, Z., (2007) Acil üniteye yönelik hasta memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 33-38.
- Karaman, E., (2010). Sağlık Ekonomisi. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kaya, B., (2007) Kent ve Ruh Sağlığı. Ankara Tabip Odası, Kent Çevre ve Sağlık Sempozyumu, Sempozyum Kitabı, Ankara, Ankara Tabip Odası Yayını, 155-162.
- Kaya, G., (2019). Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları. Yüksek Lisans Tezi, Bilecik.
- Kaynak, F., (2005). Kalkınma ekonomisi. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Keskin, A., (2011). Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye. Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi, 25(3-4), 125-153.
- Kılıç, Ö. N., Beşer, M., (2018). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Merkezi ve Doğu Avrupa (CEEC) Ülkeleri Üzerine Panel Veri Analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2018, 23(2), 373-382.
- Kızıl, B. C., ve Ceylan, R., (2018). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye örneği. *Journal of Yaşar University*, 13(50), 197-209.
- Korkmaz, S., (2010) Türkiye’de Ar-Ge Yatırımları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin VAR Modeli ile Analizi, *Journal of Yaşar University*, Vol: 5, No: 19, 3320-3330.
- Korkmaz, S., (2014). Ekonomik büyüme ve kalkınma. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kurtulmuş, S., (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Lucas, R. E., (1988). On the Mechanism of Economic Development. *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.
- Maddison, A., (2007). *Contours of the World Economy 1-2030 AD*. Oxford University Press.
- Menyah, K., Nazlıoğlu, Ş., and Wolde-Rufael, Y. (2014). Financial development, trade openness and economic growth in African countries: New insights from a panel causality approach. *Economic Modelling*, 37, 386–394.
- Mercan, M., (2014). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: OECD ülkeleri üzerine panel regresyon analizi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 27, 335–356.
- Morris, S., Devlin, N., ve Parkin, D., (2012). *Economic Analysis in Health Care*. John Wiley and Sons.
- Muhsin, M., (2003). İktisadi büyüme modelleri ve Türkiye ekonomisi açısından değerlendirilmesi. Ankara: Gazi Kitabevi.

- Mushkin, S. J., (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5, Part 2), 129-157.
- Mutlu, A., ve Işık, A. K., (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3.Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi
- Newhouse, J., (1977). Medical Care Expenditure: A Cross National Survey, *Journal of Human Resources*, 1977, 12(1), 115-125.
- Normand, C., (1991). Economics, Health, and Economics of Health, *BMJ*, 303, 1572-1577.
- Öztek, Z., (2001). Sağlıkta Kavramlar Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye*, Mayıs- Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, 294-298.
- Özyurt, S., (2020). Neoklasik Büyüme Teorileri ve Solow Modeli Üzerine Bir Değerlendirme. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
- Pesaran, M. H., (2004). General diagnostic tests for cross section dependence in panels. *CESifo Working Paper Series*, No. 1229.
- Pesaran, M. H., (2006). Estimation and inference in large heterogeneous panels with a multifactor error structure. *Econometrica*, 74(4), 967–1012.
- Pesaran, M. H., (2007). A simple panel unit root test in the presence of cross-section dependence. *Journal of Applied Econometrics*, 22(2), 265–312.
- Pesaran, M. H., and Smith, R. (1995). Estimating long-run relationships from dynamic heterogeneous panels. *Journal of Econometrics*, 68(1), 79–113.
- Pınar, A., (2006). *Maliye Politikası*, Naturel Yayıncılık, Ankara.
- Rice, T., ve Unruh, L. Y., (2016). *The Economics of Health Reconsidered*. Health Administration Press.M. İktisadi sistemler ve büyüme teorileri. İstanbul: Der Yayınları.
- Romer, P. M., (1986). Increasing Returns and Long-Run Economic Growth, *Journal Of Political Economy*, Volume: 94, No: 5, 1002-1037.
- Romer, P. M., (1990). Endogenous Technological Change, *The Journal of Political Economy*, Vol: 98, No:5, Part:2, The Problem of Development: A Conference of the Institute for the Study of Free Enterprise System, 71-102.
- Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburi, C., (1990). *Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Ceneva: ILO.
- Rosenstein-Rodan, P. N., (1943). The problems of industrialization of Eastern and South-Eastern Europe. *The Economic Journal*, 53(210/211), 202–211.
- Rothschild, M., ve Stiglitz, J., (1976). “Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information.” *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629–649.
- Saltman, R. B., Busse, R., and Figueras, J., (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press.
- Santerre, R. ve Hilliard, J., (2009). *The Health Economy And Health. Insurance Research In The JRI* 12(1), 67-79.
- Sargutan, A. E., (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.

- Schultz, T. W., (1961). Investment in Human Capital. The American Economic Review. 51: 1-17.
- Serin, N. ve Çakıcı, L., (1990). Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Seyidoğlu, H., (2006). İktisat Biliminin Temelleri, İstanbul, Güzem Can Yayınları No:21.
- Smith, P. C., and Ke, X., (2018). Measuring health system performance: A new approach to accountability. Health Economics, Policy and Law, 13(2), 152-169.
- Solow, R. M., (1956). A contribution to the theory of economic growth. Quarterly Journal of Economics, 70(1), 65-94.
- Somunoğlu, C., (2012). Sağlık Hizmetleri Yönetimi ve Politikaları. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Stiglitz, J. E., (2002). Globalization and Its Discontents. W.W. Norton and Company.
- Swamy, P. A. V. B., (1970). Efficient inference in a random coefficient regression model. Econometrica, 38(2), 311-323.
- Şen, A., ve , Bingöl, N., (2018). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 9(1), 89-106.
- Taban, S., (2008). İktisadi Büyüme Kavram ve Modeller. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Taban, S., (2010). İçsel Büyüme Modelleri ve Türkiye. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Taban, S., Günsoy, B., Günsoy, G., Erdinç, Z. ve Aktaş, M., (2013). İktisadi Büyüme. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Tatar, M., 2009. "Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme", Sayı:1
- Tek, A., (2000). Büyüme Stratejileri, Türkiye İktisat Kongresi Büyüme Stratejileri Çalışma Grubu, Türkiye Ekonomi Kurulu.
- Tek, A., (2003). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: DPT Yayınları.
- Tengilimoğlu, D, Işık O, Akbolat M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2009.
- Tengilimoğlu, D., Gürcü. M., (2007). Termal Turizm ve Spaa/Welness. p: Tengilimoğlu, D. Editör. Sağlık Turizmi. 2bs. Ankara: Siyasal Kitabevi;2017. s. 62.
- Tıraşoğlu, M., ve Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 2(2), 111-117.
- Todaro, M. P., ve Smith, S. C., (2015). Economic Development. Pearson Education.
- Tokat, M., (1994). Sağlık Ekonomisi. Seçim, H. (Ed.), Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 793, Eskişehir: Etam.
- Turan, T., İktisadi Büyüme Teorisine Giriş, Yalın Yayıncılık, İstanbul, 2008.

- Turancı, E., ve Eşiyok, E., (2021). Sağlık ve Kültür İlişkisi Bağlamında Popüler Sağlık Dergilerinde Sağlığın Sunumu. İletişim Kuram Ve Araştırma Dergisi, 2021(54), 96-114.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H., (2008).Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 1999-2026.
- Ülgen, G., (2014). Genel İktisat (17. Baskı, 460-467) Filiz Kitabevi.
- Wang, K. M., (2011). “Health Care Expenditure and Economic Growth: Quantile PanelType Analysis”. Economic Modelling, 28 (4), 1536-1549.
- WHO, (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva.
- WHO, (2021). Health Systems and Services: The Role of Primary Health Care in Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization.
- Whyness, David K.,(1993). Health Care Expenditure, The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence, Edward Elgar Publishing Limited UK, 1993, s.172.
- Witter, S., (2002). Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries. Centre For Health Economics.
- World Bank, (2023). World Development Indicators. World Bank. <https://databank.worldbank.org>.
- Yanpar, A., “Gelişmekte Olan Ülkelerde Büyüme Yönelimli Vergi Politikası”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z., (2012), Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma, Ege Akademik Bakış, 12(4), 563-573.
- Yıldırım, H. H., (2012). Görüşme Notları (13.08.2012). Ankara.
- Yurdadoğ, V., (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1): 591-610.
- Yülek, M., (1997). İçsel Büyüme Teorileri Gelişmekte Olan Ülkeler ve Kamu Politikaları Üzerine, Hazine Dergisi, Sayı 6, 89-103.