



T.C.

BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MALİYE ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HARCAMALARININ MİLLİ GELİRE ETKİSİ VE
BİLECİK İLİ ÖZELİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL KAYA

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Yasin ACAR

BİLECİK, 2019

10166161

T.C.

BİLECİK ŞEYH EDABALI ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MALİYE ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HARCAMALARININ MİLLİ GELİRE ETKİSİ VE
BİLECİK İLİ ÖZELİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL KAYA

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Yasin ACAR

BİLECİK, 2019

10166161



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI
JÜRİ ONAY FORMU

BŞEÜ-KAYSİS Belge No	DFR-172
İlk Yayın Tarihi/Sayısı	03.01.2017 / 28
Revizyon Tarihi	
Revizyon No'su	00
Toplam Sayfa	1

Öğrencinin Adı Soyadı: Gül KAYA
Anabilim Dalı : Malîye
Programı : Tezli Yüksek Lisans
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi YASİN ARAZ
Tezin Özgün Adı : Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Üzerinde Türkiye'de Sağlık Harcamaları
Tezin İngilizce Adı : The Impact of Health Expenditure on National Income and Health Expenditures in Turkey and Bilecik

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 07 / 08 / 2019

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışması ilgili EYK kararıyla oluşturulan jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY~~
~~ÇOKLUĞU~~ ile MALİYE Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Yasin ARAZ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Gireş ANASIZ

Üye:

Doç. Dr. Filiz EKİNCİ

Üye :

Üye :

İmza

ONAY

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / / 20.... tarih ve
..... / sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

BEYAN

‘Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları’ adlı yüksek lisans tezinin hazırlık ve yazımı sırasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlandığım bölümlerde bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı tezin herhangi bir kısmını Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Gül KAYA

22.08.2019

İMZA

ÖNSÖZ

Bu tezin yazımı aşamasında, değerli katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasin ACAR' a teşekkürlerimi borç bilirim. Beni bugünlere getiren canım aileme saygılarımı ve minnetlerimi sunuyorum. Beni her zaman destekleyen ve motive eden, sevgili babam Süleyman KAYA' ya, annem Döne KAYA' ya teşekkürlerimi sunarım. Çalışmam boyunca desteklerini hep hissettiren kardeşlerim Buse EĞRİ ve Samet EĞRİ' ye, tezin her aşamasında olumlu katkıları ve desteği, her daim güler yüzü ile yanımda olan sevgili İshak KANATCI' ya teşekkürlerimi sunarım.

Gül KAYA

22.08.2019



ÖZET

Sağlık, kişi ve toplumların hem fiziksel hem de zihinsel olarak iyi halde olmaları, bu durumun onlar için sürdürülebilir olması ve korunması olarak tanımlanabilir. Sağlıklı bir toplum için ülke ekonomilerinde sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerekmektedir. Sağlık, insanların ve ülkelerin kalkınmalarında önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilerin ve toplumların sağlıklı olabilmesi için, ülke ekonomilerinin güçlü ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Bu noktada ülke ekonomisi, sağlık harcamaları ve beşeri sermaye arasında etkili bir ilişki olduğu söylenebilir. Sağlıklı birey ve toplumların üretime ve ekonomiye katkıları pozitif yönde olurken, hastalık halinde olan ve bu duruma bir alternatif sunamayan ülke ekonomilerinin negatif yönde ilerlediği söylenebilir. Bu noktada beşeri sermayenin ülke ekonomileri ile ilişkisini açıklayan içsel büyüme modelleri konu hakkında daha detaylı bilgi sahibi olmamıza yardımcı olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık ekonomisi ve sağlık harcamalarının incelenmesi, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme yapılırken kişi başı gayri safi yurt içi hâsıla (KBGSYH), il kişi başına GSYH değerleri, hastane sayısı, hekim sayısı, 100.000 kişi başına hastane yatak sayısı gibi sağlık göstergelerinden faydalanılmıştır.

Çalışmada, Türkiye verilerinden hareketle Bilecik İl'i sağlık sektörü ile çözümlemesi yapılarak, elde edilen istatistiki verilerle birlikte Bilecik İl'i sağlık ve ekonomik büyümesi arasında karşılaştırma ve değerlendirmeleri yapılmıştır.

Daha sonra analiz bölümüne geçilerek, il kişi başı GSYH değerleri ile 81 ilin, hastane yatak sayısı, uzman doktor sayısı, hemşire sayısı, diş hekimi sayısı ve sağlık memuru sayılarının panel veri ekonometrisinde sabit etkili model ile incelenmesi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ve hesaplanmış değerlerin bulunmasında Eviews 9 programı kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, İçsel Büyüme Modelleri, Bilecik İli

ABSTRACT

Health; the physical and mental well-being of individuals and societies can be defined as the continuity and protection of this situation for them. For a healthy society, health services should be given importance in the national economy. Health is an important element in the development of people and countries. In order for people and societies to be healthy, the national economies need to be strong and sustainable. At this point, there is an effective relationship between national economy, health expenditures and human capital. While the contribution of healthy individuals and societies to production and economy is positive, we can say that the economies of countries that are ill and unable to make improvements in this situation develop negatively. At this point, internal growth models explaining the relationship between human capital and national economies will help us to have more detailed information about the subject.

The aim of this study is to examine the health economics and health expenditures and to evaluate the relationship between health expenditures and economic growth. Health indicators such as gross domestic product per capita, number of hospitals, number of physicians and number of hospital beds per 100.000 people were used in this evaluation.

Study has been prepared based on data for provinces in Turkey. Then, private expenditures and health expenditures analysis of Bilecik province was evaluated. The relationship between health expenditures and economic growth is explained.

Finally, the logarithm of the number of hospital beds, number of specialist doctors, number of dentists, number of nurses, number of health officers of 81 provinces and per capita gross domestic product of 81 provinces were used in the analysis. In this study, panel fixed effect model were used. The results are explained with the help of Eviews 9.0 package program.

Keywords: Health Economics, Health Expenditures, Economic Growth, Endogenous Growth Models, Bilecik Province

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
GRAFİKLER LİSTESİ	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1 Sağlık Ekonomisi Tanımı	3
1.2 Sağlık Ekonomisinin Temel Amacı.....	4
1.3. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı	5
1.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi.....	9
1.5. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi	11
1.6. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep	11
1.7. Sağlık Harcamaları	13
1.7.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı.....	13
1.7.2. Sağlık Harcamalarının Türkiye’ deki Gelişimi	14
1.7.3. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	15
1.7.3.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi	15

1.7.3.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Yükselmesi.....	16
1.7.3.3 Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	16
1.7.3.4. Teknolojik Gelişmeler	16
1.7.3.5. Şehirleşme	17
1.7.3.6. Yaşam Süresinin Uzaması	17
1.7.3.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişmeler	17

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ VE HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜMEYE ETKİSİ

2.1. Ekonomik Büyüme	20
2.2. Ekonomik Büyüme Etki Eden Unsurlar	21
2.2.1. Beşeri Sermaye	21
2.2.2. Sermaye Birikimleri ve Yatırımlar	22
2.2.3. Teknoloji Alanındaki Gelişmeler	22
2.2.4. Doğal Kaynaklar	22
2.2.5. Gelir Düzeyi ve Nüfus Artışı	23
2.3. Ekonomik Büyüme Modelleri	23
2.3.1. Klasik ve Neoklasik İktisat	24
2.3.2. Keynesyen Model	25
2.3.3. R. Harrod ve E. Domar	26
2.4. İçsel Büyüme Modelleri	27
2.4.1. Romer Modeli	28
2.4.2. Lucas Modeli	28
2.4.3. Barro Modeli	28

2.4.4. Grossman ve Helpman Modeli	29
2.5. Literatür Taraması	29
2.5.1. Olumsuz Etki Yaratan Analiz Sonuçları.....	30
2.5.2. Olumlu Etki Yaratan Analiz Sonuçları.....	31

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİLECİK İL'İNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN EKONOMİK ANALİZİ

3.1. Bilecik İli 'nin Genel Yapısı	36
3.2. Bilecik İlinin Tarihçesi	37
3.3. Nüfus	37
3.4. Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Harcamaları	38
3.4.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcaması	39
3.4.2. Özel Kesim Sağlık Harcaması.....	39
3.4.3. Türkiye'deki Genel ve Özel Sağlık Harcamalarının 2000-2017 Yılları Arasındaki Değişimi.....	39
3.4.5. Türkiye'de Hastane ve Hastane Yatak Sayısının İncelenmesi	42
3.5. Türkiye ve Bilecik İlin' de GSYH ve Kişi Başına GSYH	42
3.6. Bilecik İl'inde Sağlık Sektörü Yapısı	44
3.6.1. İldeki Sağlık Kurum ve Kuruluşları.....	44
3.6.2. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları	45
3.6.3. İl Sağlık Müdürlüğü	45
3.6.4. Bilecik Devlet Hastanesi.....	45
3.6.5. Bilecik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi.....	45
3.7. Bilecik İli Ekonomik Verilerle Analizi ve Değerlendirmesi	46

3.7.1. Bilecik İlinin 2000-2017 Yılları Arası Hastane ve Hastane Yatak Sayısı Değerlendirmesi	46
3.7.2. Bilecik İlinin 2000-2017 Yılları Arası Sağlık Personelleri Sayıları Değerlendirmesi.....	47
3.7.3. Bilecik İli 2007-2017 Yılları Arası Hastane ve Personel Rakamlarının Değerlendirilmesi.....	49
3.7.4. Bilecik İl'i 2007-2017 Yılları Arası Nüfusu, Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ve 100.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı	52
3.7.5. 2004-2017 Yılları Arası Bilecik İli Kişi Başı GSYH ve Hastane Yatak Sayısı.....	53
3.7.6. 2004-2017 Yılları Arası Bilecik İli Kişi Başı GSYH ve Hekim Sayısı	55
3.7.7. 2007-2017 Yılları Arası Bilecik İli Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı	56

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BİLECİK İLİ SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE KİŞİ BAŞI GSYH EKONOMETRİK ANALİZİ

4.1. Ekonometrik Analiz.....	58
4.2. Analiz Tahmin ve Sonuçları.....	59
SONUÇ	62
KAYNAKÇA	66

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AR- GE: Araştırma Geliştirme

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

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYH: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

KBGSYH: Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

KETEM: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

SB: Sağlık Bakanlığı

SHS: Sağlık Hesapları Sistemi

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü

R.G: Resmi Gazete

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Bilecik ve Türkiye'nin 2017-2018 Yılları Arasındaki Nüfus Oranları.....	38
Tablo 2: 2000-2017 Yılları Arasında Devlet ve Özel Sektör Harcamaları.....	41
Tablo 3: 2000-2017 Yılları Arası Türkiye Hastane Sayısı ve Hastane Yatak Sayısı.....	42
Tablo 4: 2004-2017 Yılları Arası Türkiye ve Bilecik GSYH ve Kişi Başına GSYH...	43
Tablo 5: Bilecik İli 1987-2000 Yılları Arası Kişi Başına GSYH.....	44
Tablo 6: Bilecik 2000-2017 Hastane ve Yatak Sayısı.....	47
Tablo 7: 2000-2017 Yılları Arasındaki Bilecik İli Hekim Sayıları.....	49
Tablo 8: 2007-2017 Yılları Arası Bilecik İli Hastane ve Personel Rakamları.....	51
Tablo 9: Bilecik İlinin 2007-2017 Yılları Arası Toplam Nüfus, Kişi Başına Hekim ve Hastane Yatak Sayısı.....	53
Tablo 10: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hastane Yatak Sayısı.....	54
Tablo 11: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hekim Sayısı.....	56
Tablo 12: 2007-2017 Bilecik Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı.....	57
Tablo 13: 2004-2017 Yılları Arası 81 İl İçin Sağlık Göstergeleri ve KBGSYH Panel Veri Analizi	60

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu	4
Grafik 2: Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi	6
Grafik 3: Sağlık Ekonomisinin Akım Tablosu.....	7
Grafik 4: 2000- 2017 Yılları Arasında Türkiye Genel ve Özel Sağlık Harcamaları.....	39
Grafik 5: 2000-2017 Bilecik İl'i Hastane ve Hastane Yatak Sayısı.....	46
Grafik 6: 2000- 2017 Yılları Arası Bilecik İli Personel Rakamları.....	48
Grafik 7: 2007-2017 Bilecik İl'i Hastane ve Personel Rakamları.....	50
Grafik 8: Bilecik İl'i Nüfusu 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ve 100.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı.....	52
Grafik 9: 2004-2017 Bilecik Kişi Başı GSYH ve Hastane Yatak Sayısı.....	53
Grafik 10: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hekim Sayısı.....	55
Grafik 11: 2007-2017 Bilecik İl'i Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı.....	56

GİRİŞ

Sağlık ekonomisi iktisat biliminin alt bir disiplini olarak değerlendirilmiş ve kabul görmüştür. Ekonomide, kıt kaynaklar ile tam bir çıktı elde edebilmek amacı her daim ilk kural olmuştur. Bireylerin ve toplumların sağlıklı olabilmesi için ülkelerin ekonomilerindeki büyümenin etkisi yadsınamaz bir özelliktir. Kişilerin sağlıklı olması dinamik bir toplum ortaya koymaktadır.

Sağlık ekonomisi kavramı, literatürde yeni bir kavram olmakla birlikte, sağlık ve sağlığa yapılan hizmetler insanlık tarihi kadar eski ve köklüdür. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, uygulanan teşvikler, yasal düzenlemeler kişi ve toplumların daha verimli ve kaliteli yaşam sürmelerine yardımcı olmaktadır. Sağlıklı olan kişi ve toplumların daha bilinçli, verimli, kaliteli olarak iş gücünde yer almaları, onların yeniliklere açık olmaları, keşif aşamalarında hızlı ve çözüm odaklı olmaları ekonomiye de katkı sağlamaktadır. Böylece, erken ölüm oranlarında da düşüşler olur, işsizlik azalır ve pozitif bir dışsallık etkisi ortaya çıkar.

Ekonomik olarak, ülkelerin büyümelerindeki önemli etkenlerden biri beşeri sermayedir. Kişilerin hastalık halinde olmamaları, fiziksel ve zihinsel açıdan iyi halde olmaları çalışma performanslarını etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerin, gelişmekte olan ülkelere nazaran kişi ve toplum sağlığına daha fazla önem verdiği söylenilebilmektedir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin geri planda kalması, bulaşıcı hastalıkların daha fazla yaygınlaşması, önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınamaması hem toplum sağlığının kötüleşmesine hem de ekonomilerinde bir gerilemeye sebebiyet vermektedir. Gelişmiş ülkelerde, sağlıklı bireyler ile beraber gelen bir büyüme olgusu karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı olan toplum daha verimli ve kaliteli çalışmakta, bu durum ülke ekonomilerinin büyümesine olumlu katkı sağlamaktadır. Fakat hastalık halinde olan kişi ve toplumların üretime tam destek olamamaları büyümeyi geriletmektedir. Diğer bir açıdansa, aile fertlerinin bu durumdan olumsuz etkilenmesine sebebiyet vermeleri, onların iş performanslarında bir gerileme yaşamalarına neden olmaktadır.

Ekonomik büyümenin beşeri sermaye, sağlık, eğitim gibi faktörlerle etkileşim içinde olması, ekonomistlerin dikkatini çekmiştir. Ekonomistler büyüyen ülke

ekonomileri ve sağlık, eğitim gibi unsurlar arasında analizler ve incelemeler yaparak bu sonuçları ekonomik modellerle ortaya koymaya ve açıklamaya şalışmışlardır.

Beşeri sermaye, sağlık ve ekonomik bŸyŸme arasındaki ilişkiyi açıklayan içsel bŸyŸme teorilerinde, iktisat biliminde yerini almıştır. Beşeri sermayeyi etkileyen, en önemli unsurlardan biri olan sağlık ve sağlığa yapılan yatırımlar içsel bŸyŸme modellerinde detaylı olarak analiz edilerek aşıklanmıştır. Genel olarak ortaya konulan sonuşlarda, ekonomik bŸyŸme ve sağlık harcamaları arasında pozitif bir etki olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlıklı toplumların ekonomik bŸyŸmeye olumlu katkı sağlamaları, aynı zamanda ekonomisi bŸyŸyen ve gelişen bir Ÿlkenin de sağlık alanında yaptığı yatırımları arttırması ve teknolojik gelişmelerle desteklemesi bireylerin refah seviyelerinde artış yaratmıştır.

TŸrkiye’de sağlık ekonomisi ve harcamalarının 1996 senesi ile başladığı söylenilebilir. Bu durum, ekonomide kendini kaynak tahsisi açısından ortaya çıkarmıştır. Kaynakların kim tarafından sağlanacağı, nereye harcama yapılacağı, hangi sosyal grupların bu hizmetlerden hangi oranlarda faydalanacağı gibi.

Çalışma 3 blŸmden oluşmaktadır. Birinci blŸmde, konuya daha hâkim olmamızı sağlayacak sağlık, sağlık hizmetleri gibi kavramlar aşıklanmıştır. Ardından sağlık ekonomisi ve sağlık harcamalarına detaylı bir giriş yapılmıştır. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler, TŸrkiye’de sağlık harcamaların ortaya çıkışı gibi tarihsel ayrıntılara yer verilmiştir.

İkinci blŸmde, sağlık harcamaları ve ekonomik bŸyŸme ilişkisinden bahsedilmektedir. Ekonomik bŸyŸmeyi etkileyen faktörler aşıklanmıştır, sağlık harcamaları ve ekonomik bŸyŸme arasındaki ilişkiyi temel alan içsel bŸyŸme teorilerinden faydalanılmıştır. TŸrkiye ve dŸnyadaki gelişmeleri kısaca özetleyen literatŸr taramasına da bu blŸmde yer verilmiştir.

ŸŸncŸ blŸmde ise, Bilecik ili hakkında bilgiler verilip, sağlık sektrŸ yapısı, sağlığa etki eden faktörlerin il bazında değerlendirilmesi gibi istatistiki tablolar ve grafikler oluşturulup aşıklanmıştır. Ardından, il kişi başi GSYH değerı ve 81 ilin logaritmasının alındığı sağlık göstergelerinin panel veri analizinde sabit etkili modeli ile analizi yapılmıştır. Son olarak ise, elde edilen ekonomik verilerin tahmini ve değerlendirmesi yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1 Sağlık Ekonomisi Tanımı

Sağlık hizmetleri, 224 sayılı kanunda şu şekilde tanımlanmıştır; kişi ve toplumların hem fiziki hem de mental olarak iyilik halinde olmaları, bu iyi (sağlıklı) durumu tehdit eden unsurlardan korunmaları, hastalık halinden kurtulabilmeleri için gerekli bakım ve tedavi hizmetlerinin sağlanması, fiziki ve mental engeli olan bireylere gerekli desteğin sağlanmasıdır (Resmi Gazete, 1961:2).

Sağlık ekonomisi ise, sağlık hizmetlerine ekonomi biliminin uygulanması olarak değerlendirilebilmektedir. Sağlık ekonomisinin gelişebilmesi ve başarılı olabilmesi diğer bilim dallarıyla ilişki içinde olmasına bağlıdır (Alpagun, 198:133).

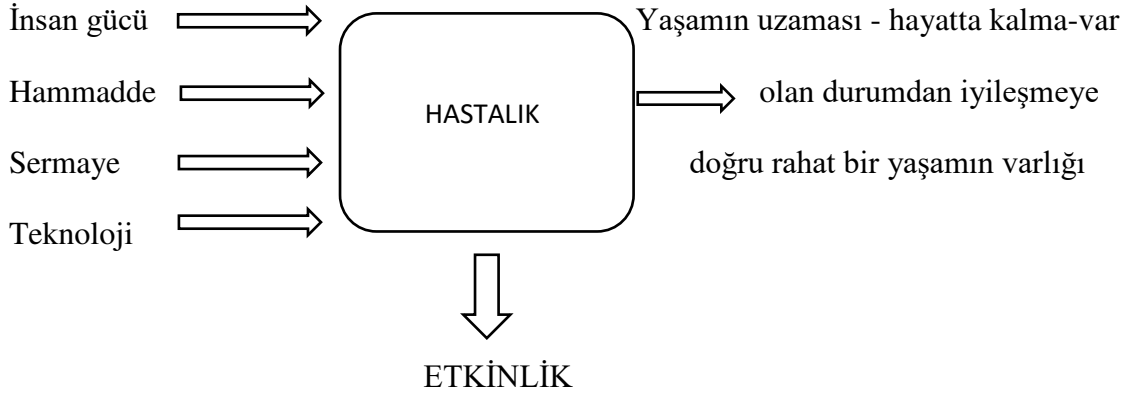
Mushkin (1958: 785), sağlık ekonomisini, hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin, eldeki kıt kaynaklarla doğru bir şekilde kullanılarak sosyal gruplar ve fertler arasında fayda ve maliyetlerinin dağılımını inceleyen ekonominin bir alt dalı olarak açıklamaktadır.

Tanımlardan yola çıkarak sağlık ekonomisinin en temel amaçlarının;

- 1- Toplumun hangi sağlık hizmetine, ne miktarda ihtiyacı vardır?
- 2- Bu sağlık hizmetleri kim tarafından ve ne şekilde (teknoloji, kaynak tahsisi) üretilmektedir ?
- 3- Sağlık hizmetleri kimler temel alınarak üretilmelidir? (Toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler hangi hizmetlerden ne ölçüde dönüş alabilecek ?) (Akdağ, 2012: 51).

İktisat bilim dalının alt dalı olarak sağlık ekonomisi ele alındığında, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların tahsisi ve geliştirilmesi, yüksek verimlilik alınması, yeni teknolojilerin tanımlanması, hasar ve kayıpların önlenmesi, maliyet-etkinlik ilkelerinin baz alınması gibi başlıklarda oldukça dikkat çekici bir alan olmaktadır. Sağlık ekonomisi uzun ve sağlıklı bir şekilde yaşamayı, ancak bunu yerine getirirken de kaynakların en etkin, verimli, ekonomik bir şekilde kullanılmasını hedeflemektedir. Bu süreç aşağıdaki şemada detaylı olarak belirtilmiştir (Işık, 1997: 9-10).

GİRDİLER



ÇIKTILAR

Grafik 1: Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu

Kaynak: Işık, 1997: 11

Sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakların tahsis edilmesi, bu kaynakların ihtiyaç sahipleri arasında dağılımı, etkin kullanımı şemada gösterilmektedir. Aslında kişi ve toplumların, hastalık halinde olmadan uzun ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarını idame ettirebilmeleri, ancak bunu yaparken de sağlık için ayrılan kaynakların en iyi şekilde kullanımı hedeflemektedir.

1.2 Sağlık Ekonomisinin Temel Amacı

Sağlık ekonomisinin temel amacı, ekonomide ki kıt kaynaklardan hareketle her türlü sağlık hizmetini üretmek için tahsis edilen kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Tokalaş, 2006:2).

1970'lerden sonra sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin içinde yer almaya başlamıştır. Ekonomi bilimi araştırmacılarının, sağlık alanına önem vermelerinin temel sebepleri;

Sağlık ve sağlık hizmetleri alanı çok hızlı bir şekilde gelişmektedir. Bunun sebebi olarak sağlığın ekonomi içinde tanımlanması gösterilebilir. Sağlık, gelenekselci yapısından sıyrılmış ve kazanç sağlayan piyasada kar elden eden önemli bir sektör haline gelmiştir.

Sağlık, teknolojik gelişmelere bağlı olarak istikrarlı ve düzenli bir şekilde gelişen, sağlık alanlarına yenilikler kazandıran sektör halini almıştır. Elde edilen kazanç olarak bakıldığında, sağlık ve sağlık hizmetlerinin değeri artmıştır. Sağlık ekonomisinden daha fazla söz edilmesi ve dikkate alınması, dünya ülkelerinde dikkatinden kaçmamış olup,

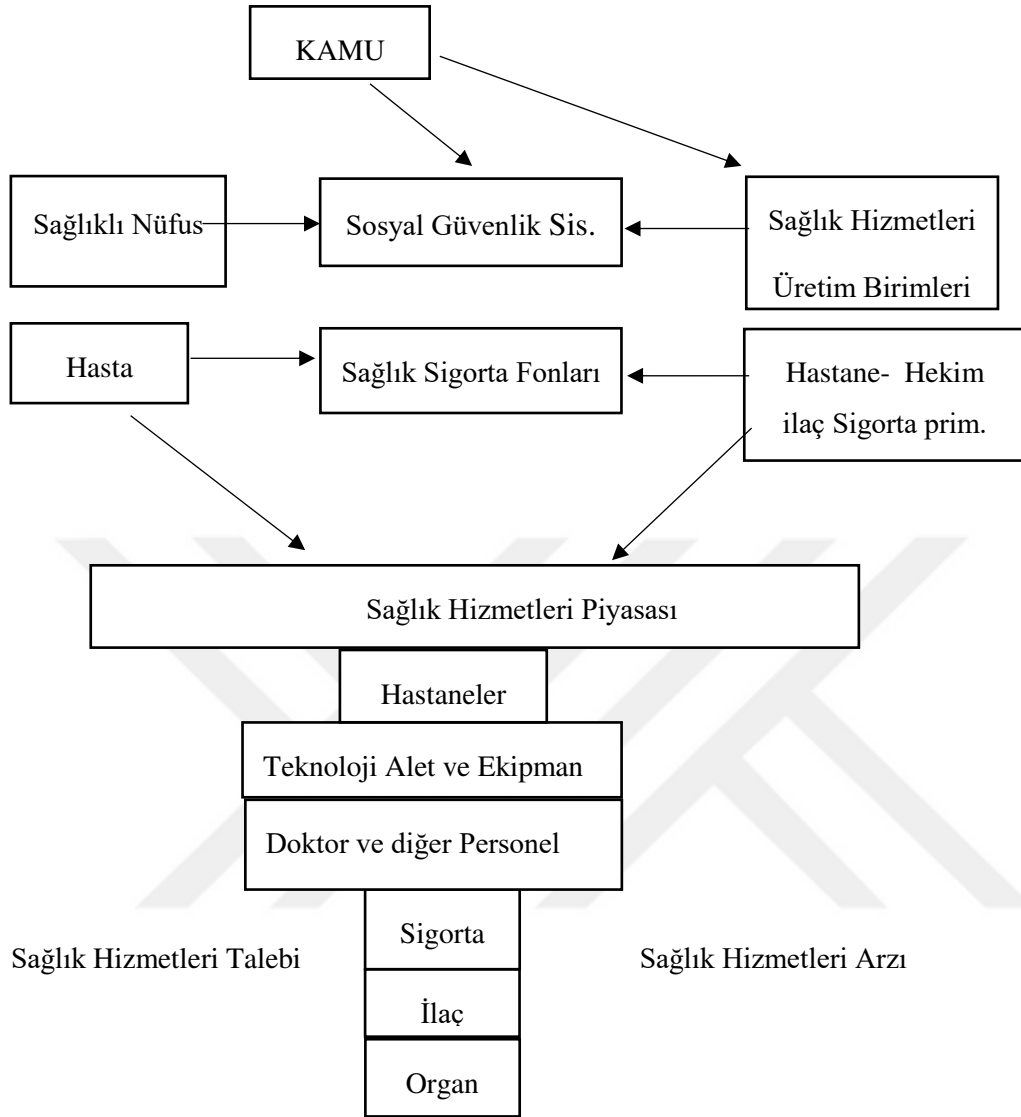
bütçeleri içinde sağlık hizmetlerine geniş pay vermelerine sebebiyet vermiştir (Ünal, 2013: 2-3).

1.3. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Sağlık piyasasına tahsis edilmiş kaynaklar veya üretim faktörleri (iş gücü, teknoloji, gayrimenkul gibi) ile kişi ve toplumlara yardımcı olabilmek için üretilecek olan hizmetin nasıl daha hızlı ve kaliteli olacağı en büyük ve önemli amaçlarındandır. Aynı zamanda bu hizmetlerin bireyler ve sosyal gruplar arasında nasıl daha iyi paylaşımı yapılabilir sorusuna da cevap aranmaktadır. Bakıldığında sağlık ekonomisinin genel amacının, sağlıkla ilgili üretilecek mal ve hizmetler ve bunların toplum içinde en iyi şekilde dağıtılması olduğu söylenilebilir (Çelik, 2011: 76).

Sağlık ekonomisinin ele almış olduğu kavramlar; fertleri ve halk sağlığını ilgilendiren sağlık düzenlemelerinin iktisadi neticesi, yasal düzenlemeler, etkin kaynak kullanımının öngörülmesi, bu alanda sunulan sağlık hizmetlerinin tüm toplum tarafından bilinirliğinin ve devamlılığının oluşturulmasıdır. Aynı zamanda buna uygun politikalar oluşturup bu alanlarda elde edilen verimliliğin artması için arz ve talep ilişkisinin yönetim, organizasyon, beşeri güç ile tekrardan yapılandırılmasıyla birlikte geliştirilmesini de kapsamaktadır (Çalışkan, 2008:32 ; Çoban, 2009:6).

Genel olarak sağlık ekonomisinin kapsamını yukardaki şekilde tasvir etmek mümkündür. Bu kapsamların içinde yer alan çalışmalarsa belirli bir düzen içinde gerçekleşmektedir. Bu duruma da sağlık ekonomisi denir. Sağlık ekonomisinin sistemi ve işleyişi hakkında bilgi veren şekil aşağıda yer almaktadır. Buradaki sistem, sağlık hizmetleri açısından talep ve arz karşılaştırması, işleyiş mekanizmasını, fiyat oluşumunu, finansman yöntemleri hakkında bilgi vermektedir (Işık, 1997:15).

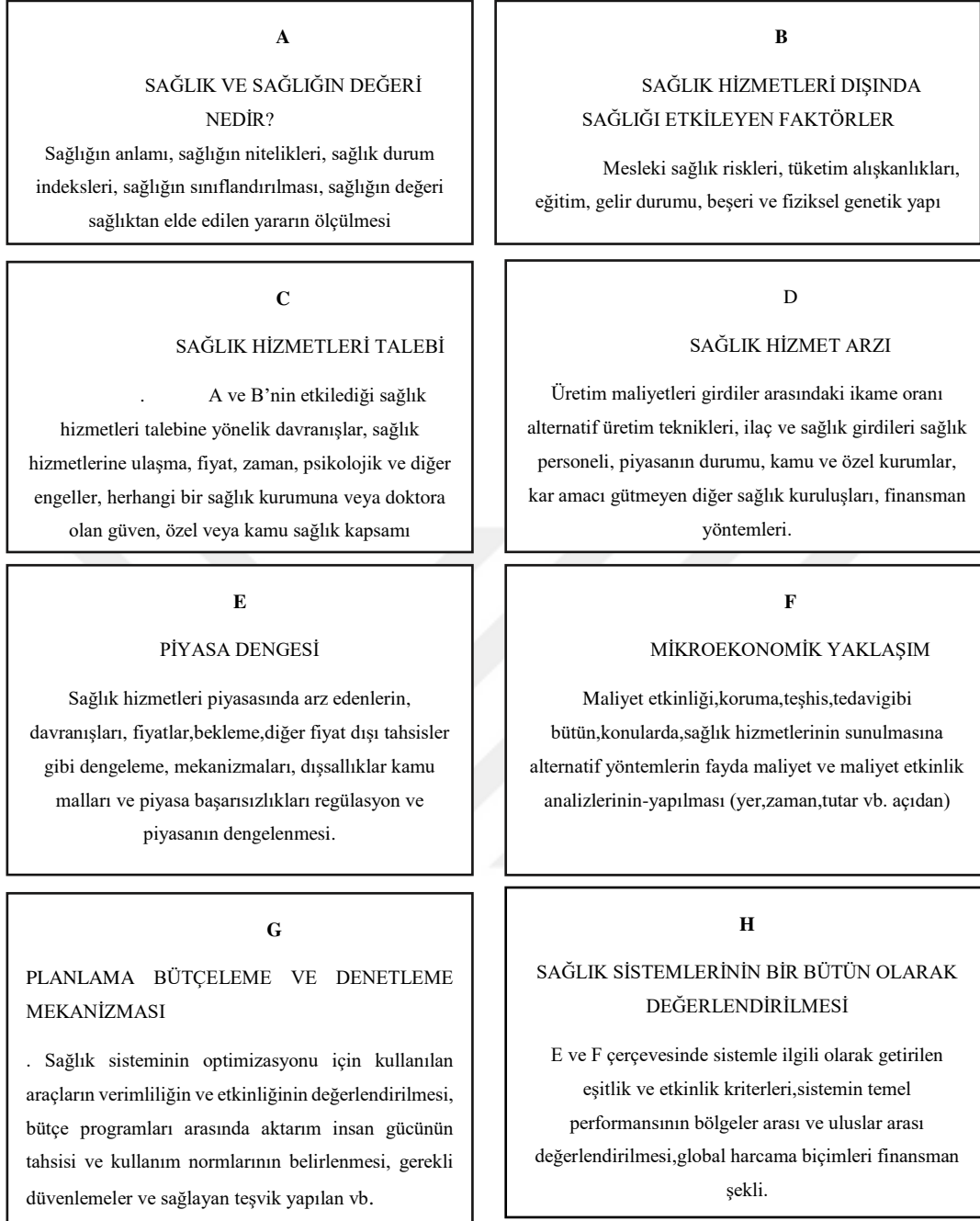


Grafik 2: Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi

Kaynak: Işık, 1997: 15

Yukardaki şekil Maynard tarafından oluşturulmuştur. Maynard aynı zamanda sağlık ekonomisi kavramının yapısını da geliştirmiştir. Fakat şeklin aslı Culyer ve Williams tarafından oluşturulmuştur (Mutlu ve Işık, 2012: 20).

Bakıldığında, sağlık ekonomisi kavramının tanımlanması ve açıklanması oldukça zordur. Culyer ve Williams tarafından oluşturulan fakat, Williams (1987)' ın geliştirmiş olduğu sağlık ekonomisinin yapısı, ana maddeleri ve bunlarla ilişkili durumları açıklayan akım tablosu aşağıda yer almaktadır. Bu konuya daha hakim olmamızı sağlayacak şekildir (Williams, 1987: 6).



Grafik 3: Sağlık Ekonomisinin Akım Tablosu

Kaynak: Tıraş, 2013: 133

Şekildeki A kutusunda; sağlık nedir, sağlığın değeri nedir gibi sorulara cevap aranmaktadır. Sağlığın etkilendiği dolaylı ya da dolaysız birden fazla etken vardır. Sağlık nedir, sağlığın nitelikleri, sağlık durum indeksleri, sağlığın değeri, sağlıktan elde edilen yararın ölçülmesi gibi konular burada incelenmektedir.

B kutusunda, sağlık hizmetleri dışında sağlığı etkileyen unsurlar açıklanmaya çalışılmaktadır. Kişilerin alışma şartlarından dolayı üstlenmiş oldukları riskler, genetik özellikleri, gelir düzeyleri, eğitim, beslenme alışkanları, beşeri ve fiziki sermaye faktörü, yaşam biçimleri, toplumdaki alkol, sigara, uyusturucu gibi zararlı alışkanlıkların düzeyi de toplumun sahip oldukları unsurlardandır. Bu unsurlar, sağlık hizmetleri dışında kalmasına rağmen sağlığı etkilemektedir.

C kutusunda, sağlık hizmetlerine olan talep nelerden etkilenir sorusuna cevap aranmaktadır. A ve B'nin etkilediği sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar, sağlık hizmetlerine ulaşma fiyat, zaman, psikolojik ve diğer engeller, herhangi bir sağlık kurumunu veya hekim hasta ilişkisinde güvenilirlik gibi konulara yer verilmektedir.

D kutusu, sağlık hizmetlerindeki arzı anlatmaktadır. Üretim açısından sağlık ve sağlığa yapılan hizmetlerden bahsedilmektedir. Kişi ve toplumun hastalık halinden çıkması için gerekli tedavi sağlandıktan sonra uygulanacak olan ilaç tedavileri, hekim sayısı, hem devlet hem de özel piyasa tarafından sağlık hizmeti veren kurumlar ve bunların gelir- gider tablolarından bahsedilmektedir.

E kutucuğunda, arz ve talep denkliğinden bahsedilmektedir. Sağlık ve sağlık hizmeti üreten kişi ve kurumların piyasadaki davranışları, bu davranışlar neticesi ile elde edilecek gelir, piyasadaki şartlar dolayısıyla oluşturulmak istenen fiyat aralığı, sağlık hizmetinden faydalanan kişiler ve sağlık hizmetlerini oluşturacak kurum/kuruluşlar harici gerçekleşecek fayda ve/ veya zararlar, tüm bu olguların piyasada kendiliğinden dengeye gelmesi gibi konular üzerinde yoğunlaşmaktadır.

F kutucuğunda, sağlık ve sağlık kavramının tümevarım şeklinden bahsedilmektedir. Hastalık halinde olan bireyler için teşhis ve tedavi yöntemleri, sağlıklarına kavuştuklarında bunun devam ettirilebilmesi için yapılması gereken işlemler, bu alana yapılacak yatırımlarda en verimli ve kaliteli elde edilecek projelerin seçimi, bu projelerin yaratacağı giderler, projelerden sağlanacak kazanç gibi değerler üzerinde çalışılmaktadır.

G kutusu, sağlık hizmetlerinin planlanması, gelir ve giderlerin belirlenmesi, sağlık kurum ve kuruluşları üzerinde bir kontrol mekanizmasının oluşturulması gibi önemli sorulara cevap aramaktadır. Sağlık alanındaki kaynakların en uygun şekilde ve kalitede kullanımı, bu alana yapılacak yatırımlar için indirimler, sağlık hizmetlerinden tüm

bölgelerin ve toplumun yararlanması için desteklenme girişimleri, yasal düzenlemeler gibi faaliyetler üzerinde durulmaktadır.

H kutucuğunda ise, ekonomi içinde sağlık ve yapılan hizmetler genel olarak tasvir edilmeye çalışılmıştır. Sağlık sisteminin başarısının; ülkenin tüm bölgelerinde ve hatta ülkelerarasında incelemesinin yapılması, bu konuda fikir alışverişlerinin olması, küresel olarak sağlık ve ekonomi gibi konuların gündeme gelmesi, tüm dünya ülkelerinde bu konuya eğilimin artması olarak belirtebiliriz.

Özetlemek gerekirse, sağlık ekonomisi sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm konu ve uygulamaları içine almaktadır (Tıraş, 2013:131).

Williams tarafından oluşturulan bu tablo, sağlık ekonomisini kavram yönünden anlamayı kolaylaştırmakla beraber sağlık ekonomisinin asıl uygulama alanları hakkında da bilgi sahibi olmamızı sağlamaktadır (Çalışkan, 2008:32).

1.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinin gelişim sürecindeki ilk basamağının, Amerika Birleşik Devletlerindeki üniversitelerde ders olarak işlenmeye başlanması ile olduğu kabul edilmiştir. Bu süreç 2. Dünya Savaşından sonra 1950 yıllarını kapsayan bir süreçtir. (Mutlu ve Işık, 2012: 15) Sağlık sektöründe günden güne daha fazla kaynak kullanımı, sağlık sektörünün önemi ve gelişimini etkilemiştir (Tutar ve Kılınç, 2007: 34).

Aslında sağlık ekonomisi alanının gelişim süreci, çoğu araştırmacının da benimsediği gibi, 1958’de S.J.Mushkin tarafından ele alınan ‘Toward a Defination of Health Economics’ başlıklı çalışması ile başlamaktadır. Bu çalışmasında sağlık ekonomisinin ne olduğu açıklanmaya ve tanımlanmaya çalışılmıştır (Mushkin, 1958:785). Mushkin makalesinde, sağlık alanındaki teknoloji kullanımının artması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında ortaya çıkan maliyet konusuna dikkat çekerek, bu konuda ki ilk sistemli verilere çalışmasında yer vermiştir. Ayrıca sağlık alanında fiyat ve piyasa benzeri terimlere de yer vermiştir (Tatar, 2009: 2).

Kenneth J. Arrow tarafından 1963 yılında ele alınan “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care” adlı çalışma ise sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada, sağlık hizmetlerinin sunumu, kimler tarafından ne ölçüde dağıtılacağı gibi toplum sağlığı ve sağlık politikaları üzerine değerlendirmeler yapılmıştır. Makalede, kamu ve özel sektör arasındaki ilişkiden de

bahsedilmiştir. Sağlık çıktılarının ekonomide özel kesim aracılığıyla daha iyi sunulabileceği, negatif bir etkinin oluşması durumunda ise kamu kesimi destek ve teşvikleri ile yeniden düzelenebileceği açıklanmıştır (Savedoff, 2004: 139).

Arrow'un 1963 senesinde ele almış olduğu bu çalışmasından önceki bilgiler, sağlık hizmeti kuruluşları tarafından, gündemde olan sorunları açıklamak için yazılmıştır.

Sağlık ekonomisinin yapı taşlarından birisi olan “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, Grossman tarafından 1972 senesinde yayımlanmıştır (Çoban, 2009:9). Grossman çalışmasında, sağlığı çıktı üreten dayanıklı bir sermaye stoku olarak görmektedir. Diğer insan sermayesi biçimlerinden farklı olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı kişi ve toplumların başlangıç stokunu aldıklarını, sağlıkta kişilerin ilerleyen yaşları ile birlikte değer kaybına uğradığı vurgulanmıştır. Sağlığa yapılacak yatırımlar ile birlikte daha yüksek verim alınabileceği söylenilebilir (Grossman, 1972: 240).İlk toplumlar arası konferans 1973’ te düzenlenmiştir (Karabulut, 1998: 28).

Türkiye açısından sağlık ekonomisi kavramı, ilk kez 1989 senesinde dikkate alınmaya ve araştırılmaya başlanmıştır. Price Waterhouse’nin Devlet Planlama Teşkilatı için hazırladığı Master Plan Etüdü’nünse ilk çalışma olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışması süreci sonrasında,

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında ki yenilikler yoğun bir şekilde ilk sıralarda konuşulmaya başlanmıştır.

1993 yılında, Türkiye’deki içeriği en geniş sağlık politikası dökümanı yayınlanmıştır. Bu çalışma sağlık hizmetlerinin kimler tarafından dağıtılacağı ve finansman kaynakları, 1.basamakda aile hekimliği sistemini içeren ayrıntılı bir reform paketidir. Hastanelerin serbest piyasa da rahatça hareket edecekleri rekabet ortamı kurulması, topluma GSS (Genel Sağlık Sigortası Kanunu) ile güvence vermekte çalışmanın maddeleri arasında yer almaktadır (Yılmaz, 2012: 37-38).

GSS resmi gazete de 5510 sayılı hüküm ile yer almaktadır. Bu hükmün 2.maddesine göre, birey ve toplumu meydana getiren insanların sağlıklarının sakınılması, hastalık halinde olmaları durumunda ise bu hastalık halinden kurtulmalı için gerekli finansman desteğinin sağlanması olarak açıklanmıştır (Resmi Gazete, 2006:3).

GSS' nin hedefleri arasında, kişilerin hastalık durumunda olmamaları, bu durumla karşılaşılması halinde hemen müdahale edilmesi, gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması, sürdürülebilir sağlık için destekleyici tedavi hizmetlerinin uygulanması söylenebilir (Sülkü, 2011: 29).

İktisat biliminin alt dallarından biri olan sağlık ekonomisinin gelişme sürecindeki büyük önem arz eden durumlardan biri de, toplumların çoğunda bu alanda kullanılacak olan kaynakların artmış olmasıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaynak tahsisi ve kullanımında ki artışlar dikkatlerden kaçmayacak oranlardadır. 1980 yılı sonu itibariyle sağlık harcaması adı altında yapılan giderlerde ani ve süre gelen bir yükseliş olmuştur. Bu yükseliş var olan kaynakların ilk olarak nereye aktarılacağı, nasıl kullanılacağı ve çözüme kavuşturulacağı noktasına dikkat çekmiştir. Aslında sağlık ekonomisi alanı hastaların karar alma süreçlerinde onlara yardımcı olmayı hedeflemekte, tükenmekte olan kaynaklar için kanıtlı datalar sunmayı amaçlamaktadır (Tatar, 2009: 2).

1.5. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi

Arz ve talep denkleğinde, sağlık piyasası için bu denkleğin oluşumunu, güncel durumunu ve gerçekleşen yenilikleri açıklayan mekanizmaya sağlık ekonomisinin işleyiş sistemi denilmektedir. Dolayısıyla sağlık ekonomisinin işleyiş ve sistemini sağlık hizmetlerindeki arz ve talep durumu açıklamaktadır. Bu noktada işleyiş diğer piyasalarda olduğundan daha farklıdır (Kılıç, 2008: 17).

Kişilerin sağlıklarını kaybetmeleri ve bunun için sağlık hizmeti talep etmeleri ya da sağlıklarını kaybetmemek için korunmaları, kendi iradeleri ile ilaç alma ve sağlık kurum/ kuruluşlarına gitme durumları sınırlıdır. Kişiler sadece kendi hastalıkları ile ilgili alanda mesleki yeterliliğe sahip doktorun, kanıtlanmış bilgilerle kendisine yardımcı olmasını bekler. Doktor ise, kanıtlanmış veriler ışığında hastasına yardımcı olacak tedaviyi belirler. Bu aşamada hastanın geliri, tedavi masrafı göz önünde bulundurulmamaktadır. Tek gaye hastanın talebinin olabildiğince hızlı ve dâhili kadar yerine getirilmesidir (Tıraş, 2013:137).

1.6. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep

Arz, Say Yasasına göre, 'Her arz kendi talebini yaratır'. Bu kural iktisat edebiyatında önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca sağlık ekonomistleri tarafından da genel kabul görmüş bir durumdur (Serin ve Çakıcı, 1990: 18).

Sağlık hizmetini sunacak olacak hekimler olmak üzere bilgili, deneyimli insan gücüne, kurum ve kuruluşlara ihtiyaç vardır. Hekimlerin teknoloji, makine ve teçhizat, ilaç gibi destekleyici unsurlar ile sağlık çıktılarını sunabilecekleri, bu çıktılara ihtiyacı olanlarında gerekli isteği doğurabileceği ortamın olağan olarak düzenlenmesi gereklidir (Sargutan, 2005: 405).

Sağlık ekonomisi alanında, üretilecek olan mal veya hizmetlerin kişi ve toplum sağlığını korumayı, sürdürülebilir olmasını gerektirir. Sağlık piyasası diğer piyasalar ile bu noktada ayrılmaktadır. Burada belli sağlık kurum ve kuruluşları tarafından hizmet sunulması, ülke ve ülkelerarası tekelleşmenin varlığı, belirlenen fiyatların ve alanda alınacak patent için kanuni kısıtlamalar en net ayrışmalar olarak açıklanabilir (Mutlu ve Işık, 2012: 96).

Hastalık halinde bulunan bireyler bütçelerine veya beğenilerine göre sağlık hizmeti almazlar. Sağlık halinde olmayan kişiler, bu durumdan kurtulup eski sağlıklı günlerine geri dönmeyi talep ederler ve bunun için tedavi görürler. Daha az bir bedel ödeyip biraz iyileşeyim diye düşünmezler. Mesela, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki yatak rakamlarındaki artış bunlarda doluluk olacağını gösterir. Elbette yatak sayısındaki artış, kişilerde rağbeti arttırmayacaktır. Sadece muayene sonucu hastalıklı halde olan kişilerin hekim öngörüsü ile yatışlarının sağlanması ile oluşacaktır (Serin ve Çakıcı, 1990: 17-18).

Genel olarak piyasada işletmeler kar amacı gütmekten hizmet arz etmezler. Fakat bu kural sağlık hizmetleri piyasasında tam tersidir. Belirli bir kar marjını düşünerek hareket etmeyen birçok devlet kamu kurum ve kuruluşu, kamu destekleri ilk sırada olmak üzere başka yardım ve desteklerle eylemlerini devam ettirmektedirler. Bu şekilde de kar paylarının çok daha altında sağlık hizmeti sunumu yapmaktadırlar (Günaydın, 1994: 30).

Sağlık isteği ise Grossman tarafından şu şekilde ifade edilmektedir. Birey sağlık ve sağlık hizmetlerini hastalık halinde veya kendisini daha iyi, verimli hissetmek için ister. İkinci olaraksa sağlığı bir yatırım aracı olarak görür ve talep eder. Yani bireyin sağlığa ayırmış olduğu pay, aslında onun hastalık halindeyken kaybetmiş olduğu verimli ve üretken zaman diliminin bir telafisi olarak açıklanır (Öztürk Yaprak ve Ecevit, 2019: 3).

Sağlık ekonomisinde talep ise, istikrarlı, süre gelen ve öngörülebilir bir durum değildir. Koruyucu tedavi hizmetleri hariç, sunulan sağlık hizmetlerinde bireyler hastalık halinde olmaları durumunda istekte bulunurlar. Bu sebeptedir ki, bireylerin genelde sağlık giderleri diye bütçelerinde bir ödenek yoktur. Sağlık halinde olmayan bireyler giderlerini birikimlerinden veya diğer masraflarından kısarak karşılarlar.

Kişilerin sağlık ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları, gerektiği kadar personel, gerektiği kadar hastane ve yatak, kaynakların etkin kullanımı taban alınarak oluşturulmalıdır. Üretilcek mal ve hizmetlerin bireylerin ihtiyaçlarını optimize etmesi ancak altında veya üstünde kalmaması gerekmektedir. Böylece, sağlıklı olmayan birey ivedilikle hizmetini alarak üretken, verimli çalışma hayatına dönüş yapabilir (Serin ve Çakıcı, 1990: 14-15).

Ekonomide ki arz edilecek hizmetin talep edilecek hizmeti karşılaması durumda da denge noktası oluşmaktadır (Yaylalı, 2004: 44).

1.7. Sağlık Harcamaları

1.7.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı

Ülkelerin sağlıklı toplumlara sahip olabilmesi için ekonomilerinin güçlü ve sürdürülebilir olması gerekir. Sağlıklı bir toplum içinde, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını giderecek sağlık hizmetlerinin takdim edilmesi gerekmektedir. Bu sağlık hizmetleri sırasında yapılan giderlere ‘sağlık harcaması’ denilmektedir.

Yalnızca kişiler hasta olduklarında değil, aynı zamanda sağlıklarını koruma amaçlı (cinsel hastalıklar, aşı) harcamalar, kişilerin beslenme alışkanlıkları da sağlık harcamaları başlığı altında toplanmıştır (Akın, 2007: 28-29).

Sağlık alanında çalışan araştırmacıların yaptıkları çalışmalarda ki en önemli sorunun, nelerin sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir. Sağlık hizmetlerinde tedavi edici ve koruyucu işlemlerin dışında, yakın dönemde giderek artan sorulardan biri de bakım – kozmetik işlemlerinin de sağlık harcaması adı altında toplanıp toplanamayacağıdır. Saç ekimi, cilt bakımı, fazla yağlarından kurtulma, masaj, eğlen-dinlen aktiviteleri’ nin sağlık harcamaları adı altında yer almalı mıdır sorusuna henüz netlik verilememiştir (Tokalaş, 2006: 25).

Kişilerin sağlıklarını kaybetmeleri durumunda gelişmiş teknolojiler kullanılarak hastalıkların tedavi edilmesi, bu sebeple sağlık hizmeti ve harcaması alanlarına daha fazla kaynak ayrılması toplumların sağlık göstergelerinin daha gelişmiş olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla sağlık ve ekonomi arasında karşılıklı bir ilişki olduğu söylenebilir (Tıraşoğlu ve Yıldırım, 2012: 111).

Beşeri sermaye kuramının, iş gücünün ekonomiye yaptığı katkı ile sağlık giderleri aynı zaman da yatırım giderleri olacakta tanımlanmaktadır. Bu sebeple ülke ve ülkelerin kalkınmışlık düzeyleri ile sağlık giderleri arasında bir bağlantı olduğu söylenebilir (Ünal, 2013: 113).

Gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerin sağlıkla ilgili mevcut durumlarına bakıldığında salgın hastalıkların gelişmemiş ülkelerde daha fazla görüldüğü söylenilebilir. Aslında ülkelerin kendi ve çevre toplumlar için yapacak oldukları bu sağlık harcamaları, mevcut toplum için yararlı olacaktır. Böylece de yeni jenerasyonun sağlıkla ilgili problemlerinde azalmalar olacaktır (Muskin, 1962: 132).

Sağlık ve sağlık harcamalarına yapılan yatırımlar ve verilen önem, kişi ve toplumların daha verimli, kaliteli bir yaşam sürdürmelerini destekler. Kamu alanında optimum kaynak kullanımı ve kaynak tahsisinin dengeli dağılımı çok önemlidir. Bu noktaların dikkate alınması ile erken ölüm rakamlarında düşüşler olur, işsizlik azalır, kişilerin sağlıklı olmaları ile pozitif bir dışsallık yayılır. Toplumların hastalık halinden çıkarılmaları, sağlıklı bireyler demektedir. Sağlıklı birey ve toplumlarla birlikte üretim kapasitesinde artışlar olur. Ve bu durum ekonomik büyümeye zemin hazırlar (Karabulut, 1999: 139-140).

1.7.2. Sağlık Harcamalarının Türkiye’deki Gelişimi

Türkiye’de ilk sağlık harcamaları araştırması 1996 senesi ile 1998 seneleri arasında yapılmıştır. Bu araştırma, sağlık hizmetlerindeki kaynaklar ve ne kadar oldukları, kaynak aktarımı yapan kurum ve kuruluşlara ve bağıntılarına göre düzenlenmiştir (Yılmaz, 2012: 37-38).

İlk milli sağlık giderleri değerlendirmesi, 1999 senesi ve 2000 seneleri arasında yapılmıştır. Bu hesaplama yapılırken OECD (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) mensubu devletlerin yararlandıkları Sağlık Hesapları Sistemi (SHS)’den faydalanılmıştır.

Sağlıkla ilgili giderler, 2001 takvim yılı ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından derlenmeye başlanmıştır. Ayrıca Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından da süre gelen bir veri analizi süreci olmuştur. Fakat ayrı yıllardan ayrı kaynaklardan elde edilen veriler olmaları sebebiyle sonuçlar arasında da değişkenlikler göze çarpmaktadır (Çelik, 2011: 63).

Sağlık giderleri iktisadi büyümeyi ve üretkenliği arttıran bir olgudur. Kişi ve toplumların sağlıklarına önem vermesi, sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlık giderleri kaleminde artışlar yaratmaktadır. Bu durum, kişilerin yaşam sürelerinin uzamasını ve iş gücü üretkenliği kalitesini desteklemektedir. Türkiye’de sağlık giderleri Sağlık Bakanlığı (SB) aracılığıyla yürütülmektedir (Temür ve Bakırcı, 2008: 265).

Mevzuatın 56.hükmü ile SB, sağlık ve sağlıkla ilgili kararların alınması, uygulanması, kanuni gerekçelerin belirlenmesi, sağlık harcamalarının yürütülmesi ve organize edilmesi ile görevli kuruluştur. Dr. Adnan Adıvar Türkiye Cumhuriyetinin ilk Sağlık Bakanı’dır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 98-249).

1.7.3. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği söylenebilir. Hansen, King (1996) atfen, Akın (2007) bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamaların büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının nedenlerinin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır.

Yapılan pek çok araştırma gösterir ki, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının sebepleri ortaktır. Bu sebepler; ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel etmenlerdir (Akın, 2007: 31).

Ayrıca sağlık giderlerinde ki yükselişlerle, hastalık halinde olmayan kişilerin geleceğe hazırlanması, artması, üretkenlik artışı ve dolayısıyla büyümede artışlar gerçekleşecektir (Kılıç ve Özbek, 2018: 372).

1.7.3.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin milli gelirlerinde meydana gelen artış, kişi başına gelirden bir artış yaratmaktadır. Bu durum hem kamu hem de özel kesim tarafından verilen, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Fertlerin ve sosyal grupların günden güne sağlık ve eğitim-öğretim alanlarında kendilerini geliştirip, iyileştirdikleri bir gerçektir.

Dolayısıyla fertlerin bilinçlenmesi, keyifli ve huzurlu ömür sürmek istemeleri sağlığa ragbeti artırmakta, sonucunda da sağlık alanındaki giderler artmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:217).

1.7.3.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Yükselmesi

Birey ve toplumlarda sağlık dimağının artması ve insan sağlığına daha fazla önem verilmesi ile hizmet istekleri artmıştır. Bu sebeple sağlık turizminin ön plana çıkması sağlık göstergelerinden biri olmuştur. Bilimsel ya da estetik olarak yüksek fiyatlı olmayan fakat nitelikli, kendilerini güvende hissedecekleri hizmet alımlarına sağlık turizmi denir. Sağlık turizmi yolculukları yaşanan ülkelerde, sağlık hizmeti ihtiyaçları artacak ve ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır (Öner, 2018: 25).

1.7.3.3 Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Globalleşme ile birlikte yeni oluşumlar değer kazanmaya başlamıştır. Ülke ve ülkelerarası iktisadi, sosyo-ekonomik, kültürel değerlerdeki yenilik olgusu sağlık hizmetlerinde de kendisini göstermiştir.

Tüketim toplumlarında ortaya çıkan yenilik ve gelişmeler ekonomik büyümeye katkı sağladığı gibi, aynı zamanda ekonomilerden götürüleri de olmuştur. İş gücü kaybı, geliri düşük kesimlerde artış, adaletsizlik gibi olgular eğitim ve sağlık giderlerinde artışlara sebep olmuştur. Kişi ve toplumların artan nüfus ile sağlık alanına daha fazla yatırım yaptıkları gözlemlenmektedir (Alu, 2018: 3).

1.7.3.4. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık sektörü alanında teknik bilimin hızla gelişimi ve alanının büyümesi, bu teknolojilerin sağlık alanında uygulanması, sağlık alanında ortaya çıkarmış olduğu harcamalar ülkelerarası küresel bir sorun halini almıştır (Yiğit ve Erdem, 2016: 223).

Sağlık çıktısı sunumunda önemli etkenlerden biri haline gelen teknolojik gelişmeler ve harcamalarının durumunu şu şekilde ifade edebiliriz.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, bu alanda kullanılacak olan teknik makine ve teçhizat alımı, bunların kullanımı gider artışlarına sebep olmaktadır. Teknik bilimdeki kayda değer gelişmelerin takip edilmesi, bunların ülke içinde kullanılacak sağlık kurum/ kuruluşlarının bilgilendirilmesi gibi etkenler ekonomi içindeki sağlık giderlerinin artmasında başlıca rolü oldukları söylenebilir. Bu sebeptir ki, kıt kaynakların daha

verimli ve üretken bir şekilde kullanılabilmesi için piyasadaki belirleyicilerin değeri gün geçtikçe artmaktadır (Balçık ve Şahin, 2013: 122-131)

1.7.3.5. Şehirleşme

Ekonomik büyüme beraberinde sanayileşmeyle gelmiştir. Sanayileşme ile beraber kişiler çalışma hayatında rol almaya başlamış ve giderek beraber yaşamaya başlamışlardır. Bu durum sağlık harcamalarının artmasına sebebiyet vermiştir.

Şehirleşmenin olduğu kesimlerde sağlık kurumlarının, donanımların, ilacın, teknolojik gelişmelerin kesinlikle daha kolay elde edilebilir olması gerekmektedir. Aksi halde, yaşanan bir salgın hastalık kısa sürede büyük bir kitleye ulaşarak kötü sonuçlarla karşılaşmamıza sebebiyet verebilir (Taşkın, 2011: 88).

1.7.3.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Kişi ve toplumların daha kaliteli yaşam sürmeleri, teknolojik gelişmeler ve ilaç sektöründe ki büyüme yaşam sürelerinin uzamasına katkı sağlamıştır. Diğer bir açıdan, yaşlanan nüfus için, sunulan bakım ve tedavi masrafları sağlık harcamalarını artırmaktadır (Yanar, 2011: 24).

1.7.3.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişmeler

Demokrasinin hâkim olduğu ve yaygınlaştığı coğrafi bölgelerde, bireyler ve sosyal gruplar beklentilerini ve gereksinimlerini çekinmeden ve kolaylıkla ifade etme özgürlüğü ile tanışmışlardır. Sistemde kolaylıkla söz sahibi olan yüksek gelir dilimindeki halk kitlesi, siyasi karar alma mekanizmalarına tesir etmişlerdir. Söz konusu gelişim ve etkileşim ile birlikte devlet giderlerinde artışlar meydana gelmiştir. Kalkınmaları henüz bitmemiş olan ülkelerde yaşanan olaylar ve gelişmeler sunulan hizmeti arttırıp çok yönlü olarak gelişmesinde katkı sağlamıştır (Mutlu ve Işık, 2012:223).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ VE HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜMEYE ETKİSİ

Ekonomik Büyüme; Gayri safi yurtiçi hasılanın daha önceki yıla oranla yüzde değişimi olarak tanımlanır. Belirli bir ekonomide o dönemde üretilen mal ve hizmet miktarının, artış ve azalışı değerlendirilmektedir (Uzunoglu ve Sonmezler, 2013: 87). Bununla beraber teknolojik gelişmeler araç- gereç alımı yapılması, diğer kaynaklardaki artışlar ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilemektedir (Parasız, 2000: 8).

Sağlık sektörü; Sağlık alanında üretim, dağıtım ve sunum yapan kurum ve ortaklıkların yine bu alanda kişilerin hastalık halinden kurtulması, bunun için gerekli hizmetin sunulması ve bu hastalık halinin süreklilik arz etmemesi için gerekli uğraşları verdikleri piyasadır (Ersöz, 2008: 96).

Kamu ve özel sektör tarafından sağlıkla ilgili yapılan harcamaların tümüne ise sağlık harcaması denir. Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz edebilmek için sağlık kavramını açıklamamız gerekir. Sağlık sadece hastalıkların yokluğu değil, aynı zamanda kişilerin yaşam süreleri boyunca yapabilecekleri şeyleri keşfetme yeteneği olarak tanımlanabilir (Boz ve Aslan, 2018: 3).

Ekonomik büyümenin etkenlerinden biride sağlıktır. Ekonomik büyüme ve sağlık arasında sürekli bir ilişki vardır. Sağlık alanına yapılan tüm alet ve edevat alımı, hem teknolojik gelişmeye katkıda bulunmaktadır hem de ekonomik büyümede bir artış yaratmaktadır (Demirgil, Şantaş ve Şantaş, 2018: 390- 391). Örneklendirmek gerekirse, hem ruhsal hem de maddi olarak sağlıklı ve keyifli kişilerin, sağlıklarını kaybetmiş kişilere oranla çok daha fazla ekonomiye destek verdikleri görülmektedir (Sever ve İğdeli, 2019: 247).

Kişi ve toplumların üretkenlikleri ve ekonomideki gelişmeler sağlığı etkileyen olgulardır. Piyasanın kötüleştiği zaman aralıklarında, kişilerin sağlığı fazlasıyla önem arz etmektedir. Bu noktada olumsuz durumlar çok risk teşkil eder. Hastalık halinde basit ve fiyat aralığı düşük işlemlere yönelme, kişilere anlık iyi bir durum sunabilir sonrasında ise bu işlemler dikkate alınmayarak kaynak aktarımı yapılmayan alanlar halini almaktadır.

Dolayısıyla sağlık alanında koruyucu ve tedavi edici işlemler zorunluluk halini almaktadır (Sayım, 2017: 15).

Sağlık kavramı, iş gücünün içerisinde yer almakta ve iktisadi büyümenin ölçülerinden biri olarak kullanılmaktadır. Halk sağlığı kavramı ile ülkelerin gelişmişlikleri arasında paralel bir bağ bulunur. Ekonomisi ileri düzeyde olan ülkeler sağlık problemleri sebebiyle beşeri sermayelerinde yüksek oranlarda gerileme yaşarlar ve bu gerilemeyi az gelişmiş ülkelere oranla daha sert hissederler. Bireylerin sağlıklarında ki iyileşme ile ekonomideki kayıp telafi edilebilir, fakat sağlık hizmetlerinin dönüşü çoğunlukla kısa vade de değil uzun vade de alınır. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar ekonomide büyüme sağlarken, büyüyen ekonomi de sağlık hizmetine yapılan yatırımların tekrar artmasına neden olmaktadır (Demirgil, Şantaş ve Şantaş, 2018: 391).

Sağlık, iş gücü yani beşeri sermayeyi doğrudan etkilemektedir. Ülke ve ülkelerarası yeni teknik ekiplerin tanımlanması, alımı, öğrenilmesi, kullanımı gibi olgular beşeri sermayenin bir gücü olarak ifade edilebilir. Aslında beşeri sermaye, yeni makine ve teçhizat alımlarında/ keşfinde, kullanımında, bu bilgilerin piyasaya aktarılmasında önemli bir faktördür. İş gücünün bu belirtilen durumları yerine getirebilmesi de sağlık kavramı ile bağlantılıdır. Eğer bu şekilde bir ilerleme olursa, üretkenlik artacak kaliteli çalışmalarla yeni kazanımlar elde edilip, büyümeye katkı sağlayacaktır (Şimşek ve Kadılar, 2010: 120).

Beşeri sermaye denince; kişinin ilim öğrenmesi, becerileri, tecrübeleri akla gelmektedir. Birey ve toplumların kendi kendilerini yetiştirmeleri, sektörde var olmaları, çalışıp iş gücüne katılmaları demek ileri ekonomide verimlilik ve üretimin artması demektir. Fakat kişinin eğitim alıp çalışabilmesi için hem fiziki hem de zihinsel olarak sağlıklı olması gerekmektedir. Sağlık, kişi ve toplumlarda üretkenlik ve kaliteli bir iş gücü anlamına geldiği için, beşeri sermayenin içerisinde yer alabilir. Sağlık beşeri sermayede dışsalılık etkisi de yaratmaktadır. Örneğin, bir ailede hasta varsa, diğer kişiler hem ruhsal olarak etkilenecek hem de zaman ayrılması gerektiği için üretime yaptığı katkıdan tam verim alınamayacaktır.

Ayrıca sağlık harcamaları da sağlığa yapılan bir yatırım olarak değerlendirilir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan pay her dönem giderek artmışır böylece kişi ve toplum sağlık konusunda bilinçlendirilmiş ve verimlilik artışı

gözlemlenmiştir. Sağlık ve sağlık harcamalarındaki artış iktisadi büyümeyi de olumlu yönde etkilemiştir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 58-61) .

2.1. Ekonomik Büyüme

Türkiye’deki iktisadi büyüme şekli; bölgesine, piyasadaki kamu ve özel sektör konumu ve genişliğine, tasarruf ve yatırımla ilgili giderlere göre artış azalış ifade etmektedir (Savaş, 1971:105).

Ekonomik büyüme ile ilgili ekonomistler tarafından birçok tanım yapılmıştır. Büyüme; ülkedeki üretim artışının milli gelire yansımaları ile kişi başına düşen gelir seviyesinin geçen seneye kıyasla artmış olması olarak açıklanabilir. Büyümeyi etkileyen olgulardan; insan gücü, sermaye, teknoloji alanındaki düzenlemeler ve doğal kaynakların kullanımının doğurduğu yükselişler, milli gelirin nüfusa oranında süre gelen artışa neden olması ülkenin büyüdüğünün göstergesidir.

İktisadi büyümenin kaynaklarının neler olduğunu saptamak kolay değildir. Bu nokta da ülkeler ve ülkelerarasındaki sosyo-kültürel farklılıklar, coğrafi konum etkili olmaktadır. Dolayısıyla genel ve kapsamlı bir açıklama yapılamamakla beraber, kilit noktalar sayesinde daha öznel olmayan bir tasvir yapılabilir. İktisadi büyüme, öncelikle üretim ile ilişkili olması sebebiyle, üretim değerleri dikkate alınabilir (Ülgen, 2014: 460-67).

Fakat iktisadi büyüme için üretimde ki artışların yeterli olmadığı görülür. Çünkü büyüme sadece buna bağlı değildir. Büyüme için hem üretimde bir yeterlilik artışı olması gerekir, hem de bu üretim kişilerin nasıl kullandığına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Yani sadece girdi-çıktı ilişkisine odaklı değildir, bu girdi ve çıktıları imal edecek olan ekonomi gücünün yeterli olup olmadığı ile de ilgilenmektedir.

Aslında iktisadi büyümede devletlerin hedefi, hizmet sunumu yapmada ilk adım olan mamullerin imalatı aşamasında ilgili olan kaynakların sınırlarını ve yapabilecek işlemlerini arttırmakla ilgilidir.

Kişilerin cebine giren ücret olarak ekonomik büyümeyi incelersek, sadece genel artış değil, kişi başına mal ve hizmet alımı artışına da bakmamız gerekir. Dirlik döneminde dikkat edilmesi gereken noktaya baktığımızda fertlerin alım ve hizmetlerden

yararlanmalarında bir artış olması gerekir. Söz konusu durum toplumdaki kişilerin refahlarında iyileşme olması anlamına gelmektedir (Peterson, 1962: 387-393).

Öte yandan, ekonomik büyüme döngüsü yalnızca yakın tarihe ait bir tartışma başlığı olmamıştır. İktisat ve ekonomi biliminin var olmaya başlaması ile biraz daha geçmişe gidersek 19.yy da sanayi ihtilaline kadar dayanır. Bu ihtilalin gerisinde kalan Avrupa devletlerinin çoğu büyümede de geri kalmışlardır. Ancak, 1950 yılı sonuna dek bu münazaralarda sorun gelişmiş devletlerin nasıl kendilerini ve ekonomilerini büyütmüş oldukları, bu büyümenin sürdürülebilirliği için neler yapmaları gerektiği üzerine yoğunlaşmıştı. Bunun ardından gelişmelerini tamamlayamayan devletlerin büyüme problemleri de dikkate alınmaya başlanmıştır (Alkin, 1975:3-4).

2.2. Ekonomik Büyüme Etki Eden Unsurlar

Kişisel gereksinimlere tedarik edilebilmesi için, toplumdaki mal ve hizmetlerin çoğunun elde edilmesi zor bir durumdur. Gereksinim duyulan mal ve hizmetleri tedarik edebilmek için de bazı olgular gerekmektedir (Doğal kaynaklar, sermaye, yatırım, beşer gücü gibi).

2.2.1. Beşeri Sermaye

1960 yılı ortalarında gündeme gelmeye başlamış olan bir alandır. Belirli kesim ekonomistlerin tanımlamalarında beşeri sermaye; eğitim, sağlık, mesleki yeterlilik programlarından daha fazla verim alabilmek olarak belirtilmiştir. Kişilerin eğitime, sağlığına, beslenmesine katkı sağlayan mevduatlar, bireylerin ve sosyal grupların başarılı olmasında önemlidir. Küreselleşen dünya sürecinde, insan faktörünün çok daha öneminin arttığı söylenebilir. İnsan sermayesi belirli bir gelişmişlik gösteren dünya ülkelerinde dahi iktisadi büyüme faktörü üzerinde alışkanlık yapan olgularda değişiklikler meydana getirmiştir. Öyle ki bu devletlerde iktisadi büyümede ki en yüksek artışları oluşturmuşlardır. Bu durum insan faktörünün ne denli önemsenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ülkeler, halkın hastalık halinde olmaması durumunda insan gücünden uzun vadede üretkenlik alabileceklerinin farkına varmışlardır. Hastalık halinde olmayan kişi ve sosyal grupların oluşu, iktisadi büyümede artışlar meydana getirmektedir (Akça, 2015: 856-859).

Küreselleşen ekonomi ve yeni teknik buluşların olduğu bir dönemde insan gücünün önemi giderek artmaktadır. Beşeri sermaye artık iktisadi bir olgu olarak

değerlendirilmektedir. Beşeri sermaye; eğitilmiş, araştırmacı, üretken, kalifiyeli iş gücü diye tanımlanabilir. İçsel büyüme modelleri de iş gücü olgusuna dayalı olarak gelişmiştir (Koç, 2013: 243-245).

Sağlıklı bir toplum için kaynak aktarımı yapılması çok doğru bir işlem olmakla beraber, dönüşler uzun vadede olacaktır. Ekonomistlerin çoğu beşeri sermaye olgusunu Schultz da dâhil, kişilerin üretkenliklerini arttırması ya da ilerletmesi olarak değil, toplumda ki bir insana katılan değer olarak görmektedirler (Boz ve Aslan, 2018:3).

2.2.2. Sermaye Birikimleri ve Yatırımlar

Belli bir gelişmişlik seviyesine ulaşmış ve henüz bu aşamayı tamamlayamamış ülkelerde, parasal kazançları ve yapılan yatırımlar fertlerin iş gücüne katılımları ve teknik bilimdeki artışlarla iktisadi büyümeye pozitif değer vermektedirler. Sermaye ile teknik bilim arasında endirekt ve olumlu bir ilişki bulunur. Sermaye, iş gücüne katılım sağlayan bireylerin sayısında artışla üretkenlik de artışlar gerçekleştirip, teknik bilimle bu artışların iktisadi büyümede ne çok olduğunu gösterebilmektedir. Esasen sermayenin teknik bilim alanında endirekt olarak yaptığı destekler, istihdamda artış yaratmaktadır (Demir ve Tanyıldızı, 2018: 93).

Bakıldığında sermayenin teknoloji alanına vermiş olduğu destek ile üretkenlik artmaktadır. Üretkenliğin artması da üretim artışı demektir. Dolayısıyla, devletin tümü için girdi ve çıktıların değeri, sermaye, teknoloji ve insan gücünü kullanımlarında ne denli verimli ve kalifiyeli olduklarının da göstergesidir (Aksu, 2017: 43).

2.2.3. Teknoloji Alanındaki Gelişmeler

Devletlerin iktisadi büyümeye katkı sağlaması için gerçekleştirmiş oldukları teknoloji alanındaki politikalar makroekonomi içinde kendine yer bulmuştur. Bir toplumda teknoloji 'nin temel alınması için, üretimi sonuçlandıracak olan tüm faktörlerin üretken ve kaliteli çalışıyor olması gerekmektedir. Sağlık ve tıp alanındaki teknolojik gelişmeler, insan faktörü ile birleşip iktisadi ekonomiye pozitif yönde katkı sağlamaktadır (Kibritçioğlu, 1998: 7-8).

2.2.4. Doğal Kaynaklar

Doğada var olan, kişilerin gereksinimlerini karşılamaya hazır veya kullanılabilecek düzeyde olan şeyleri kapsayan tanım doğal kaynaklardır. Doğal

kaynaklar, insan hariç tüm varlıklar denilebilir. Kaolin, su, maden, ormanlar, hayvanlar, bitkiler, petrol doğal kaynak olarak adlandırılabilir. Doğal kaynakların ülke ekonomisine olumlu katkıları vardır. Ancak tek başlarına iktisadi büyümede etkili olamazlar. Bakıldığında Arjantin, Şili gibi ülkelerde pek çok doğal kaynak bulunur. Devletler bu doğal kaynakları verimli ve etkili bir şekilde kullanamadıkları için, üretimde yetersiz kaldıkları söylenebilir. Ek olarak bu durum ülkelerin iktisadi büyümesine de katkı sağlayamamıştır.

Oysaki Japonya gibi doğal kaynakları yeterli olmayan bir devlet, deneyimlerine dayanarak son yıllarda sürdürülebilir bir büyüme yaşamıştır. Aslında bu durum, doğal kaynakların devletlerin büyüme ve gelişmesinde olmazsa olmazlardan olmadığını göstermiştir (Taban, 2014: 34).

2.2.5. Gelir Düzeyi ve Nüfus Artışı

Kişi başına düşen gelir arttıkça, bireyler daha fazla tasarruf ve yatırım yapmaya başlarlar. Söz konusu durum gelecek dönemlerde kişi başına gelirin daha da artmış olması demektir. Gelirdeki yükselişlerin nüfusta bir artış yaratması, kişi başına gelirin de artacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü gelir ve nüfus arasında değişken bir ilişki vardır. Bu ilişkiye ‘Düşük Gelir Düzeyli Denge Tuzağı’ denir. Ekonominin bu tuzaktan etkilenmemesi gelirdeki yükselişin nüfustaki yükselişinden fazla olmasına bağlıdır. Buna göre, gelişmişlik seviyesine henüz ulaşamayan ülkeler nüfuslarındaki yükselişi kontrol altına almazlarsa, kişi başına gelirleri asgari sınırın altında kalmaya devam edecektir (Han ve Kaya, 2008: 107-108).

2.3. Ekonomik Büyüme Modelleri

İktisadi büyüme problemi, 1970 senesi itibariyle araştırılmaya başlanmıştır. Ekonomistler tarafından deneylere dayalı olarak yapılan analizlerde de, toplumların öncelikle ekonomilerinin oluşması gerektiği vurgulanmıştır. Yani geçmiş dönemde, ekonomisi büyüyen ve gelişen ülkeler temel olarak gösterilmelidir. Ekonomik büyüme modelleri aslında, büyüme tartışmaları ile eğitim, bilim, teknik alan konularını da kapsayan ancak bunları arkasında bilgi birikimi olarak bırakan bir konu olarak değerlendirilecektir (Tezel, 1995: 7-8).

2.3.1. Klasik ve Neoklasik İktisat

Klasik iktisatçılar, ekonomi bilimini mikro (üretici, tüketici) faktörlerle açıklamaya çalışmışlardır. Bu ekonomistlerin günümüze kadar benimsedikleri fikir ve görüşler, Neoklasik iktisatçılar tarafından geliştirilmiştir. Ekonomistler Klasik ve Neoklasik ekonomiyi birleştirerek Geleneksel İktisat yeniliğini ortaya koymuşlardır.

Geleneksel anlayışı savunan kesime göre, ‘her arz kendi talebini yaratır’ (mahreçler kanunu). Aslında kişilerin gereksinimlerini karşılayabilecekleri kadar çalışmaları gerektiğini, bu durumda arz-talep dengesinin sağlanabileceği vurgulanmaktadır.

Klasik İktisat, Adam Smith’in ‘Ulusların Zenginliği’ adlı eseri ile açıklanmıştır. Bu eserle iktisat tarihi aydınlatılmaya çalışmış olup, günümüzde bile önemini ve değerini korumaktadır. Çalışmada iktisadi büyümenin nedenleri ve kuralları açıklanmaktadır (Paya, 2013: 21-117).

Klasiklere göre, birey ve toplumlar rasyonel davranırlar. Kişilerin kandırılmaları söz konusu değildir. Bu sebeple bireyler tüm gelirlerini harcamazlar, belli bir kısmını birikim yaparlar. Bu birikimlerini de yatırım yapacak kişilere verirler ve gerekli malzeme alımı sonrasında yatırımlar tamamlanır. Kişi ve sosyal grupların yatırımcılara vermiş oldukları likidite, işveren veya müteşebbisler tarafından yatırım olarak ekonomiye tekrar dönüş yapar. Bu durumda klasiklerin faiz teorisi ile açıklanmaktadır (Parasız, 2005: 146-147).

Adam Smith’e göre önemli olan nokta büyüme ve kalkınmadır. Ricardo’ nün aksine, iş gücü için artan verim yasası geçerlidir. Kısa dönem de ücretler artar, işverenler arası rekabet artar bu durumda piyasa ücreti en az limitin üstünde kalır. Ücret artışı sebebiyle, kişi ve toplumların elde ettikleri bedel arasında ki etkileşim sayesinde uzun dönemde bakıldığında nüfus artışı gerçekleştirir. Ona göre, ekonomi sürekli kendi kendini yenilemektedir. Ekonomide tam rekabet koşulları vardır. Kişiler sermayelerini en kazançlı alanlara yönlendirmelidir (Hiç, 1994: 26-27).

Ricardo; Siyasi iktisat ve vergilemenin ilkeleri adlı 1817 senesindeki çalışması ile ekonomi biliminin akademik olarak başlamasında öncülük eden kişilerdendir. Çalışmada kapitalist düzenin değişen sürecinin odak noktasını bulmayı hedeflemiştir. Ricardo ekonomik büyümede; ücret ve elde edilen karlar, vergilendirme sisteminin kişi ve toplum

üzerinde ki etkileri, tarımla uğraşan kesim için geliri nasıl elde ettiği ve büyümenin nasıl gerçekleştiği sorularına cevap aramıştır.

Ricardo'nun varsayımlarından bir kaç; malların fiyatları değiştirilebilir, endüstri de ölçeğe göre artan getiri, toprakta ölçeğe göre azalan getiri kanunu vardır, ülkelerde ki tarıma uygun arsa/arazi sayısı sınırlıdır (Tezel, 1995: 151- 155).

R. Thomas Malthus, 1798 takvim yılı ile '*Nüfus üzerine ilk deneme*' adlı eserinden, ekonomik büyüme ile ilgili teorilerinden bahsetmiştir. Ona göre tarımdan elde edilen gelir sabittir. Dolayısıyla tarım ve sanayideki üretim artışları, nüfus da artışlara sebep olacak, artan nüfus kişi ve toplumların açlık ve yokluğa sürüklenmesine sebep olacak demiştir (Begg, (Çev. Serin) 2011: 529).

Neoklasik Ekonomide Solow Modeli; bireylerin gelir düzeylerinin farklı olmasına açıklık getirebilmek için yapılan yatırımların belli miktarda olmaması, nüfusun hızlı artması, teknik bilim alanındaki dışsallıklar gibi olgulara yönelmektedir. Hipoteze göre ekonomiler kesintisiz değil, belli süre aralıklarında büyüme gösterirler. Eğer ekonomide istikrarlı ve düzenli büyüme talep edeceksek, teknik bilimde teorimize tabi olacaktır. Çünkü teknolojik gelişmişliğin olduğu piyasada, beşeri sermaye daha verimli ve üretken olacaktır. Teori teknolojiyi temel almaktadır, kişi başına gelirde artışın köklü olabilmesi için teknolojiye gereksinim olduğunu savunmaktadır (Charles, (Çev. Ateş, İsmail) , 2007: 32-35).

Neoklasik ekonomide, belli bir ilerleme seviyesine ulaşmış ülkeler ve henüz bu aşamaya gelemeyen ülkelerin durumları ve ortaya çıkan sonucun nedenleri üzerinde durulmuştur. İş gücü, insan gibi kavramların biraz daha geri planda kaldığı söylenebilir. Bu sebeple de, Solow tarafından dışsal büyümenin temellerinin atıldığı söylenebilir. Ancak büyümede beşeri sermaye faktörünün önemi anlaşılmış ve içsel büyüme teorilerinin oluşumuna zemin hazırlanmıştır (Yaylalı ve Lebe, 2011: 29).

2.3.2. Keynesyen Model

J. Maynard Keynes, 1929 senesinde gerçekleşen ekonomik kriz sonrasında çalışmasını sunmuştur. Bu döneme kadar Klasik düşüncenin hâkim olduğu ekonomi, buhrandan sonra ondan uzaklaşmaya başlamıştır. Keynes 1936 '*İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi*', adlı eserinde, her talebin kendi arzını yaratacağını söylemiştir. Yani, işverenler ve yatırımcılar mal ve hizmet üretimini, toplam talep sayısı ya da yapılan

harcamaların toplamına bakarak yaparlar. Kişi ve grupların daha fazla tüketim ya da alım yapmayı tercih etmeleri durumunda, müteşebbisler de üretimi arttıracaktır. Böylece kişilerin talepleri kendi arzlarını yaratmalarını sağlayacaktır (Yıldırım vd, 2011: 96-97).

Keynes ‘Genel Teorisi’ adlı çalışması, para politikası ile ilgili bilgiler vermiş olması açısından farklıdır. Birey ve toplumların satın alma gücündeki artış faiz oranlarını, faiz oranları yatırımları ve yatırımlarda birikim dolayısıyla ulusal gelirde artış sağlayacaktır (Kazgan, 1997: 204-205).

Keynes’e göre, kısa ve uzun dönemde ekonomi eksik istihdam seviyesinde dengede olur. İşverenler ve bireylerin geleceğe dair istek ve umutları durağandır. Birey ve kişilerin belirli bir meslek ve çalışacak işlerinin olmaması kendi arzularının dışında gerçekleşmektedir. Çünkü ekonomi eksik istihdam düzeyindedir. Keynes, ekonomiye devlet tarafından müdahale edilmesinin gerekliliğini savunmuştur. Ekonomi, eksik istihdam seviyesinden tam istihdam seviyesine çekilmek isteniyorsa genişletici maliye politikaları uygulanmalıdır. Yani çalışmayan iş gücü olmaması için reel ücretlerde artış olması gerekir, bunun için fiyatların artması gerekir, bunun için de toplam talepte artış gerçekleşmelidir. Keynes, ekonomideki fiyat artış ve azalışlarının sebebi olarak yatırımları işaret etmiştir. Aslında yatırım yapacak kişilerin isteklerine, ileriye dönük taleplerine bağlı olarak yatırımlarda değişkenlik gösterir. Keynes, gelirin tüketim ve birikimlerin birleşimi olduğunu söylemektedir. Kişi ve toplumların gelirlerinde ki artışlar tüketimlerinde ve birikimlerinde de artış yaratacaktır (Bocutoğlu, 2012: 86-88).

2.3.3. R. Harrod ve E. Domar

Keynesyen iktisattan sonra büyüme ile ilgili çok farklı teoriler ortaya atılmıştır. Bu teorilerden en önemlisi ve tanınanı 1939 senesinde Harrod, 1946 senesinde Domar olmuştur. Bu çalışmalar 1950 ve 60’lı dönemlerde piyasada kamunun ne ölçüde var olması gerektiğini sorgulamış, ekonomi bilimini politik ve kuramsal açıdan etkilemiştir. Ayrıca teorilerde ülke milli gelirinin çerçevesi; iktisadi büyüme için yatırım, yatırımlar için birikimler gereklidir diye kabul edilmektedir. Harrod ve Domar hipotezine göre, ekonomi tam istihdam dengesinde kalabilir. Deflasyon süz bir ekonomi olması da mümkündür. Fakat tam istihdam durumunda denge kalıcı değildir. Eksik istihdam seviyesindeki ekonomi ise daha hızlı dağılabilir. Söz konusu oluşabilecek bu durumlar için devlet müdahalesi zorunluluk olarak gösterilmektedir (Taban ve Kar, 2004: 34-35).

Teoride, ekonominin tam istihdam seviyesine ulaşabilmesi için arz ve talebin eşit olması gerekmektedir. Harrod-Domar büyümede ülkelerin ulusal gelir artışı ile birlikte nüfus artışlarını da dikkate almaktadır. Gelişmişlik düzeyine ulaşamayan devletler bu büyüme teorileri ile hareket etmeye başlamalıdır (Daşdemir, 2014: 228).

2.4. İçsel Büyüme Modeli

Ekonomideki var olan modellere bir seçenek olarak 1980’li yıllarda ortaya çıkan yaklaşım türüdür. Var olan düzendeki, unsur tarafından etkilenen olarak da açıklanabilir.

İçsel büyüme modeli, Neoklasik görüşün tersine iktisadi büyümeyi etkileyen en önemli unsurun yatırım (mevduatlar) olduğunu savunmaktadır (Kaynak, 2009: 121). Kenneth Arrow (1962), ‘yaparak öğrenme’ varsayımına göre içsel büyüme modeli, çeşitli likidite mevduatları gelecek için olumlu bir etki yaratacaktır. Modele göre yatırımlar sadece toplam sermaye miktarını değil, üretim kavramını da arttırır. En basit ifade ile kişi ve toplumlar bilmedikleri bir teçhizatla çalışmak durumu ile karşı karşıya kalırlarsa, bunu öğrenmek zorundadırlar. Ve bu öğrenme kişi ve grupların hem üretkenliklerine hem de yeteneklerine katkı sağlayacaktır. Çalışanlardaki artan tecrübe birikimleri, yeni kuşaklara yol göstererek teknik bilim alanında ilerlemelerine katkı sağlayacaktır

İçsel büyüme modeline göre, büyümenin dâhili olarak gerçekleşmesi, devletin politikalarının da ekonomik gelişme ve büyümeye katkı sağlaması anlamına gelmektedir (Arısoy, Ünlükaplan ve Ergen, 2010: 399).

Model; ilim, beşeri sermaye, teknik bilim alanlarının içselleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Beşeri sermayenin etkili ve üretken olabilmesi için ülkelerin; eğitim, öğretim, araştırma, dil öğrenimi, müteşebbisler için vergi indirimleri, patent hakkı ve kullanım haklarının güvence altına alınması ile katkı sağlamalıdır. Beşeri sermaye ve bilgi aktarımı, bakıldığında gelişmiş ülkelerin ekonomilerde kalıcı bir durgunluk olmadan büyüme sebepleri ya da gelişmekte olan ve henüz bu aşamaya gelemeyen ülkelerin de yükseliş gösterememe nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir.

Aksine, aynı ilerleme seviyesindeki iki ülkeyi ele aldığımızda, ülke ve ülkelerarasındaki ilişkiler kaynakların yeniden ve verimli dağılımını etkileyecektir. Ülkelerin üretimleri artarken maliyetlerinde azalışlar meydana gelecektir. Söz konusu durum büyümelerine katkı sağlayacaktır (Demir, 2002: 7-8).

2.4.1. Romer Modeli

İçsel büyüme düşüncesi 1986 senesinde P. M. Romer tarafından sunulmuştur. Romer'e göre, mal ve hizmet üretiminde teknolojik kaynaklar üretkenliği ve kaliteyi arttırıp, maliyetleri düşürmektedir. Artan bilgi birikimi ile diğer firmalarında olumlu sonuç elde etmelerine fırsat vererek, genel büyümede artışlar sağlanacaktır.

Romer' in çalışmasını incelerken, A. Young'ın şu tezi de önem arz etmektedir. Modern teknoloji kaynaklarını kullanan devletlerde iktisadi büyüme hızı daha kolay yükselecektir. Sebebi ise beşeri sermayenin bilgi ve becerilerinin gelişmiş olması, kullanılacak kaynakların kolay öğrenilebilmesidir. Fakat daha geri kalmış teknoloji kaynaklarını kullanan devletlerde tam tersi sonuç ortaya çıkacak ve büyümelerinde yavaşlayan bir artış olacaktır. Gelişmişlik seviyesine ulaşan ülkelerin öğrenme kabiliyetlerinin yüksek olması, onların bu alanlarda ürünler sunabilecekleri sektörlere yoğunlaşmalarını gerektirmektedir (Acar, 1990: 128).

2.4.2. Lucas Modeli

1988 takvim yılı ile Lucas, beşeri sermaye faktörünü girdilerin üretkenliklerinin artmasına fayda sağlayan ekstra üretim olgusu olarak ifade etmiştir. Ekonomik büyüme, daha çok beşeri sermaye faktöründe yatırım yapma ihtiyacı olarak kendini göstermektedir. Beşeri sermaye tasarrufu düzenli bir getiriyle artması gerekir. Dışsal bir etki yaratacak olan beşeri sermaye, fiziki sermayede durumu telafi ederek büyümenin artmasını sağlayacaktır (Kaynak, 2009: 128-136).

2.4.3. Barro Modeli

İçsel büyüme modelinde, devlet yatırımları ile ilgili açıklama 1960 senesinde Barro tarafından sunulmuştur. Modelde, üretim faktörleri arasına devlet yatırımlarını dâhil etmiş ve üretim denkleminin sermaye ve devlet tarafından üretilen hizmetlerden oluştuğunu belirtmiştir. Hipoteze göre, devlet gelir kalemi sadece gelir vergisi olup, gider kalemlerini yapmış olduğu hizmet ve yatırımlar oluşturmaktadır.

Ülkelerin, iktisadi büyüme için yatırım yapması aynı zamanda da özel sektöre vergi desteği ve indirimi vermesi gerekmektedir. Özel sektörün gerçekleştirdiği yatırımlar toplam sermaye miktarını arttıracak, vergi gelirlerinin artışı da devletin sunacağı hizmetler için kaynak oluşturacaktır. Devlet alt yapısındaki artış, sermayenin brüt

verimliliğini uçlarda olacak şekilde yükseltecek dolayısıyla iktisadi büyüme artacaktır (Yılmaz ve Akıncı, 2012).

2.4.4. Grossman ve Helpman Modeli

‘Global Ekonomide İnovasyon ve Büyüme’ adlı çalışması ile 1991 senesinde ortaya çıkan modeldir. Bu modele göre, ülkeler ve ülkelerarası alım satımın gelişmesi, Araştırma Geliştirme Faaliyetlerine ve devletlerin yapmış oldukları yeniliklere bağlıdır. Aslında model, iktisadi büyümenin kaynağı olarak yeni ve yenilik olgusunu esas almaktadır. Yenilik içselleştirilmiştir. Ar-ge faaliyetleri ile beşeri sermaye önemi de dikkat çekmiştir.

İlim ve beşeri sermaye ar-ge nin girdileri olarak değerlendirilmektedir. Modelde insan gücüne yatırım yapan ülkelerin ar-ge faaliyetlerinde daha başarılı oldukları görülür. Böylece alım satım yaptığı ülkelere oranla, iktisadi büyümesi daha hızlı olur. İleriye dönük bilinçli bir yatırım artışı olarak kabul edilmektedir (Grossman ve Helpman, 1991: 45).

Gelişmiş ve kalkınmış ülkelerin, her zaman beşeri sermayeleri daha etkin ve verimli olduğu için teknik bilim alanında da gelişmeleri ön sıralarda olmaktadır. Ülke ve ülkelerarası alım satım işlemleri bilgi akışını hızlandırmakta ve kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple ekonomilerde yeni bilgi ve gelişmiş teknik alan iktisadi büyümelerde etkili olmaktadır (Türker, 2009: 88-90).

2.5. Literatür Taraması

İktisadi büyüme, o devlette üretilecek olan üründen elde edilecek payın ve getirinin yüksek olması, üretim sonucu oluşan gelirin tüm kişi ve topluma eşit bir şekilde paylaştırılması ve toplumun hayat standartlarında bir yükselme meydana gelmesi durumudur (Arslan, 2013: 46).

Büyüyen ekonomide önem arz eden konulardan biride beşeri sermaye olmuştur. Sağlık ve sağlık harcamaları, eğitim sermayenin unsurları olarak sıralanabilir. Kişi ve toplumların gelişmişlik düzeylerini anlamamıza fayda sağlayan etkenler olarak da söylenebilirler. Devletin, sağlık alanına yapmış olduğu yatırımlar sayesinde birey ve toplum sağlığındaki düzelmeler, refah seviyelerinin artmasını sağlayacaktır. Söz konusu durum toplumlarda orta ve genç nüfus sayısında artışlar sağlayacaktır. Hastalık halinde

olmayan birey ve toplumlar kişisel gelişim ve becerilerine önem vererek ilerleyeceklerdir. Öğrenme hızları ve kabiliyet gelişimi sayesinde de çalıştıkları sektöre daha verimli, üretken, kaliteli olarak dönüş sağlayacaklardır. Buda piyasada büyüme rakamlarını olumlu şekilde etkileyecektir (Bozkurt, 2010: 7-8).

Yapılan inceleme ve analizler de vurgulanması gereken iki önemli nokta bulunmaktadır. Bunlar analizlerde sıkça karşımıza çıkan büyüme ve iş gücü arasında bir ilişki olup olmadığı sorusuna aranan cevap, bir diğeri ise insan sermayenin büyümeye bir etki yaratıp yaratmadığı sorularıdır. Ekonomik büyüme ve eğitim- sağlık giderleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı incelemelerde ortaya güvenilir kaynak problemi çıkmaktadır. Analiz için toplanan verilerin ne kadarının doğru ve sağlam olduğu konusunda netlikler her zaman olmayabilmektedir. Konu ile ilgili olan araştırmalara göz gezdirdiğimizde verilerin farklılıkları dikkat çekmektedir. Bu verilerin analizlerde farklılık göstermesi büyüme ve insan sermayesi arasındaki ilişkiyi de etkilemektedir. Sonuçlar bazen artış bazen de azalışı göstermektedir (Karataş ve Çankaya, 2011: 108).

İktisadi büyüme ve sağlık ilişkisi devletlerarası bir kavramdır. Türkiye’de ve diğer ülkelerde araştırma sonucu konu ile ilgili çeşitli analizler yapılmış olup, analizlere ilişkin örnekler aşağıdaki gibidir.

2.5.1. Olumsuz Etki Yaratın Analiz Sonuçları

Jones (1990), ABD’deki devlet giderleri istikrarsızlığını kukla değişken modeli ile ele almıştır. Analize göre, 1964 senesinden 1984 senesine kadar yapılan maaş ödemeleri, personel giderleri gibi kamu tarafından karşılıksız yapılan giderler ve sağlık giderleri iktisadi büyüme alanında olumsuz etki yaratmaktadır. Devlet sınırları içinde ki mahalli idareler tarafından yapılan giderlerinse büyümeyi arttırıcı etkisi gözlemlenmiştir.

Çakmak ve Gümüş (2005), sağlık insan gücü faktörü ile çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir. Varılan sonuçta ise, iktisadi büyüme olgusu ile beşeri sermaye ikilisi içinde bir etkileşim olduğunu, fakat uzun vade de bu ilişkinin sağlam kalamayacağını söylemişlerdir.

Uysal ve Mucuk (2009); 1980 senesi ile 2006 seneleri arasında uygulanan bir analizdir. Analizde J. J. eş bütünleşme analizi uygulanmıştır. Devlet giderleri ve iktisadi büyümenin temel değişken alındığı analizde, uzun vadede değişkenler arasında bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Çünkü sağlık, sağlık giderleri, sağlığa yapılan

yatırımlar etkisini uzun vadede belli eden faktörlerdendir. Kısa vadede varılan sonuç, büyümeye karşı devlet harcamalarında yalnızca tek yanlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yani bir etkileşim ya da bağ olduğu net olarak söylenememektedir.

Çetin ve Ecevit (2010); çalışmalarında 1990 yılından 2006 yılına değin olan süreci ele almışlardır. 15 OECD ülkesi için, sağlık ve büyüme arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı üzerine çalışmışlardır. Analizlerinde Havuzlanmış Regresyon Modelini kullanmışlardır. Analiz sonucuna göre sağlık giderleri ve ekonomik büyüme arasında olumlu bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

Şimşir vd. (2015); yılında ele aldıkları sağlık ve büyüme ilişkisini zaman serisi incelemesi ile açıklamışlardır. İncelemede uzun vade de toplam sağlık ve sağlığa yapılan yatırımların ülkedeki bütçe içinde ki payı, hekim sayısı, kaba ölüm değeri büyüme üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. GSYH'nin içinde yer alan tüm sağlık giderlerinin oranı ve iktisadi büyüme ilişkisi kısa vadede olumsuz etki yaratmaktadır.

Kırılmaz, Ateş ve Ünsal (2019); çalışmalarında Türkiye dâhil 5 ülke için sağlık göstergeleri ve büyüme ilişkisi incelenmiştir. Analizde havuzlanmış en küçük kareler yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre, seçilen sağlık göstergelerinin büyüme üzerinde olumlu bir etki yaratmadığı sonucuna varılmıştır.

2.5.2. Olumlu Etki Yaratan Analiz Sonuçları

Hansen ve King (1996); Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütüne üye olan toplumlar arası sağlık giderleri ve gayri safi yurt içi gelir denkliğinde uygulamış olduğu model birim kök analizidir. İktisatçılar tarafından yapılmış olan bu çalışmada varılan sonuç; değerler arasında bağıntı ve etkileşim vardır. Ek olarak bu çalışmada net milli hâsıla- gayri safi milli hâsıla sonucu oluşan yurt içi gelirin sağlık ve sağlık giderleri açısından ne derece önemli olduğu savına ulaşmışlardır.

Bloom (2001); incelemesinde panel veri regresyon analizini kullanarak iktisadi büyüme ve sağlık denkliği ilişkisini açıklamaya çalışmıştır. Çalışmasını 1960 senesi başı ve 1990 senesini kapsayan dönemler içinde tamamlamıştır. Çalışmasında 104 devletin yıllık giderlerini temel olarak kullandığını söylenebilir. Sonuçlara bakıldığında iktisadi büyüme kavramında sağlığın yarattığı rakamsal artış ve toplumların refahındaki artış gözle görülebilmektedir. Popülasyon etkisi irdelendiğinde, sağlık ve sağlık giderlerindeki

yükselişin iktisadi büyümede yarattığı etki ile %4 oranında bir yükseliş gerçekleşmiştir. Bu kişilerin geleceğe dair uzun yaşama isteklerinin de yükseldiğinin göstergesidir.

Mayer (2001)'in, 1950 ve 1990 takvim yılı aralığında 18 Latin Amerika devleti için yapmış olduğu bir analizdir. Mayer analizinde nedensellik ilişkisini kullanmıştır. Çalışmasında ortalama yaşam süresinin, iktisadi büyüme üzerinde yarattığı olumlu bir etkinin olduğu sonucuna varmıştır.

Ulutürk (2001), devlet tarafından yapılan sağlık giderlerinin iktisadi büyümeye etkisini araştırmak için gerçekleştirdiği bir uygulamadır. Çalışmasını, 1963 ve 1994 seneleri arasındaki verilerden oluşturmuştur. İki kesim üretim fonksiyonu modeli ile çalışmasını ortaya koymuştur. Analize göre, hem devlet tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri iktisadi büyüme üzerinde etkili olmuştur, hem de iktisadi büyümenin artışı devletin daha fazla sağlık yatırımı yapmasına dolayısıyla giderlerin artmasına sebep olmuştur.

Kar ve Ağır (2003); Nedensellik incelemesine göre çalışmalarını gerçekleştiren araştırmacılar, 1926 sene başı ile 1994 dönemlerini taban olarak almışlardır. İncelemelerinde, verilerde ki belirli sağlık endekslerinden ve GSMH sonuçlarından yararlanmışlardır. Hastanelerde ki toplam yatak, toplam hastane ve sağlık kuruluşlarının adedi, bir sağlık personeli kaç hastaya bakmaktadır gibi kavramlar sağlık endeksleri arasında sayılabilir. Analizin sonucunda ülke milli geliri ile hastane ve kuruluş rakamları arasında bir etkileşim olmamıştır. Fakat ulusal gelir ve toplam hastane yatak sayısı, personel başına düşen hasta gibi değişkenler arasında etkileşim ve ilişki olduğu saptanmıştır.

Erdil ve Yetkiner (2004), gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler için VAR analiz yöntemi kullanılarak, sağlık ve iktisadi büyüme ilişkisinin açıklandığı bir modeldir. Çalışmada, gelişmiş ülkeler için durumunun sağlık giderlerinden iktisadi büyümeye yönelik bir gidişat, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ise iktisadi büyümeden sağlık giderlerine yönelik bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır.

Taban (2006) 'in sağlık ve büyüme ilişkisini ele almış olduğu analizde nedensellik incelemesi yapmıştır. 1968 ve 2003 yılları arasındaki veriler kullanılmıştır. Analize göre, kurum sayıları hariç diğer sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir

etki görüldüğü söylenilebilir. Yani uzun vadeli olarak bakıldığında sağlık, sağlık giderleri ve büyüme ilişkisinin olumlu bir ilerleme kaydettiği görülmektedir.

Baldacci (2008); incelemesini panel veri analizi kullanarak ortaya koymuştur. Eğitim ve sağlık ilişkisinin temel alındığı analizde, ikili arasında ki ilişkinin olumlu yönde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitime ve sağlığa yapılan yatırımlar ve bu yatırımların giderleri birey ve toplum açısından çok fayda sağlamıştır. Sağlıklı olan kişi ve toplumların daha çok öğrenme potansiyelleri artmış, yaptıkları işten verim almaya başlamışlar, üretkenlikleri artmıştır. Bu durumda büyümenin gelişmesine olumlu katkılarda bulunmuştur.

Bozkurt (2010); sağlık, sağlık hizmetleri, sağlığa yapılan yatırımlar ve iktisadi büyüme arasında ki ilişkiyi zaman serisi incelemesi ile ele almıştır. Ona göre, iktisadi büyüme yi etkileyen fiziki faktörlerden eğitim ve sağlık giderleri önemli yer tutmaktadır. Eğitim ve sağlık harcamalarının büyüme olumlu yönde katkı sağladıkları görülmektedir. Analize göre, büyümeyi etkileyen baskın yapının sağlık olduğu görülmektedir.

Tan, Mert ve Özdemir (2010); çalışmalarında 1969 yılından 2003 yılına kadar olan dönemi reel verilerle ele almışlardır. Çalışmalarında, VAR analizi yöntemini kullanarak kamu harcamaları ve iktisadi büyüme arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmışlardır. Analiz sonucuna göre, GSYH ile sağlık ilişkisi arasında bir nedensellik ilişkisine rastlanılmadığı açıklanmıştır. Fakat eğitim giderlerinden GSYH 'ya, GSYH 'dan ise eğitim harcamalarına olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Gül ve Yavuz (2011), çalışmalarında kamu harcamaları ve ekonomik büyüme arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ele almışlardır. Analizlerinde eşbütünleşme modelini kullanmışlardır. İktisadi büyüme ile kamu giderleri, cari giderler ve yatırım giderleri arasında uzun dönemde anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Bu ilişkinin kamu giderlerinden büyümeye doğru tek yönlü olduğunu belirtmişlerdir.

Wang (2011)' senesinde ki çalışmasında; gelişmiş ve az gelişmiş devletlerin 1986 yılı ile 2007 yılları arasındaki süreçte totaldeki sağlık giderleri temel alınarak, iktisadi büyüme ve sağlık arasındaki ilişki saptanmaya çalışılmıştır. Bu değerleri toplum tabanında değil devletlerarası olarak almışlardır. Wang, çalışmasını nedensellik analizine uygun ele almıştır. Çalışmaya göre, iktisadi büyüme ve sağlık giderleri ilişkisinde kısa

dönemde cevap alınamayacağı, uzun vade de olumlu/ olumsuz dönüş alınacağı bilinmektedir. Uzun vade de sağlık ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar iktisadi olarak büyümeyi de beraberinde getirmiştir. Gelişmiş ve gelişmemiş devletler de büyüme değerlerindeki farklılığın sebebi, sağlık alanında uygulanan politikalarlardır. Velakin, henüz gelişmişlik düzeyine erişememiş orta halde olan iki ülke ekonomisi için bu ikili değerlere bakıldığında aralarında ki farklılıklar olması aşikârdır, ancak büyümeleri istikrarlı ve olumlu yönde ilerlemektedir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), çalışmalarını zaman serisi analizi ile sunmuşlardır. 1 Ocak 2006 yılı başlangıç kabul edilerek, 3 Mart 2012 dönemlerini kapsayan bir inceleme ele almışlardır. Küresel iktisadi buhranının (2008) yarattığı sonuçları temel alarak aylık veriler ışığında ilerlemişlerdir. Gregory ve Hansen'in eşbütünleşme metodunu kullanarak sağlık kavramı ve iktisadi büyüme arasındaki ilişkinin uzun dönemli doğuracağı sonuçlara odaklanılmıştır. Öyle ki, büyüme yi etkileyen endekslerden biri olan sağlık, ekonomilere olumlu yönde katkı yaptığı saptanmıştır.

Ay, Kızılkaya ve Koçak (2013), yılında ele aldıkları çalışmada bazı sağlık göstergeleri ve büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmalarında eşbütünleşme modelini kullanmışlardır. Çalışma sonunda ulaşılan sonuç ise, sağlık ve büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlık alanına yapılan giderlerin büyümeyi olumlu yönde etkilediğini, büyüme için yapılan harcamaların ise sağlığa daha fazla yatırım yapılmasını gerektiği analizde görülmektedir.

Selim, Uysal ve Eryiğit (2014); çalışmalarında 2001-2011 yılları arasını temel almışlardır. Analizlerinde, 27 AB üyesi devletin ve Türkiye'nin kişi başı sağlık giderleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkisi açıklanmıştır. Panel eşbütünleşme modeli analizde kullanılmıştır. Buna göre, kısa ve uzun dönemde kişi başı sağlık giderleri ve büyüme arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ortaya koyulmuştur.

Akar (2014); çalışma 2004-2013 yıllarını ele almaktadır. Sağlık harcamalarının nispi bedeli ve büyüme arasındaki ilişki eşbütünleşme analizi ile açıklanmıştır. Analiz sonucuna göre, kısa dönemli olarak anlamlı bir ilişki ortaya konulamadığı gözlemlenmiştir. Uzun dönemde ise, sağlık giderleri, nispi fiyatı ve iktisadi büyüme arasında olumlu bir ilişkinin varlığı ortaya koyulmuştur.

Hayaloglu ve Bal (2015), çalışmalarını 54 üst orta gelir sahibi olan devletlerle oluşturmuşlardır. 2000 senesi ile 2013 senesi aralığını kapsayan bu dönemler için analiz uygulanmıştır. Toplam sağlık masrafları, devlet sağlık masrafları ve özel kesim sağlık masrafları ile iktisadi büyüme arasındaki ilişki açıklanmıştır. Bu açıklama için panel veri analizi yöntemi kullanılmıştır. Analizin sonucunda varılan değer, büyüme ve sağlık harcamaları arasında olumlu bir ilişki mevcuttur.

Bozkurt (2015), incelemesinde J.J. eş bütünleşme analizini kullanmıştır. Devlet ve devletlerarası bilgi akımının, eğitim ve sağlık alanında yapılan yatırım ve harcamalarının iktisadi büyümeye olumlu gelişmeler sağladığı görülmüştür.

Arslan, Eren ve Kaynak (2016); çalışma 1975 senesi ile 2012 senesi arasındaki verileri ele alarak, sağlık ve büyüme ilişkisini açıklamaktadır. Analizde nedensellik testi uygulaması yapılmıştır. Çalışmaya göre, kullanılan sağlık göstergeleri ile büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Kılıç ve Beşer (2018); 1995 senesi ile başlayıp 2006 senesine kadar uzanan bir dönem için panel veri incelemesi yapılmıştır. İncelemede amaç, iktisadi büyüme ve sağlık giderleri arasındaki ilişkidir. Çalışmada sağlık giderlerinden etkilenen bir büyüme, büyümenin yaratmış olduğu artan sağlık giderleri denkliği ortaya çıkmıştır. İki değişkenin de birbirleri üzerinde pozitif etkiler yarattığı saptanmıştır. (Özkan, Zengin, 2018: 372).

Kızıl ve Ceylan (2018); 1979 senesi ile 2015 senesi arasındaki yıl verilerini çalışmalarında kullanmışlardır. Sağlık harcamaları ve 65 yaş üzeri nüfus değerlerinin büyüme ile olan ilişkisini açıklamışlardır. Burada kullanılan analiz yöntemi ARDL' dir. Analiz sonucuna göre ulaşılan değerde, sağlık giderleri ile büyüme arasında pozitif yönde bir ilişkinin varlığına değinilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİLECİK İLİ'NİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN EKONOMİK ANALİZİ

3.1. Bilecik İli 'nin Genel Yapısı

Bilecik Marmara Bölgesi'nin güneydoğusunda yer almaktadır. Osmanlı Devletinin temellerinin atıldığı; Marmara Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, Ege Bölgesi ve İç Anadolu Bölgelerinin birleştiği noktada yer almaktadır (Coğrafya Dünyası, 2018:1). Şehir, doğusunda Bolu ve Eskişehir illeri, güneyinde Kütahya, batısında Bursa ve kuzeyinde Sakarya illeri ile çevrilidir (Bilecik Valiliği, 2013: 14).

Bilecik Marmara Bölgesinde olmasına rağmen, denizi olmayan tek ildir (Bilecik 1967 İlk Yıllığı, 1968: 19).

Şehrin yüz ölçümü 4307 km²'dir (Bilecik Valiliği, 2019: 1). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi (ADNKS) verilerine göre 2018 yılındaki nüfusu 223.448 olarak güncellenmiştir. Bilecik'te 8 ilçe, 7 belde ve 243 köy bulunmaktadır (Tüik, 2019).

Bilecik hem Marmara hem de İç Anadolu bölgesi iklimini yaşamaktadır. Yazlar sıcak ve kurak, kışlar soğuk ve yağışlı geçmektedir (Bilecik Belediyeler Birliği, 2018: 38). Yağış en çok Ocak ve Mayıs aylarında düşmektedir. Yıllık yağış miktarı 450 kg/m² civarındadır. İlin yüzölçümünün %47'si ormanlarla kaplıdır.

İklim özellikleri sayesinde tarım ve hayvancılıkta önemli bir yere sahiptir. Temel olarak tarım ürünleri arasında; buğday, ayçiçeği, arpa, mısır, ayva, domates, patlıcan, şerbetçiotu ve karpuz sayılabilir. Kiraz, üzüm, nar ve muşmulası da meşhurdur (Bilecik Valiliği, 2013: 14).

Bilecik ilinin ekonomisinde tarım ve hayvancılık kadar ormancılık, madencilik, seramik, mermer ve tahta işletmeciliği de önemli yer almaktadır. Maden açısından oldukça zengin kaynaklara sahip olunması ile birlikte, cam ve seramik fabrikalarında ham madde olan kil, kaolin rezervleri açısından da çok zengindir.

Şehrin ortasında yer alan sanayi tesisleri de önemli bir ekonomik gelir arz etmektedir. Var olan sanayi tesislerinin üretim alanlarının seramik, orman ve tarıma dayandığı gözlemlenmektedir (Coğrafya Dünyası, 2018: 1).

3.2. Bilecik İli' nin Tarihçesi

Osmanlı İmparatorluğunun kurulduğu topraklar olan Bilecik ilinin en çok bilinen eski adları Agrilion ve Belekoma'dır. Şehrin adını nerden aldığı net olmamakla birlikte, Hamsu ve Debbağhane deresi arasında olan Belekoma kalesinden dolayı bu ismin verildiği düşünülmektedir (Bilgin, 2015: 5).

Bilecik ile ilgili yapılan kazı çalışmaları bölgenin yazılı tarih öncesi dönemlerini açıklayabilecek düzeyde değildir. Ancak bununla birlikte Bilecik'le ilgili olan bilgilerin tunç çağına kadar ilerlediğini söyleyebilmek mümkündür. Aslında bölgede tunç üretimi yapılabilmesi için ihtiyaçları olan kalay, Sakarya Nehri kıyılarından elde edilmekteydi. Bu durum Bilecik ilini kalay elde edilmesi açısından önemli bir merkez haline getirmiştir (Demiryürek, 2015: 1).

Osmanlı Döneminde Bilecik, ulaşım olarak çok elverişli bir konumda idi. Bursa ve İzmit oradan Eskişehir ve Anadolu içlerine kadar uzanan yollar üzerinde bulunmaktaydı. Aynı zamanda Osman Bey'in fethetmiş olduğu ilk kale ve Şehy Edebalı'nın türbesinin bulunması sebepleri de şehrin önemini arttırmıştır.

Cumhuriyet Döneminde Bilecik İline baktığımızda, bölgenin ipek endüstrisi merkezi idi (Bilecik Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2018: 1). Savaş sonrasında Yunanlılar fabrika ve üretim tesislerinin hepsini yakıp yıkmışlardır. Şuan ise ipekböcekçiliğinde Bursa ve Balıkesir illerinden sonra gelmektedir (Bilecik İli, 2018: 1).

3.3. Nüfus

31 Aralık 2018 tarihi itibarıyla Türkiye Nüfusu 82.003.882 kişidir. Nüfusun % 50,2'sini (41.139.980 kişi) erkekler, % 49,8'ini (40.863.902 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2019).

Bilecik ilinin nüfusu 223.448 kişidir. Bilecik nüfusunun 116.923'ü erkekler, 106.525'ini kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2019).

Türkiye genelinde yıllık nüfus artışı 2017 yılında %12,4 iken, 2018 yılında %14,7'ye yükselmiştir. Türkiye'nin nüfus yoğunluğu (bir kilometrekareye düşen kişi sayısı) , bir önceki yıla göre 2 kişi artarak 107 kişi olmuştur. 2018 yılında Bilecik İli ' nin yıllık nüfus artışı 2017'de 15,4 iken, 2018'de 7,9 olarak gerçekleşmiştir. Nüfus yoğunluğu 52 kişi ' de kalarak 2017 yılı ile değişiklik göstermemiştir (TÜİK, 2019).

Tablo 1: Bilecik ve Türkiye'nin 2017-2018 Yılları Arasındaki Nüfus Oranları

NÜFUS	2018	2017
TÜRKİYE ERKEK NÜFUS	41.139.980	40.535.135
TÜRKİYE KADIN NÜFUS	40.863.902	40.275.390
TÜRKİYE TOPLAM NÜFUS	82.003.882	80.810.525
BİLECİK ERKEK NÜFUS	116.923	116.528
BİLECİK KADIN NÜFUS	106.525	105.165
BİLECİK TOPLAM NÜFUS	223.448	221.693
BİLECİK YILLIK NÜFUS ARTIŞ HIZI	7,9	15,4
TÜRKİYE YILLIK NÜFUS ARTIŞ HIZI	14,7	12,4

Kaynak: TÜİK 2018-2017 verilerinden toplanarak düzenlenmiştir. (TÜİK, 2019)

3.4. Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Harcamaları

1961 Anayasasında, sağlık hizmetleri anayasa hükmü olarak kaydedilmiştir. Buna göre sağlık hizmetleri, kamu tarafından sunulması gereken bir hizmet olarak kabul görmüştür. Türkiye’de 1961 tarihli 224 sayılı ‘ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ ile sağlık hizmetlerinin tek elden devlet tarafından sunulması onaylanmıştır.

1.basamak sağlık hizmetlerinin, kırsal bölgelere kadar götürülerek herkesin bu haktan faydalanması amaçlanmıştır. Fakat 1961 tarihli sağlık hizmetleri ile ilgili madde 1982 Anayasasının 56.maddesine göre değiştirilmiştir. Değiştirilen yasada sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından değil, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından dağıtılması ve işletilmesine yetki verilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 11).

Sağlık Hizmetleri, kamu ve özel sektör tarafından geçmişten günümüze seyre gelen dönemde daha fazla önem arz etmektedir. Dolayısıyla, sağlık alanında verilen hizmetlerin kapsamı giderek artmaktadır. Kişilerin fiziki, manevi ve sosyal yaşantılarından meydana gelebilecek her türlü hastalık sağlık hizmetlerinin kapsamındadır (Şen ve Bingöl, 2018: 90).

Türkiye’de sağlık sektörü, geçmişten günümüze büyük ölçüde değişime uğramış ve gelişmeler kaydetmiştir. Gerçekleşmiş olan bu politikalar kamu kesimi kaynak kullanımında etkililiğini ve verimliliğini arttırmıştır. Bu durum yalnızca sağlık alanında

yapılan harcamaları değil aynı zamanda rasyonel kaynak kullanımı ile etkili bir yönetimin önemini vurgulamaktadır (Sever ve İğdeli, 2019: 247).

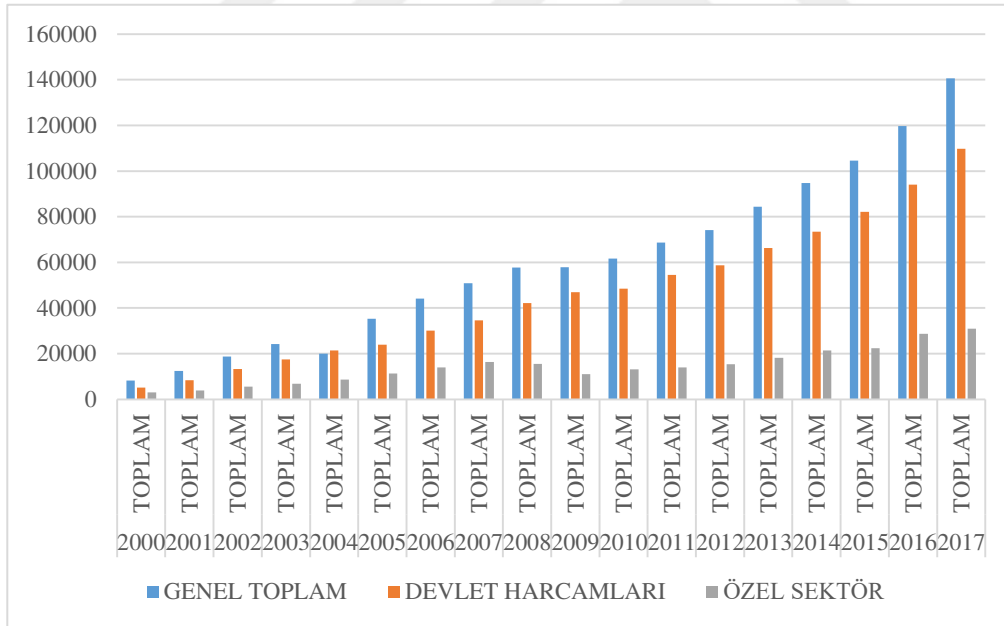
3.4.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcaması

Sağlık harcamaları genel bütçe içerisinde değerlendirilmektedir. Sosyal grupların ve fertlerin sağlıklarının güvence altına alınabilmesi ve sürekliliğin sağlanabilmesi adına kamu kesimi sağlık harcamaları yapmaktadır. Genel harcamalar, sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin prim ödemelerinin toplandığı fonlardan oluşmaktadır.

3.4.2. Özel Kesim Sağlık Harcaması

Türkiye’deki sağlık harcamalarının bir kısmı SGK, BAĞ-KUR, özel sağlık sigortaları, fonlar ya da cepten ödemelerden karşılanmaktadır. Bu kalemler özel sağlık harcaması içinde değerlendirilmektedir (Yıldırım, Kekeç ve Polat, 2018: 555).

3.4.3. Türkiye’deki Genel ve Özel Sağlık Harcamalarının 2000-2017 Yılları Arasındaki Değişimi



Grafik 4: 2000-2017 Yılları Arasında Türkiye Genel ve Özel Sağlık Harcamaları

Kaynak: Tüik, 2019

Tablo 2 ve Grafik 4’te, 2000-2017 yılları arasında devlet ve özel sektör sağlık harcamaları yer almaktadır. Bu inceleme sonucunda Devlet harcamalarında 10 yıllık sürede artış gözlemlenmektedir. 2000 yılında devlet harcaması 8 milyar 248 milyon TL

iken, 2010 yılında 61 milyar 678 milyon TL dir. Özel sektöre bakıldığında bu harcamaların dönem dönem azalıp yükseldiği gözlemlenmektedir. Buna göre 2000 yılında 3 milyar 58 milyon TL olup artarak, 2010 yılında 13 milyar 196 milyon TL olmuştur. Dönemsel düşüşler ise tabloda görüldüğü üzere 2007 ve 2010 yılları arasında olmuştur. Bunun sebebinin 2008 yılında yaşanmış olan küresel kriz etkisi olduğu gösterilebilmektedir. Devlet harcamalarında bir artış olurken, özel sektör harcamalarında yıllar arası düşüşler göze çarpmaktadır. Bu harcamaların 2011 yılından 2017 yılına kadar olan artışları da gözlemlenebilmektedir. 2011 yılında 68 milyar 607 milyon TL olan toplam sağlık harcaması, 2017 yılında 140 milyar 647 milyon TL'ye ulaşmıştır. Bu artış devlet sektöründe daha hızlı olurken özel sektörde daha yavaş ilerlemiştir. Tablo 2'de özel sektör sağlık harcamalarında 2000 yılından 2010 yılına kadar düşüş gözlemlenmektedir. Fakat 2011 yılından 2017 yılına kadar olan dönemde tam tersine sürekli olarak artış gözlemlenmektedir. Devlet harcamalarında, hiçbir yıl aralığında düşüş olmamakla beraber artış sürekli olarak devam etmiştir.

Tablo 2: 2000-2017 Yılları Arasında Devlet ve Özel Sektör Harcamaları

		Genel Toplam	Devlet Harcamaları(Milyon TL)	Özel Sektör (Milyon TL)
Yıllar	Toplam sağlık harcaması			
2000	Toplam	8248	5 190	3 058
2001	Toplam	12 396	8 438	3 958
2002	Toplam	18 774	13 270	5 504
2003	Toplam	24 279	17 462	6 817
2004	Toplam	30 021	21 389	8 632
2005	Toplam	35 359	23 987	11 372
2006	Toplam	44 069	30 116	13 953
2007	Toplam	50 904	34 530	16 374
2008	Toplam	57 740	42 159	15 580
2009	Toplam	57 911	46 890	11 021
2010	Toplam	61 678	48 482	13 196
2011	Toplam	68 607	54 580	14 028
2012	Toplam	74 189	58 785	15 404
2013	Toplam	84 390	66 228	18 162
2014	Toplam	94 750	73 382	21 368
2015	Toplam	104 568	82 121	22 446
2016	Toplam	119 756	94 012	25 744
2017	Toplam	140 647	109 744	30 904

Kaynak: Tük, 2019

3.4.5. Türkiye’de Hastane ve Hastane Yatak Sayısının İncelenmesi

Tablo 3: 2000-2017 Yılları Arası Türkiye Hastane ve Hastane Yatak Sayısı

Türkiye Geneli		
Yıllar	Hastane Sayısı	Hastane Yatak Sayısı
2000	1.183	134.950
2001	1.199	140.710
2002	1.114	148.571
2003	1.132	149.565
2004	1.175	150.807
2005	1.154	155.072
2006	1.161	158.442
2007	1.275	162.100
2008	1.308	167.283
2009	1.347	172.738
2010	1.397	184.339
2011	1.410	188.047
2012	1.483	200.072
2013	1.517	202.031
2014	1.528	206.836
2015	1.533	209.648
2016	1.510	217.771
2017	1.518	225.863

Kaynak: Tük, 2019

Tablo 3’de Türkiye genelindeki hastane ve hastane yatak sayıları verilmektedir. Bu tabloya göre 2000 ve 2017 yılları arasında hastane ve yatak sayılarında düzenli olarak bir artış görmek mümkündür. Sadece 2001 yılındaki mevcut hastane sayısının 2002 yılında düştüğünü gözlemlemekteyiz.

2000 yılında 1.183 olan hastane sayısı, 2017 yılında 1.518 olmuştur. 10 yıllık zaman aralığında toplam hastane sayısındaki artış 335’dir. 2000 yılında 134.950 olan hastane yatak sayısı, 2017 yılı itibariyle 225.863 olmuştur. Toplam artış 90.913’dür. Hastane yatak sayısında herhangi bir yıl aralığında bir düşme olamamakla beraber sürekli olarak bir artış gözlemlenmiştir.

3.5. Türkiye ve Bilecik İlin’ de GSYH ve Kişi Başına GSYH

GSYH: Ülke sınırları içerisinde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin toplam değerini yansıtmaktadır. Net milli gelir ve Gayri Safi Milli gelir arasındaki farka eşittir (Tomonbay ve Gümüş, 2008: 250).

Kişi Başına GSYH: Ülkenin gayri safi yurtiçi hasılası nüfusa bölünerek bulunur. Fakat devletlerarası araştırmalarda genel olarak ABD doları cinsinden kişi başına gelir rakamları kullanır (Tonus, 2015: 19).

Tablo 4: 2004-2017 Yılları Arası Türkiye ve Bilecik GSYH ve Kişi Başına GSYH

Yıllar	GSYH (Bin)		Kişi Başına GSYH (\$)	
	Türkiye	Bilecik	Türkiye	Bilecik
2004	577.023.497	1.981.420	5.961	6892
2005	673.702.943	2.418.772	7.304	8901
2006	789.227.555	2.844.713	7.906	9751
2007	880.460.879	3.266.021	9.656	12.357
2008	994.782.858	3.604.873	10.931	14.180
2009	999.191.848	3.467.260	8.980	11.359
2010	1.160.013.978	3.977.500	10.560	12.391
2011	1.394.477.166	4.734.881	11.205	13.158
2012	1.569.672.115	5.231.214	11.588	14.232
2013	1.809.713.087	6.193.933	12.480	15.751
2014	2.044.465.876	6.827.072	12.112	14.908
2015	2.338.647.494	7.497.365	11.019	13.086
2016	2.608.525.749	8.241.498	10.883	12.659
2017	3.106.536.751	9.510.480	10.602	11.849

Kaynak: (TÜİK, 2018)

Tablo 4’de, Türkiye ve Bilecik ilinin GSYH verileri yer almaktadır. 2004 ve 2017 yıl aralığındaki değerler paralel bir şekilde artış göstermektedir.

Türkiye’de 2004 yılında GSYH 577.023.497 TL iken, 2017 yılında 3.106.536.751 TL’ye yükselmiştir. Toplam GSYH artışı 2.529.513.254 TL’dir. Bilecik ili içinde aynı şeyleri söylemek mümkündür. 2004 yılında GSYH 1.981.420 TL iken, 2017 yılında 9.510.480 TL’ye yükselmiştir. Toplam GSYH artışı 7.529.060 TL’dir.

Kişi başına GSYH reel veriler ile oluşturulmuştur. Tablo 4’de Bilecik ve Türkiye’yi ele alacak olursak, Bilecik ilinin kişi başı GSYH’si Türkiye nin değerlerine göre daha fazladır. Yıllık değerleri ele alacak olursak 2004 yılında Türkiye’de kişi başına GSYH 5.961 \$ olan değeri, 2017 yılın da 4.641 \$ değerinde bir artış göstererek 10.602 \$ olmuştur. Bilecik ilinin kişi başına GSYH 2004 yılında 6.892 \$ iken, 4.957 \$ değerinde bir artış ile 11.849 \$ olmuştur.

Tablo 5: Bilecik İli 1987-2000 Yılları Arası Kişi Başına GSYH

Yıllar	Kişi Başı GSYH (\$)
1987	2.217
1988	2.312
1989	2.633
1990	3.729
1991	3.467
1992	3.481
1993	4.090
1994	3.205
1995	3.868
1996	3.911
1997	4.089
1998	3.993
1999	3.540
2000	3.521
2001	2.584

Kaynak: Tük, 2019

Yukarıdaki tabloda Bilecik ilinin 1987-2001 yılları arası kişi başı GSYH değerleri görülmektedir. Veriler reel rakamları yansıtmaktadır. Değerlere göre 1987 yılında kişi başı GSYH 2.217 \$ iken, 2001 yılında 2.584 \$'a ulaşmıştır. Yıllar arası dönemsel düşüşler ve artışlar gözlemlenebilmektedir.

1987 yılından 2001 yılına kadar olan toplam artış 367 \$'dır. Kişi başı GSYH verilerinde en yüksek değere 1993 yılında ulaşılmıştır. Ulaşılan değer 4.090 \$'dır. Yıllar arasındaki en yüksek artışın 1989 ve 1990 yılları arasında olduğu tablo 6'dan görülmektedir. Toplam artış 1.096 \$ olmuştur. En fazla düşüş olan yıl aralıkları ise, 2000 ve 2001 yılları olmuştur. Bu düşüş 937 \$ olarak hesaplanmıştır.

3.6. Bilecik İl'inde Sağlık Sektörü Yapısı

3.6.1. İldeki Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Bilecik 'de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları, özel hastane ve özel poliklinik merkezi tarafından verilmektedir.

3.6.2. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren İl Sağlık Müdürlüğü kendisine bağlı; 4 Devlet Hastanesi, 2 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 4 Entegre İlçe Hastanesi, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 3 Toplum Sağlığı Merkezi, 3 Aile Sağlığı Merkezi, 1 Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) , 1 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve Bozüyük İlçe Sağlık Müdürlüğü ile Bilecik İl’inde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve yürütülmesini sağlamaktadır (Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, 2018: 1).

3.6.3. İl Sağlık Müdürlüğü

20.12.2001 tarihli ve 8597 sayılı ‘ Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge’ de il sağlık teşkilat yapı ve görevleri belirlenmiştir. Buna göre sağlık müdürü, sağlık alanında üst yetkide yer almaktadır, fakat hiyerarşik düzende valinin yetkisi altındadır (Türk Tabipler Birliği, 2005:1).

3.6.4. Bilecik Devlet Hastanesi

Bilecik Devlet Hastanesi, 1930 senesinde kurulmuştur. İlk adı ‘Memleket Hastanesi’dir. Toplam hastane yatak sayısı 15’dir. 1954 yılında Memleket Hastanesi tüm gelir ve giderleri ile Sağlık Bakanlığı yönetimi altına alınmıştır. Hastane günümüzdeki konumu olan Ertuğrul Gazi mahallesine 50 yatak sayısı ile taşınmıştır.

1960’lı yıllarda hastane yatak sayısı 60 civarı iken, bu sayı 1999 yılında artmış ve 128 yatak sayısına ulaşmıştır. 03.07.2018 itibariyle yatak sayısı resmi olarak 120, fiili olaraksa 133 kabul edilmiştir. Hastane’ deki toplam personel sayısı 482’dir. 54 Uzman Hekim bulunmaktadır. Personellerin 364’ü kadroya alınmış, 157 personel ise sözleşmeli olarak görevlerine devam etmektedirler (Bilecik Devlet Hastanesi, 2018: 1).

3.6.5. Bilecik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Bilecik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 01.10.2007 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır.

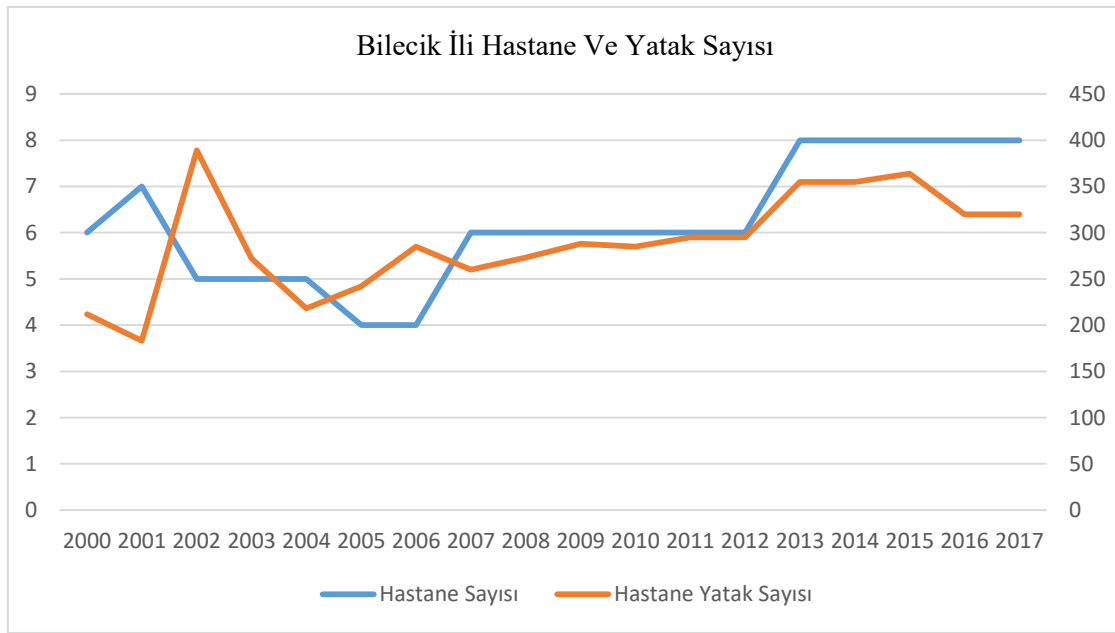
T.C. Sağlık Bakanlığından kuruluş izni 29.06.2007 tarihli 6134 sayılı olur ile onaylanmıştır. Hastane kuruluşunda uygun bir bina bulunmayışı sebebiyle, eski SSK binasının da (Ertuğrul Gazi Mahallesi Abbaslık Köyü Yolu Üzeri) hizmete açılmış olup, 2011 yılında yeni binasına taşınmıştır.

08.03.2018 tarihi itibariyle; 6 diş hekimi, 5 diş protez teknisyeni, 2 sağlık memuru, 1 hizmetli personel ile sağlık hizmeti verilmektedir. Bilecik’ de ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumdur (Bilecik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 2018: 1).

3.7. Bilecik İli Ekonomik Verilerle Analizi ve Değerlendirmesi

3.7.1. Bilecik İlinin 2000-2017 Yılları Arası Hastane ve Hastane Yatak Sayısı Değerlendirmesi

Bilecik İlinde aşağıdaki grafikte de görüldüğü gibi 2000-2017 yılları arasında hastane ve hastane yatak sayısında azalış ve artışlar gözlemlenmektedir.



Grafik 5: 2000-2017 Bilecik İl'i Hastane ve Hastane Yatak Sayısı

Kaynak: Tük, 2018

Tablo 6’de ki verilere göre, hastane ve yatak sayıları yıllar itibariyle değişkenlik göstermektedir. Hastane sayısı 2000 yılında 6 iken, 2006 yılında 4’ e düştüğü gözlemlenmektedir. Hastane yatak sayısının 2000-2006 yılları arası arttığı gözlemlenmiştir.

2007 ve 2017 yıllarını baz alacak olursak her iki veride de hastane sayısında artış olurken, hastane yatak sayısının da arttığını söylemek mümkündür.

2000 yılında 6 olan hastane sayısı, 2017 yılında 8’e yükselmiştir. 2000 yılında 212 olan hastane yatak sayısı 2017 yılı itibariyle 320’ye yükselmiştir. Artan hastane ve yatak sayısı daha çok vatandaşa hizmet verdiğinden dolayı verimlilik artışı olmuştur.

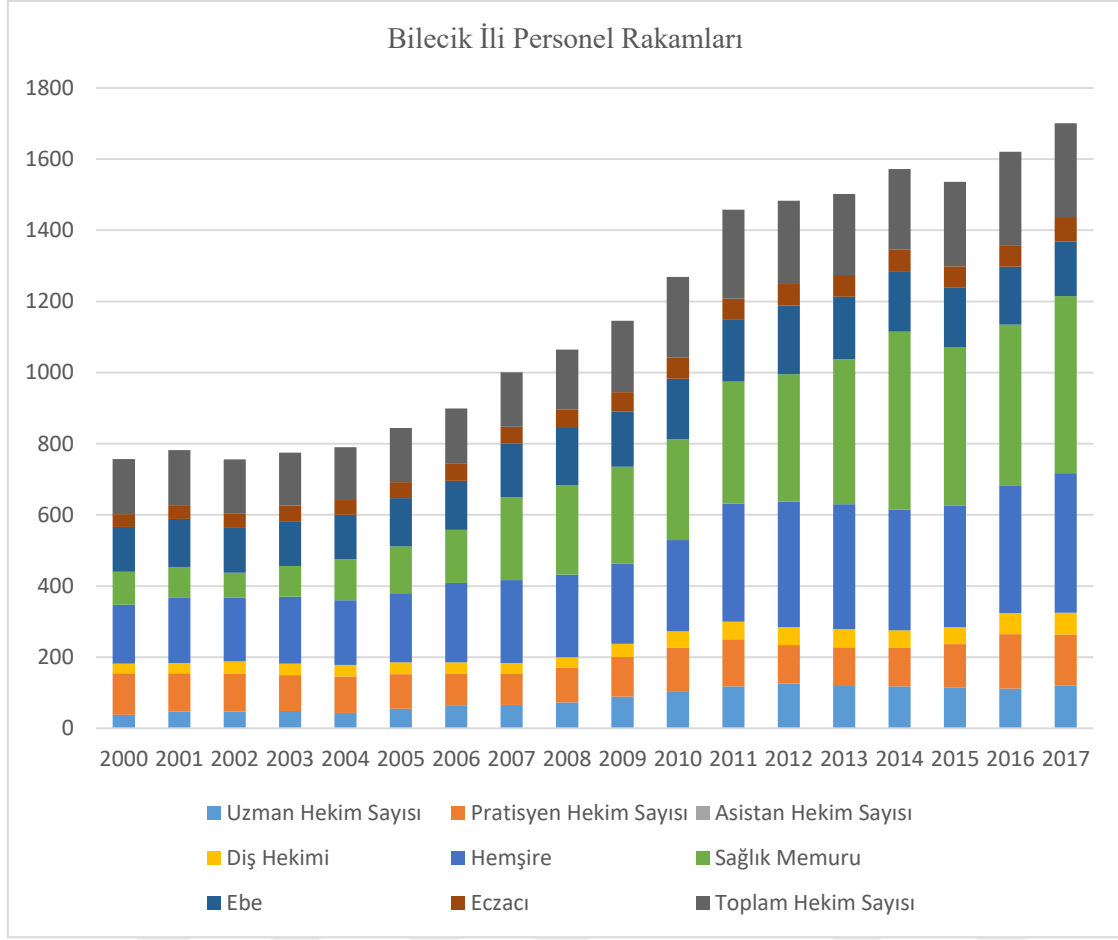
Tablo 6: Bilecik 2000-2017 Hastane ve Yatak Sayısı

	Hastane Sayısı	Hastane Yatak Sayısı
2000	6	212
2001	7	183
2002	5	389
2003	5	272
2004	5	218
2005	4	242
2006	4	285
2007	6	260
2008	6	273
2009	6	288
2010	6	285
2011	6	295
2012	6	295
2013	8	355
2014	8	355
2015	8	364
2016	8	320
2017	8	320

Kaynak: Tük, 2018

3.7.2. Bilecik İlinin 2000-2017 Yılları Arası Sağlık Personelleri Sayıları Değerlendirmesi

Bilecik ili personel rakamlarındaki değişim grafik 6’de gösterilmektedir.



Grafik 6: 2000-2017 Yılları Arası Bilecik İli Personel Rakamları

Kaynak: Tük, 2019

Sağlık Personelini tanımlamak gerekirse; sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve sözleşme ile çalıştırılan ve bu alanda mesleki yeterlilikle mezun olmuş bireylerdir (<https://www.hukukmedeniyeti.org/saglik-personeli/nedir>, 2019).

Bilecik İlinde sağlık personeli sayıları yıllara göre tablo 7’de düzenlenmiştir. Buna göre; uzman hekim sayısı 2000 yılında 38 iken, 2017 yılında 121’e yükselmiştir. Uzman hekim sayısında 83 kişilik bir artış gözlemlenmiştir.

Pratisyen hekim sayısında 2000-2017 yılları arasında 26 kişilik artış, diş hekimi sayısında 34 kişilik artış, hemşire personeli sayısında 227 kişilik artış olduğu görülmektedir.

2000-2017 yılları arasında sağlık memuru personel sayısı 405, ebe sayısı 27, eczacı 33 kişilik bir artış olmuştur. 2000 yılından 2017 yılına kadar toplam hekim sayısındaki artış 109’dur.

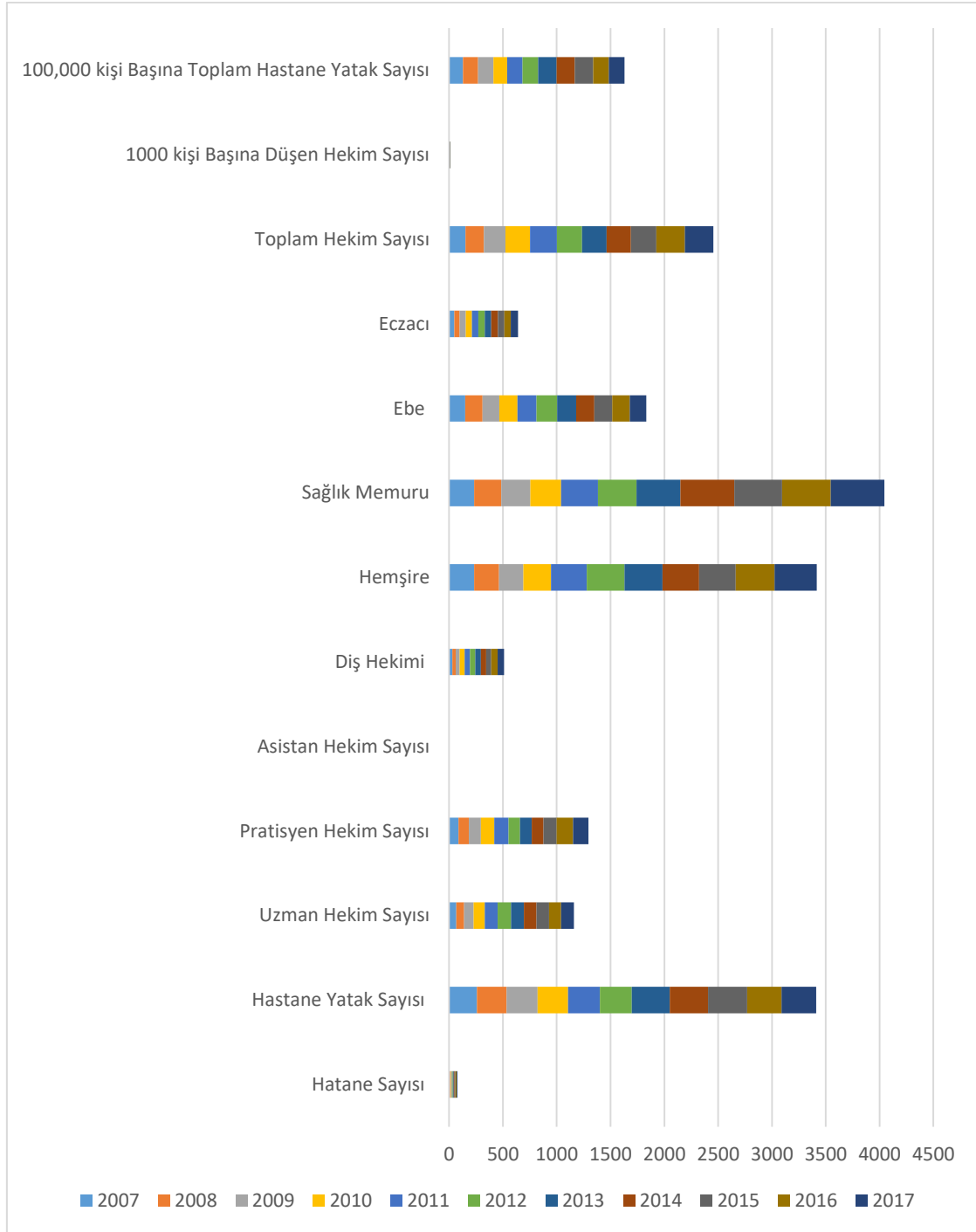
Tablo 7: 2000-2017 Yılları Arasındaki Bilecik İli Hekim Sayıları

	Uzman Hekim Sayısı	Pratisyen Hekim Sayısı	Asistan Hekim Sayısı	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı	Toplam Hekim Sayısı
2000	38	117	0	27	165	93	126	36	155
2001	47	108	0	29	184	86	135	38	155
2002	47	106	0	35	179	70	126	40	153
2003	49	100	0	33	188	86	126	44	149
2004	43	103	0	32	182	115	125	44	146
2005	55	97	0	33	195	131	136	45	152
2006	63	91	0	31	224	149	138	49	154
2007	66	87	0	31	233	233	150	48	153
2008	73	97	0	30	232	251	161	51	170
2009	89	112	0	37	225	272	155	55	201
2010	104	123	0	46	256	284	170	59	227
2011	118	132	0	50	332	343	175	58	250
2012	126	108	0	50	353	358	194	60	234
2013	119	109	0	51	351	408	175	61	228
2014	118	108	0	49	340	500	170	61	226
2015	115	122	0	47	342	446	166	61	237
2016	112	153	0	59	359	452	163	58	265
2017	121	143	0	61	392	498	153	69	264

Kaynak: Tük, 2019

3.7.3. Bilecik İli 2007-2017 Yılları Arası Hastane ve Personel Rakamlarının Değerlendirilmesi

Bilecik İline ait hastane ve personel verilerine ait rakamlar Grafik 7’de derlenmiştir.



Grafik 7: 2007-2017 Bilecik İl'i Hastane ve Personel Rakamları

Kaynak: Tüik, 2019

2007 yılından 2017 yılına hastane sayısındaki artış 2, toplam doktor sayısı da 111 olarak artış göstermiştir. 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, hastane ve doktor sayısındaki artışa rağmen durağanlık göstermeye devam ederek 1 olarak kalmıştır. 100.000 kişi başına toplam yatak sayısı ise 16'dır.

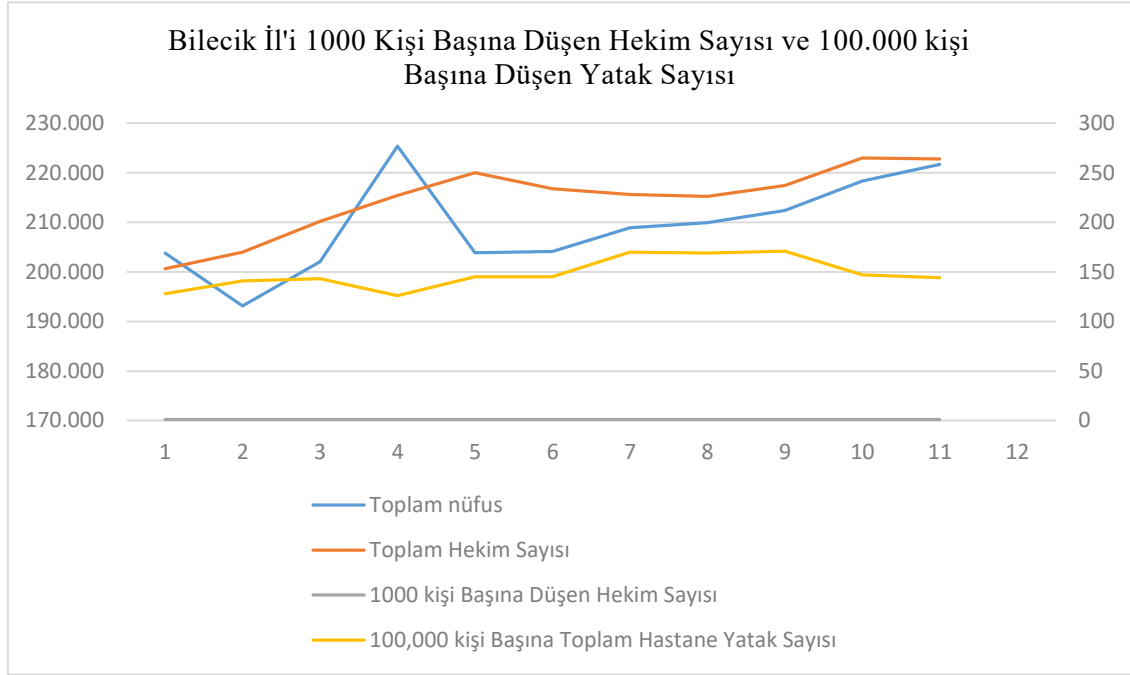
Burada nüfus da ki artışın etkisi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Tablo 8: 2007-2017 Yılları Arası Bilecik İli Hastane ve Personel Rakamları

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hastane Sayısı	6	6	6	6	6	6	8	8	8	8	8
Hastane Yatak Sayısı	260	273	288	285	295	295	355	355	364	320	320
Uzman Hekim Sayısı	66	73	89	104	118	126	119	118	115	112	121
Pratisyen Hekim Sayısı	87	97	112	123	132	108	109	108	122	153	143
Asistan Hekim Sayısı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diş Hekimi	31	30	37	46	50	50	51	49	47	59	61
Hemşire	233	232	225	256	332	353	351	340	342	359	392
Sağlık Memuru	233	251	272	284	343	358	408	500	446	452	498
Ebe	150	161	155	170	175	194	175	170	166	163	153
Eczacı	48	51	55	59	58	60	61	61	61	58	69
Toplam Hekim Sayısı	153	170	201	227	250	234	228	226	237	265	264
1000 kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
100,000 kişi Başına Toplam Hastane Yatak Sayısı	128	141	143	126	145	145	170	169	171	147	144

Kaynak: Tük, 2019

3.7.4. Bilecik İl'i 2007-2017 Yılları Arası Nüfusu, Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ve 100.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı



Grafik 8: Bilecik İl'i Nüfusu, 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ve 100.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı

Kaynak: TÜİK, 2019

Tablo 9’da yer alan değerlere göre, nüfus artışı ile birlikte 1000 kişi başına düşen hekim sayısında bir değişiklik olmazken, 100.000 kişi başına düşen yatak sayısında artışlar olduğu görülmektedir. 2007 yılında toplam nüfus 203.777’den, 2017 yılında 221.693’e artış göstermiştir. On yıllık bir zaman diliminde Bilecik ili için nüfus artışı 17.916 kişi olmuştur.

2000 yılında 153 olan toplam hekim sayısı 2017’de 175’e yükselmiştir. On yıllık zaman periyodunda 22 kişilik personel artışı olmuştur.

2000-2007 yılları arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısında bir artış ya da azalış görünmemektedir.

2000-2017 yılları arasında 100.000 kişi başına düşen toplam hastane yatak sayısı ise 128’den 130’e yükselerek 2 yataklık bir artışı olmuştur.

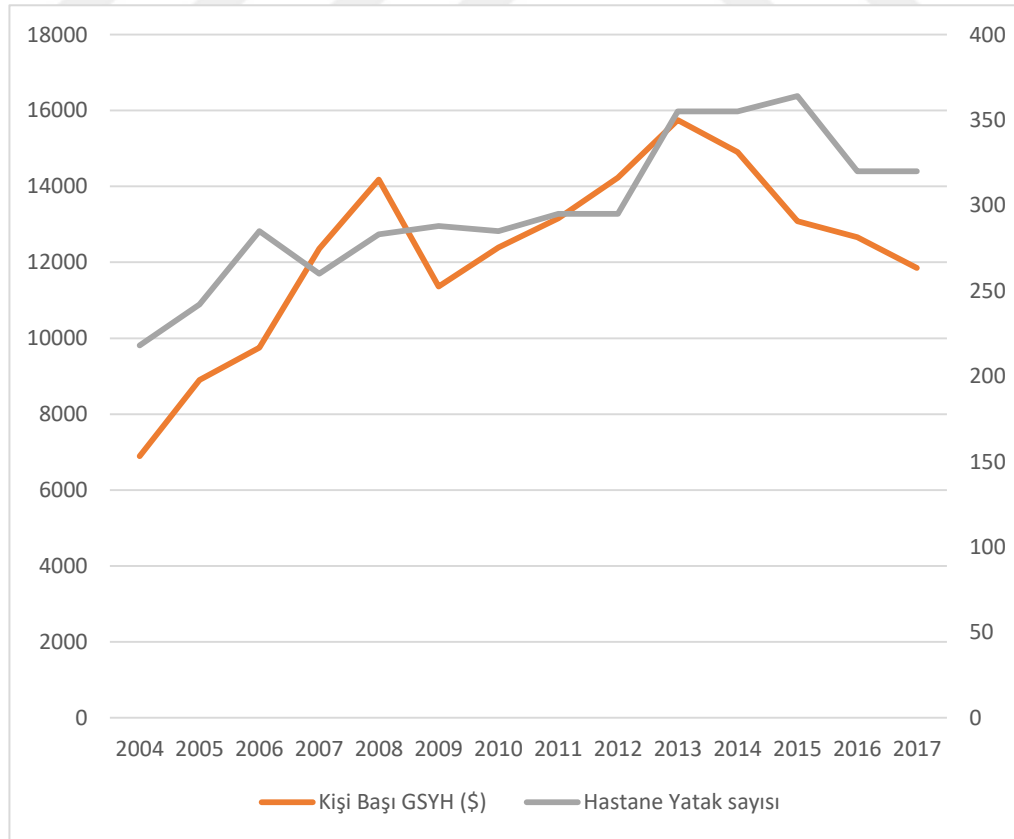
Yukarıda yer alan grafik 9’da da bu değişimler yer almaktadır.

Tablo 9: Bilecik İlinin 2007-2017 Yılları Arası Toplam Nüfus, Kişi Başına Hekim ve Hastane Yatak Sayısı

Yıllar	Toplam nüfus	Toplam Hekim Sayısı	1000 kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	100,000 kişi Başına Hastane Sayısı	Toplam Yatak
2007	203.777	153	1	128	
2008	193.169	170	1	141	
2009	202.061	201	1	143	
2010	225.381	227	1	126	
2011	203.849	250	1	145	
2012	204.116	234	1	145	
2013	208.888	228	1	170	
2014	209.925	226	1	169	
2015	212.361	237	1	171	
2016	218.297	265	1	147	
2017	221.693	264	1	144	

Kaynak: Tük, 2019

3.7.5. 2004-2017 Yılları Arası Bilecik İli Kişi Başı GSYH ve Hastane Yatak Sayısı



Grafik 9: 2004-2017 Bilecik Kişi Başı GSYH ve Hastane Yatak Sayısı

Kaynak: Tüik, 2019

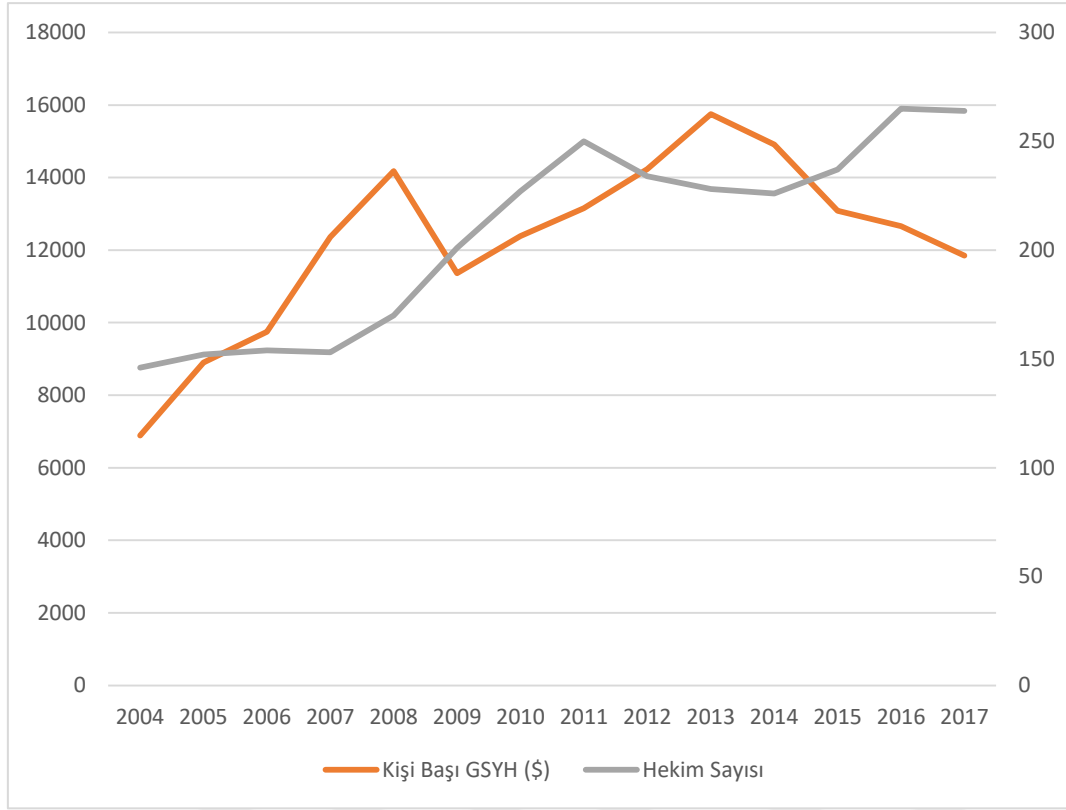
Grafik 9’da, 2004-2017 yılları arası kişi başı GSYH ve hastane yatak sayıları görülmektedir. Kişi başı GSYH verileri reel değerlerden alınmıştır. GSYH’nin 2004 ve 2017 yıllarında arasında artış ve azalışları gözlemlenmiştir. 2004 senesinde 6892 \$ olan kişi başı GYSH, 2017’de 11.849 \$ rakamına ulaşmıştır. Aradaki toplam artan rakam 4.957 \$’dır. Hastane yatak sayısına geldiğimizde 2004 yılından 2017 yılına kadar sürekli bir artış gözlemlenememiştir. Bunun aksine senelik bazda çok fazla değişken olup artış ve azalış gözlemlenmiştir. 2006 yılında 285 olan hastane yatak sayısı 2007 yılında 260’a gerilemiştir. Sonrasında hastane yatak sayısı yükselmiş ve sabit halde kalmış; 2015 yılında 364 olan hastane yatak sayısı 2016 ve 2017 yıllarında 320 olduğu gözlemlenmektedir. 2004 yılından 2017 yılına kadar hastane yatak sayısında toplam artış 102’dir.

Tablo 10: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hastane Yatak Sayısı

Yıllar	Kişi Başı GSYH (\$)	Hastane Yatak sayısı
2004	6892	218
2005	8901	242
2006	9751	285
2007	12.357	260
2008	14.180	283
2009	11.359	288
2010	12.391	285
2011	13.158	295
2012	14.232	295
2013	15.751	355
2014	14.908	355
2015	13.086	364
2016	12.659	320
2017	11.849	320

Kaynak: Tüik, 2019

3.7.6. 2004-2017 Yılları Arası Bilecek İli Kişi Başı GSYH ve Hekim Sayısı



Grafik 10: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hekim Sayısı

Kaynak: Tüik, 2019

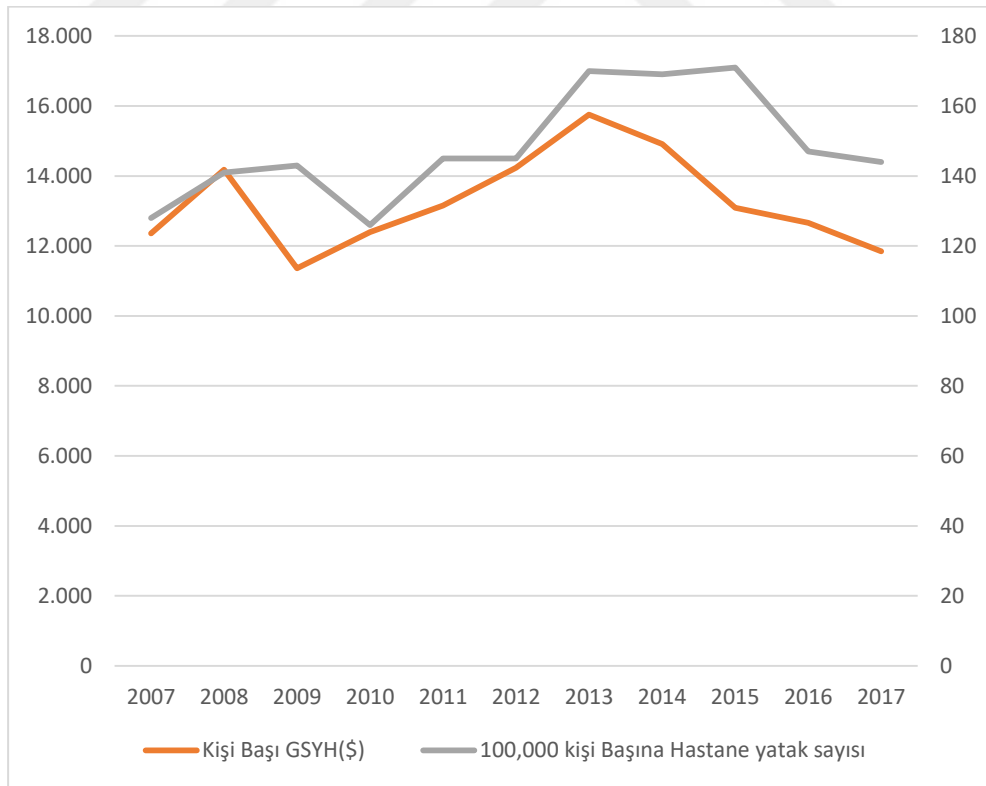
Yukarıda görülen grafikte 2004 ve 2017 yılları arasında GSYH ve hekim sayısı artış ve azalışı gözlemlenmektedir. Kişi başı GSYH verileri reel değerlerden alınmıştır. Buna göre GSYH 2004 ve 2017 yıllarında arasında artış ve azalışları görülmektedir. 2004’de 6892 \$ olan GYSH, 2017’de 11.849 \$ rakamına ulaşmıştır. Aradaki toplam artan rakam 4.957 \$’dir. En fazla artış 2007 ve 2008 yılları arasında olmuştur. Hekim sayısına bakıldığında toplamda artmış, fakat bazı yıllar arasında düşüşler yaşanmıştır. Buna örnek olarak 2011 yılında 250 olan hekim sayısı 2012 yılında 234’e gerilemiştir. 2004 yılından 2017 yılına hekim sayısındaki toplam artış 118’dir.

Tablo 11: 2004-2017 Bilecik GSYH ve Hekim Sayısı

Yıllar	Kişi Başı GSYH (\$)	Hekim Sayısı
2004	6892	146
2005	8901	152
2006	9751	154
2007	12.357	153
2008	14.180	170
2009	11.359	201
2010	12.391	227
2011	13.158	250
2012	14.232	234
2013	15.751	228
2014	14.908	226
2015	13.086	237
2016	12.659	265
2017	11.849	264

Kaynak: Tük, 2019

3.7.7. 2007-2017 Yılları Arası Bilecik İli Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı



Grafik 11: 2007-2017 Bilecik İl'i Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı

Kaynak: Tüik, 2019

Yukarıdaki grafikte 2007 ve 2017 yılları arasında kişi başı GSYH değişimi 100,000 kişi başına hastane yatak sayısı artış ve azalışı gözlemlenmektedir. Kişi başı GSYH verileri reel değerlerden alınmıştır. Buna göre GSYH 2004 ve 2017 yıllarında arasında hiç değer kaybetmeden devamlı yükselmesi gözlemlenmiştir. 2007 de 12.357 \$ olan GYSH 2017 de 11.849 \$'a gerilemiştir. Aradaki toplam fark 508 \$ olmuştur. 100,000 kişi başına hastane yatak sayısının da artış ve azalışlar gözlemlenmektedir, en fazla artış 2012 ve 2013 yıllarında olmuştur. 145 den 170'e çıkmış ve yine en fazla azalış 2015 ve 2016 yılları arasında olmuştur. 171 den 147'ye inmiştir. Genel olarak baktığımızda bir artış gözlemlemekteyiz, fakat düzenli olarak bir azalışta gözlemlemekteyiz. Bunun sebebinin ise hızlı nüfus artışı olduğunu söylemek mümkündür. 2007 ve 2017 yıllarında toplam artış 16 olmuştur.

Tablo 12: 2007-2017 Bilecik Kişi Başı GSYH ve 100.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı

Yıllar	Kişi Başı GSYH(\$)	100,000 Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı
2007	12.357	128
2008	14.180	141
2009	11.359	143
2010	12.391	126
2011	13.158	145
2012	14.232	145
2013	15.751	170
2014	14.908	169
2015	13.086	171
2016	12.659	147
2017	11.849	144

Kaynak: Tüik, 2019

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BİLECİK İLİ SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE KİŞİ BAŞI GSYH EKONOMETRİK ANALİZİ

4.1. Ekonomik Analiz

Bu çalışmada panel veri analizi kullanılmıştır. Zaman serisi ve yatay kesit değerlerinin birlikte olduğu durumu açıklayan metot, panel veri analizidir. Diğer çözümleme modellerinin panel veri analizi ile kıyaslandığında daha dezavantajlı oldukları görülmüştür. Buna göre panel veri çözümlemesinin farklılıklarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- a- Zaman serisi ve yatay kesit serilerini birlikte aldığı için daha fazla değişken modelde kullanılıp analiz edilebilmektedir.
- b- Modelde kullanılan değişkenler arasında bağımsız bir ilişki olabilme durumuna rağmen, bazı verilerin kullanılmasına izin vermektedir.
- c- Zaman serisinin belli bir dönemi ele alması ya da yeterli olmayan yatay kesit verilerinin varlığında dahi analiz yapılmasına olanak tanımaktadır (Uğurlu, 2018: 2).

Panel veri analizlerinde oluşturulan denklemlerde katsayılar zamana ve birimlere göre değişkenlik göstermektedirler. Denklemden kullanılan gözlem sayısının üstünde bir tahmin edilen parametre, oluşturulan modelin ön görülememesine sebebiyet vermektedir. Bu negatif durumu ortadan kaldırmak ve sonuç alabilmek için, hata ifadelerinin özellikleri ve katsayılarda kullanılan değerlerle ilgili farklı hipotezlerin kullanımı gerekmektedir (Pazarlıoğlu ve Gürler, 2007: 37).

Bu hipotezlere dayanılarak; havuzlanmış regresyon modeli, sabit etkiler modeli ve rassal etkiler modeli olarak 3 model oluşturulmaktadır. Bunlardan ilki olan havuzlanmış regresyon modelinde, zaman serilerinde ve yatay kesitler arasında sabit değerin ve eğim katsayısının sabit olduğu, aynı zamanda zaman serileri ve yatay kesit arasında hata özelliklerinin oluşturduğu farkları temel alarak açıklama getirilebilen hipotezdir (Saatcioğlu ve Karaca, 2015: 781).

İkinci olarak sabit etkiler hipotezinde, katsayılar sadece yatay kesitlere göre veya katsayıların hem yatay kesitlere hem de zamana göre değişkenlik gösterdiğini açıklamada kullanılmaktadır. Yatay kesitlerde yer alan değerler ayrı ayrı değişmeyen

(sabit) sonuçlar almaktadır. Sabit etkili model tek yönlü ve çift yönlü model olarak 2'ye ayrılmaktadır. Fakat panel veri yaklaşımında zaman değerine göre kesit değerleri daha ön planda olması sebebiyle tek yönlü sabit etkili modeli yaygın olarak kullanılmaktadır (Özer ve Çiftçi, 2009: 42).

Son olarak rassal etkiler hipotezinde ise, kesitler ya da kesit ve zaman serisi arasında oluşan farklılıklar hata özelliklerini ile ilişkisinin olduğunu açıklamada kullanılmaktadır. Burada ki farklılık, değerlerin rassal olarak dağılması ile sabit etkili modelde oluşan serbestlik düzeyinin ortadan kaldırılmasıdır (Bayraktutan ve Demirtaş, 2011, 8).

Özetlemek gerekirse, panel veri analizi yönteminde ki hipotez, tüm değerlerin havuzlaması ve analizde kullanılacak olan değişkenlerin tek değer gibi ortak bir şekilde açıklanmasıdır (Güvel ve Aytun, 2013: 10).

4.2. Analiz Tahminleri ve Sonuçları

Tablo 13'te, ekonometrik panel veri analizinin sabit etkili model sonucu gözlemlenmektedir.

Çalışmada kullanılan ekonometrik model denklemi aşağıdaki gibidir:

$$Y_{it} = \alpha + \beta X_{it} + \delta_i + \theta_t + \epsilon_{it} \quad (1)$$

Burada, Y_{it} i ilinin t yılındaki kişi başı GSYH'yı, X_{it} i ilinin t yılındaki ilgili sağlık değişkenini, δ_i il sabit etkileri, θ_t zaman sabit etkileri, ϵ_{it} ise hata terimini göstermektedir.

Tablo 13: 2004-2017 Yılları Arası 81 İl İçin Sağlık Göstergeleri ve KBGSYH Panel Veri Analizi

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DEĞİŞKENLER	Log İl GSYH	Log İl GSYH	Log İl GSYH	Log İl GSYH	Log İl GSYH
Log Hastane Yatak Sayısı	0.0403*** (0.0101)				
Log Uzman Doktor Sayısı		0.0519*** (0.00994)			
Log Hemşire Sayısı			0.0704*** (0.0145)		
Log Dişhekim Sayısı				0.0438*** (0.00832)	
Log Sağlık Memuru Sayısı					- 0.0399*** (0.0153)
Sabit	8.047*** (0.0694)	8.046*** (0.0534)	7.879*** (0.0912)	8.135*** (0.0362)	8.570*** (0.0946)
Gözlem Sayısı	1,134	1,134	1,134	1,134	1,134
R ²	0.955	0.956	0.955	0.956	0.955
İl Sayısı	81	81	81	81	81
F İstatistiği (14, 1039)	F İstatistiği (80, 1039)=56 6 p=0.000	F İstatistiği (80, 1039)=54 2 p=0.000	F İstatistiği (80, 1039)=55 6 p=0.000	F İstatistiği (80, 1039)=48 8 p=0.000	F İstatistiği (80, 1039)=56 2 p=0.000

Not: Standart hatalar parantez içerisinde. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Buna göre Türkiye’de ki 81 il için 2000 ile 2017 takvim yıllarını içeren sağlık göstergeleri ve il kişi başı GSYH değerlerine ilişkin veriler toplanarak düzenlenmiştir. Bu sağlık göstergeleri; hastane sayısı, hastane yatak sayısı, uzman doktor sayısı, hemşire sayısı, diş hekimisi sayısı, sağlık memuru sayısı, ebe sayısı, eczacı sayısından oluşmaktadır. İl kişi başı GSYH değerleri 2004 yılından başladığı için analiz 2004-2017 yıllarını içermektedir.

Çalışmadaki amaç, il kişi başı GSYH değerinin, hastane yatak sayısı, uzman hekim sayısı, hemşire sayısı, diş hekimisi sayısı ve sağlık memuru sayısı ortalamalarından ne ölçüde etkilendiğini görmektir.

Esneklik anlamında ekonometrik sonuçları yorumlayabilmek için tüm değişkenlerin logaritması alınarak analize dâhil edilmiştir.

Çalışmada, il hastane yatak sayısı logaritması, il uzman doktor sayısı logaritması, il dış hekimi sayısı logaritması, il sağlık memuru sayısı, il hemşire sayısı logaritması ve il kişi başı gayrisafi yurtiçi hâsıla arasındaki ilişkiyi incelemek için 5 farklı model kurulmuştur.

Analizdeki F istatistiğinde $p=0$. Yani $p<0,1$ den küçüktür. F istatistiği formül (1)'deki modelin $p<0$ olduğu için anlamlı bir model olduğunu göstermektedir. Tablo 14'de zaman sabit etkisi ve il sabit etkisi kullanılmıştır. İl sabit etkinin kullanılma sebebi; iller arasındaki farklılıkları modele dâhil edebilmektir. Zaman sabit etkinin kullanılma sebebi ise, zaman içindeki değişiklikleri analizde gösterebilmektir.

Seriler arası ilişkinin incelenmesin de panel veri yaklaşımından sabit ekili model kullanılmıştır.

Panel veri ekonometrisi tahmin sonuçları Tablo 14'de gösterilmektedir. Regresyon tahmin sonuçlarından elde edilen sonuçlara göre;

İllerde ki hastane yatak sayısındaki %1'lik bir artış, kişi başı il GSYH değerini %0.04 arttırmaktadır.

İllerde ki uzman doktor sayısındaki %1'lik artış, kişi başı il GSYH değerini %0.05 arttıracaktır.

İllerde ki hemşire sayısındaki %1'lik artış, kişi başı il GSYH değerinin %0.07 oranında artmasını sağlayacaktır.

İllerdeki dış hekimi rakamlarında ki %1'lik bir artış, il kişi başı GSYH değerinde %0.04'lük artış sağlayacaktır.

İllerdeki sağlık memuru sayılarında ki %1'lik artışla, il kişi başı GSYH değerinde %0.03'lük negatif bir durum oluştuğu gözlemlenmektedir.

SONUÇ

Sağlık bireylerin ve toplumların kaliteli bir yaşam sürmelerinde önemli değişkenlerden biridir. Sağlığın bireysel getirileri olduğu kadar, ülke ekonomileri açısından da etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetleri ve ekonomi birbirinden ayrı düşünülemez kavramlardır. Sağlık hizmetlerinin ekonomi içinde yer alması ve etkilerinin açıklanması yeni bir oluşum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık ekonomisini incelediğimizde, eldeki kıt kaynaklar ile sağlık sektörünün geliştirilmesi, kaynakların etkin dağılımı ve kullanımı, teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi, verimli, ekonomik ve dinamik bir toplum yapısının oluşturulmasının başlıca hedefler olduğu söylenebilir.

Ülke ekonomilerinin güçlü ve sürdürülebilir olması için sağlıklı bir toplum yapısına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetlerine yapılan giderler ise sağlık harcamalarının oluşmasına neden olmuştur. Gelişmiş ve güçlü ekonomilerde her zaman sağlık harcamalarına aktarılan kaynakların arttığı gözlemlenmiştir. Sağlık harcamalarına önem verilmesi, kişi ve toplumların refah seviyelerinde bir artış yaratmıştır. İşsizlik azalmıştır, erken ölüm oranlarında gerilemeler başlamıştır. Toplumların hastalık halinden kurtulmaları, iş gücü performanslarını olumlu yönde etkilemiştir. Bu durum ülke ekonomilerinin de pozitif açıdan gelişmesine katkı sağlamıştır.

Sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi araştırmacıların da üzerine durdukları bir konu olmuştur. Araştırmacılar sağlık ve büyüme ilişkisini deneysel çalışmalar yaparak ortaya koymuşlardır. İçsel büyüme modelleri olarak yer verilen çalışmalarda sağlık ve büyüme arasında doğrusal bir ilişki olduğunu sonucuna varılmıştır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların ekonomik büyümeye, ekonomik büyüme de ki artışların ise sağlık harcamalarının artmasına olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür.

Sağlık harcamalarının ve sağlık ekonomisinin büyüme ile ilişkisini açıklamak için; nüfus, kişi başı gayri safi yurtiçi hâsıla, gayri safi yurtiçi hâsıla, hastane sayısı, dış hekimi sayısı, uzman hekim sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı, hastane yatak sayısı, 100.000 kişi başına düşen hastane yatak sayısı, eczacı sayısı gibi sağlık göstergelerinden faydalanılmıştır.

Bilecik ili için, sağlık göstergelerinden kişi başı GSYH' ya doğru tek yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Kişi başı GSYH'den sağlık göstergelerine doğru bir ilişkinin ortaya koyulamadığı söylenilebilir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu ve özel kesim arasındaki paylarına bakıldığında, 2000 senesinde 5 milyar 190 milyon TL olan kamu payının, 2010 yılında 48 milyar 482 milyon TL'ye kadar arttığını görebiliriz. Aynı şekilde 2000 yılında 3 milyar 58 milyon TL olan özel kesim payının, 2010 yılında 13 milyar 196 milyon TL'ye arttığını görebiliriz. 2017 yılına gelindiğinde ise bu toplamların; kamu için 109 milyar 744 milyon TL, özel içinse 30 milyar 904 milyon TL olduğu söylenilebilir.

Türkiye için hastane ve hastane yatak sayısı değerlerinin; 2000 yılından 2017 yılına kadar sürekli ve düzenli bir şekilde ilerleme gösterdiği görülmüştür.

Türkiye ve Bilecik ili GSYH verilerine bakacak olursak, paralel bir şekilde artış olduğunu anlayabiliriz. Öyle ki Bilecik ilinin kişi başı gayri safi yurtiçi hâsıla değerlerinin Türkiye bazında ki artıştan yüksek olduğu açıkça ortaya koyulmuştur.

Bilecik ili bazında kişi başı gayri safi yurtiçi hasılanın 1987'den 2017 yılına değin genel olarak arttığını tablo 5'den görülebilmektedir.

Bilecik ilinin hastane sayısı ve yatak sayısında 2000 ve 2017 yılları itibariyle artışlar olduğunu görmekteyiz. Hastane sayısı 223.448 nüfusu olan bir il için dönemsel durağanlık haline rağmen yılsonunda bir artışı olmuştur. Aynı şekilde hastane yatak sayısının da artarak 212 den 320 ye yükseldiği söylenebilir.

2000 ve 2017 yılları arasında Bilecik ilindeki personel rakamlarında da toplam 109 kişilik bir artış olmuştur.

2004-2017 yılları arasında, hastane yatak sayısı ve kişi başı GSYH değerlerinin ilişkilendirilmesinde tek yönlü bir ilişkinin olduğu söylenilebilir. Bu yıllarda kişi başı GSYH sürekli bir artış göstermemiştir, yıl aralıklarındaki artış ve azalışları mevcuttur. Aynı şekilde hastane yatak sayısında da bazı yıllar yükselişler, bazı yıllar azalışlar gözlemlenebilmektedir.

2004 ve 2017 takvim yılı aralıklarında, Bilecik ili hekim sayısının ve kişi başı GSYH değerlerinin artış ve azalışları görülebilmektedir. Ancak burada da GSYH'den hekim sayısına tek yönlü bir ilişki vardır. Kişi başı GSYH değerleri 2008 yılına değin

sürekli artış göstermekteyken, sonraki yıllarda değişkenlik göstermektedir. Hekim sayısının yıl aralıklarında azaldığını hatta durağanlaştığı ifade edebiliriz.

2004 ve 2017 takvim yılında 100.000 kişi başına hastane yatak sayısı ve kişi başı GSYH ilişkisi ekonometrik analiz ile ele alınmıştır.

2007 ve 2017 takvim yıllarına baktığımızda, artan nüfusla birlikte 100.000 kişi başına toplam hastane yatak sayısında da pozitif yönde artışlar gerçekleşmiştir.

Çalışmanın son bölümünde, panel veri ekonometrisinin sabit etkili modeli ile analiz çalışması yapılmıştır. 81 il için toplanan sağlık göstergesi değerleri 2000 ile 2017 ve il kişi başı GSYH değerleri 2004-2017 yılları arasını kapsamaktadır. Ancak il kişi başı GSYH değeri 2004 yılından başladığı için, analizimiz 2004- 2017 yılları arasını ele almaktadır.

Analizde kullanılan veriler 2004-2017 yılları arası il kişi başı GSYH değerleri, 81 ilin hastane yatak sayısı, 81 ilin uzman doktor sayısı, 81 ilin hemşire sayısı, 81 ilin dış hekimi sayısı ve sağlık memuru sayısıdır.

Hazırlanan verilerin, Eviews 9 programı ile analizi yapılarak, tahmin ve sonuçları açıklanmıştır. Buna göre, 2004-2017 yılları arasındaki 81 il logaritması alınan sağlık göstergesi değerleri ve il kişi başı GSYH değerlerinin sonuçları aşağıdaki gibidir.

Özetlemek gerekirse, hastane yatak sayısı, uzman doktor sayısı, dış hekimi sayısı, hemşire sayısı ile il kişi başı GSYH arasında pozitif yönde, sağlık memuru ve il kişi başı GSYH arasında negatif yönde bir ilişki olduğu söylenilebilir. Sağlık memuru değişkeninin ekonomik büyümeyi olumsuz etkilemesinin sebebi söz konusu değişkenin verimsiz kullanılması sonucu olabilir. Politik nedenlerden dolayı seçim dönemlerinde sağlık memuru alımı gerçekleştirildiği bilinmektedir. Hastane yatak sayısı, uzman doktor sayısı, dış hekimi sayısı, hemşire sayısı değişkenlerinin ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkisinin bu değişkenlerin birey sağlığını doğrudan etkileyen ancak sağlık memuru sayısının dolaylı etkilemesi olabilir.

Sağlıkla ilgili değişkenlerde olan artışların, ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğu ve süreci hızlandığı görülmektedir. Bu sebeple il ve ülke bazında büyüme sürecini hızlandırabilmek için, sağlık politikalarına daha da önem verilmesi gerektiği söylenilebilir.

Türkiye’de sağlık ile ilgili yapılan reform paketlerine baktığımızda en kapsamlı örneği olarak Sağlıkta Dönüşüm Programlarını görmek mümkündür. Bu programın amacı; tüm topluma ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini eşit ve adil bir şekilde dağıtmak, yeterli bir sağlık sistemi oluşturmak olduğu söylenilebilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personeller için, Hastane Takip Sisteminin kurulması da özellikle aile hekimliği sistemi takibi için önem arz etmektedir. Aile hekimlikleri sistemi ile her geçen gün hekim sayısı, eczacı sayısı, diğer sağlık personel sayılarında olumlu bir artış görölmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki fırsatlarda düzelmeler görölmektedir. Aynı zamanda Sağlık bakanlığına GSYH’den ayrılan payın sürekli olarak bir artış gösterdiği söylenilebilir.



KAYNAKÇA

- Acar, Yalçın (1990), *İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri*, 5.Baskı, Dora Yayıncılık: Bursa
- Akar, Sevda (2014), ‘Türkiye’ de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nispi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’, *Yönetim ve Ekonomi*, (21)1, ss.311-322
- Akdağ, Yaşar (2012), *Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli
- Akça, Haşim (2015), ‘Beşeri Sermaye Harcamaları: Türkiye’de Yaşanan Gelişmeler ve Sonuçlar Üzerine Bir İnceleme’, *Ekonomi Bilimler Dergisi*, C:2, ss.856-859
- Akın, Cemil Serhat (2007), *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- Aksu, Levent (2017), ‘Türkiye’de İstihdam, Verimlilik ve İktisadi Büyüme İlişkilerinin Analizi’, *İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi*, C: 4, ss.39- 94
- Alkin, Erdoğan (1975), *Gelir ve Büyüme Teorisi*, Elektronik Ofset: İstanbul
- Alpagun, Oktay (1984), ‘Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açından İncelenmesi’, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 40(4), ss. 133-160
- Alu, Ali (2018), ‘Küreselleşme ve Sağlık’, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(1), ss. 1-9
- Arısoy, İ. , Ünlükaplan, İ.ve Ergen, Z. (2010), ‘Sosyal Harcamalar ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisinde 1960- 2005 Dönemine Yönelik Bir Dinamik Analiz’, *Maliye Dergisi*, C: 158, ss. 398-421
- Arrow, Kenneth Joseph (1971), ‘The Economic Implications of Learning by Doing’, *The Review of Economic Studies*, 29(3), ss.155-173
- Arslan, İ. , Eren, M. V. ve Kaynak, S. (2016), ‘Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Nedensellik Analizi’, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(2), ss.287-310
- Arslan, Gülen Elmas (2013), ‘Ekonomik Büyüme, Kalkınma ve Gelir Dağılımı’, *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C:2, ss.45-52
- Ay, A. , Kızılkaya, O.ve Koçak, E. (2013), ‘Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği’, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), ss. 163-172

- Ay, Ahmet ve Yardımcı, Pınar (2008), ‘Türkiye’de Beşeri Sermaye Birikimine Dayalı Ak Tipi İçsel Ekonomik Büyümenin Var Modeli İle Analizi (1950-2000)’, *Maliye Dergisi*, C:155, ss. 39-54
- Balçık, Y. Pınar ve Şahin, Bayram (2013), ‘Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi’, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), ss. 121-134
- Baldacci, E. , Clements, B. , Gupta, S. ,Cui, Q(2008), ‘Social Spending, Human Capital and Growing Developing Countries’, *World Development*, 36(8), ss.1317-1341
- Bayraktutan, Yusuf ve Demirtaş, Işıl (2011), ‘Gelişmekte Olan Ülkelerde Cari Açığın Belirleyicileri: Panel Veri Analizi’, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C:22, ss. 1-28
- Begg, David (2001), *İktisat* (Çev. Vildan Serin), Alkım Yayınları: İstanbul
- Bilecik Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi (2018), Hakkımızda, 2018, <https://bilecikadsm.saglik.gov.tr/TR,132930/hakkimizda.html>, Erişim:20.03.2019
- Bilecik Belediyeler Birliği, ‘ *Bilecik Turizm Marka Kent Stratejik Kalkınma Planı*’, (2018)
- Bilecik 1967 İlk Yıllığı (1968), Son Telgraf Matbaası: İstanbul
- Bilecik Devlet Hastanesi (2018), Tarihçe, Hastanemiz, <https://bilecikdh.saglik.gov.tr/TR,77715/tarihce.html>, Erişim: 02.01.2019
- Bilecik İli (2018), <https://www.travelterminal.net/bilecik-gezi-rehberi>, Erişim:10.03.2018
- Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü (2018), Sağlık Kurumları, <https://bilecikism.saglik.gov.tr/TR,34330/saglik-kurumlari.html>, Erişim: 10.07.2018
- Bilecik Valiliği (2013), *Kuruluş ve Kurtuluşun Şehri Bilecik*, Bilecik Valiliği: Bilecik
- Bilgin, Taner (2015), Milli Mücadele Döneminde Bilecik, *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Yayınları*: Bilecik (No:15)
- Bilecik Valiliği (2019), Günümüzde Bilecik, <http://www.bilecik.gov.tr/gunumuzde-bilecik>, Erişim: 11.06.2019
- Bilecik Valiliği Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü (2018), Bilecik ve Tarihi, <https://bilecik.csb.gov.tr/tarih-boyunca-bilecik-i-5781>, Erişim: 12.06.2019
- Bocutoğlu, Ersan (2012), *Karşılaştırmalı Makro İktisat Teoriler ve Politikalar*, 5. Baskı, Murathan Yayınevi: Ankara
- Bloom, D. E. , Canning, D. ,Sevilla, J (2001), ‘The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence’, *NBER Working Paper*, C(858), ss. 1-26

- Boz, Canser ve Aslan, Özgür (2018), 'Türkiye'de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi', *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği*, C:7, ss.1- 27
- Bozkurt, Hilal (2010), 'Eğitim, Sağlık ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkiler: Türkiye İçin Bir Analiz', *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, 5(1), ss.7-27
- Coğrafya Dünyası (2018), Bilecik Fiziki Yapı, <http://www.cografya.gen.tr/tr/bilecik/fiziki.html>, Erişim: 13.06.2018
- Charles, I. Jones (1998), İktisadi Büyüme Giriş (Çev. Sanlı Ateş- İsmail Tuncer) , İstanbul: Literatür Yayıncılık, (2007)
- Çelik, Yusuf (2011), 'Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi', *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), ss. 62-81
- Çoban, Hilmi (2009), *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Çakmak, Erol ve Gümüş, Sevda (2005), 'Türkiye'de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Ekonometrik Bir Analiz (1960-2002)', *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 60(1), ss.59-72
- Çalışkan, Zafer (2008), 'Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım', *Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi*, C:26, ss.29- 50
- Çelik, Yusuf (2011), *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi: Ankara
- Çetin, Murat ve Ecevit, Eyyup (2010), 'Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi', *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, (11)2, ss. 166-182
- Daşdemir, İsmet (2014), *Ekonomi*, 1. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara
- Demir, Osman (2002), 'Durgun Durum Büyümeden İçsel Büyüme', *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, (3)1,ss. 1-16
- Demir, Özcan ve Tanyıldızı, İrem (2018), 'Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi', *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), ss.89- 119
- 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, ss.388-398

- Demiryürek, Halim (2015), Ertuğrul Sancağı, 1. Baskı, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Yayınları: Bilecik No: 12
- Erdil, Erkan ve Yetkiner, Hakan (2004), ‘A Panel Data Approach for Income- Health Causality’, *Research unit Sustainability and Global Change* [Erişim: 20.07.2019, <https://ideas.repec.org/p/sgc/wpaper/47.html>, FNU: 47].
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah (2014), ‘ Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi’, *Sosyal Güvenlik Dergisi*(SGD), 4(1), ss.9-34
- Ersöz, Filiz (2008), ‘Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi’, *İstatistikçiler Dergisi*, 1(2), ss.95- 104
- Grossman, Michael (1972), ‘On The Concept Of Health Capital And The Demand For Health’, *Journal of Political Economy*, 80(2), ss.223-255
- Grossman, Michael ve Helpman, Elhanan (1991), *Innovation and Growth in the Global Economy*, MIT Press
- Güven, Deniz (2016), ‘2001-2016 Yılları Arasında OECD Ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi’, *Journal of International Management, Educational and Economics Perspectives*, 4(2), ss.1 -16
- Günaydın, Gönül (1994), *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir
- Gül, Ekrem ve Yavuz, Hakan (2011), ‘Türkiye’de Kamu Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi: 1963-2008 Dönemi’, *Maliye Dergisi*, C:160, ss.72-85
- Güvel, Enver Alper ve Aytun, Cengiz (2013), ‘Telekomünikasyon Altyapısı ve Ekonomik Büyüme: Farklı Gelir Grupları Üzerine Bir Uygulama’, *Business and Economics Research Journal*, 4(3), ss. 1-20
- Han, Ergül ve Kaya, Ayşen (2008), *Kalkınma Ekonomisi Teori ve Politika*, 6. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım: Ankara
- Hansen, Paul and King, Alan (1996), ‘The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach’, *Journal of Health Economics*, 15(1), ss. 127-137
- Hayaloglu, Pınar ve Bal, Hasan Çebi (2015), ‘Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi’, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, (3)2, ss. 35-44
- Hiç, Mükerrerem (1994), *Büyüme Ve Gelişme Ekonomisi*, Filiz Kitabevi: İstanbul
- Hukuk Medeniyeti (2019), Hukuk ve Yaşam Platformu, <https://www.hukukmedeniyeti.org/saglik-personeli/nedir>, Erişim: 15.06.2019

- Işık, Abdülkadir (1997), *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Jones, Daniel B (1990), 'Public Policies and Economic Growth in the American States', *The Journal of Politics*, 52(1), ss.219-233
- Kar, Muhsin ve Ağır, Hüseyin (2003), 'Human Capital and Economic Growth', 2.National Knowledge, *Economy and Management Conference Proceedings*, ss.181-190
- Karabulut, Kerem (1999), 'Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması', *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13(1), ss.139- 152
- Karataş, Muhammed ve Çankaya, Eda (2011), 'Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Analizi', *Yönetim ve Ekonomi*, 18(1), ss.105-124
- Kaynak, Muhteşem (2009), *Büyüme Teorileri Giriş*, Gazi Kitabevi: Ankara
- Kazgan, Gülten (1997), *İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi*, 7. Baskı, Remzi Kitabevi: İstanbul
- Kılıç, Birgül (2017), *Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Kılıç, Nazife Özge ve Beşer, Murat(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*, 23(2),ss.373-382
- Kılıç, Ramazan ve Özbek, Rabia İnci (2018), 'Sağlık ve Eğitim Hizmetleri İle Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması', *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(2), ss. 369-391
- Kırılmaz, H. ,Ateş, H. ve Ünsal, A. (2019), 'Sağlık Göstergelerinin Ekonomik Büyümede Rolü: Türki Cumhuriyetler Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi', *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, (7)16, ss.35-56
- Kızıl, Barış Can ve Ceylan, Reşat (2018), 'Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği', *Journal of Yasar University*, 13(50), ss. 197-209
- Kibritçioğlu, Aykut (1998), 'İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri', *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C: 53, ss.1- 22
- Koç, Aylin (2013), 'Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme', *Maliye Dergisi*, C: 165, ss.241-258
- “Loş, Nilüfer (2016), *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*,

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı (2011), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Hermes Matbaacılık: Ankara, No:2011/414

Mayer, David (2011), ‘The Long-Term Impact OF Health on Economic Growth in Latin Amerika’, *World Development*, 29(6), ss.1025-1033

Mushkin, Selma J (1958), ‘Toward a Definiton of Health Economics’, *Public Health Reports*, 73(9), ss. 785-793

Mushkin, Selma J (1962), ‘Toward a Definiton of Health Economics’’, *The Journal of Political Economy*, C:70, ss.129-157

Mutlu, Ayşegül ve Işık, A. Kadir (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3.Baskı, Ekin Kitapevi: Bursa

Öner, Hilal (2018), *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ

Özer, Mustafa ve Çiftçi, Necati (2009), ‘Ar-ge Harcamaları ve İhracat İlişkisi: OECD Ülkeleri Panel Veri Analizi’, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi*, C:23, ss. 39-50

Özkan, Gökçen ve Zengin Gülistan (2018), ‘Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Panel Veri Analizi(2000-2015)’, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), ss.365-380

Özkara, Yasemin (2006), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya

Parasız, İlker (2000), *İktisada giriş*, 6. Baskı, Ezgi Kitabevi: Bursa

Parasız, İlker (2005), *İktisadın ABC’ si*, 7. Baskı, Ezgi Kitabevi: Bursa

Paya, Merih (2013), *Küresel Ortamda İktisat Politikaları*, Türkmen Kitabevi: İstanbul

Pazarlıoğlu, M. Vedat ve Gürler, Özlem Kiren (2007), ‘Telekomünikasyon Yatırımları ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Yaklaşımı’, *Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 44(508), ss. 35-43

Peterson, Wallace C (1962), *Gelir İstihdam ve Ekonomik Büyüme* (Çev. Servet Mutlu), Eskişehir: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Basımevi, (1976)

- Salman, Gökhan (2017), *Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa
- Sargutan, A. Erdal (2005), 'Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı', *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), ss.400-428
- Saatcioğlu, Cem ve Karaca, Orhan (2015), 'İktisadi Kalkınmanın Demokrasi Üzerindeki Etkisi: Panel Veri Analizi', *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 29(4), ss. 775- 796
- Savaş, Vural (1971), *Türkiye Ekonomisi*, Sermet Matbaası: İstanbul
- Savedoff, William D. (2004), 'Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics', *Bulletin of the World Health Organization*, (82)2, ss.139-140
- Sayım, Ferhat (2017), 'Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi', *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), ss.13 -30
- Selim, S. , Uysal, D.ve Eryiğit, P. (2014), 'Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi', *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), ss. 13-24
- Serin, Necdet ve Çakıcı Latif (1990), *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara
- Sever, Ergan ve İğdeli, Arif (2019), 'Sağlık Harcamaları, Sağlık Çıktıları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği', *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 11(20), ss:246- 259
- Sülkü, Seher Nur (2011), *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu*, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Hermes Matbaacılık: Ankara
- Şen, Ali ve Bingöl, Nergis (2018), 'Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği', *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, C:9, ss.89- 106
- Şimşek, Muammer ve Kadılar, Cem (2010), 'Türkiye'de Beşeri Sermaye, İhracat ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Nedensellik Analizi', *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, (11)1, ss.115-140
- Şimşir, N. , Çondur, F. , Bölükbaş, M. , Alataş, S (2015), 'Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı', *Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 52(604), ss.43-54
- Taban, Sami ve Kar, Muhsin (2004), *Kalkınma Ekonomisi: Seçme Konular*, Ekin Kitabevi: Bursa
- Taban, Sami (2006), 'Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi', *Sosyoekonomi Dergisi*, 4(4), ss.32-46

- Taban, Sami (2014), *İktisadi Büyüme Kavram Ve Modeller*, 3.Basım, Nobel Yayınları: Ankara
- Tan K. , Bilge, Mert, M.ve A. Özdemir, Z. (2010), ‘Kamu Yatırımları ve Ekonomik Büyüme İlişkisine Bir Bakış: Türkiye, 1969- 2003’, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(1), ss. 25-39
- Taşkın, Ömer (2011), *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne
- Tatar, Mehtap (2009), ‘Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme’, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, C:1, ss.1-6
- T.C. Resmi Gazete, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun*, 12.01.1961, Sayı: 10705
- T.C. Resmi Gazete, *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, 31.05.2006, Sayı: 5510
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Bölük Ofset Matbaacılık: Ankara
- Temür, Yusuf ve Bakırcı, Fehim (2008), ‘Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması’, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(3), ss. 261-281
- Tezel, Sezai (1995), *İktisadi Büyüme*, Özyurt Matbaası: Ankara
- Tıraş, Hacı Hayrettin (2013), ‘Sağlık Ekonomisi Teorik Bir İnceleme’, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C:3, ss.125-152
- Tıraşoğlu, Muhammed ve Yıldırım, Burcu (2012), ‘Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi’, *Electronic Journal of Vocational Collages*, 2(2), ss. 111- 117
- Tokalaş, Sevinç (2006), *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Tomonbay, Mehmet ve Gümüş, Turgut (2008), *Genel ekonomi*, 2. Baskı, Gazi Kitabevi: Ankara
- Tonus, Özgür (2015), *Temel göstergelerle Türkiye ekonomisi*, 2.baskı, Ekin yayınevi: Bursa
- Tutar, Filiz ve Kılınç, Nurcan (2007), ‘Türkiye’nin Sağlık Sektöründe ki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleri ile Mukayesesi’, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 9(1), ss.31- 54

- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2010), Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları, S:29. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8393>, Erişim: 03.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2011), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2008, S:34. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10703>, Erişim: 12.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2013), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2009-2012, S:15871. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871>, Erişim: 16.03.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2014), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2013, S: 16161. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161>, 12.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2015), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2014, S: 18853. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853>, Erişim: 11.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2016), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2015, S:21527. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21527>, Erişim:04.05.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2017), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2016, S: 24574. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24574>, Erişim:06.05.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2018), Sağlık Harcama İstatistikleri, 2017, S:27621. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27621>, Erişim:06.05.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018), İstatistik Göstergeler, Bölgesel İstatistikler, İl Hastane ve Yatak Sayısı, <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do>, Erişim: 10.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059, Erişim: 11.06.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019), İstatistik Göstergeler, İl Göstergeler, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, Erişim: 15.10.2018
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019), İstatistik Göstergeler, Bölgesel İstatistikler, İl Sağlık Personeli Sayısı, <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do>, Erişim: 15.03.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019), Temel İstatistikler, Sağlık ve Koruma, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelis>, Erişim: 14.04.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2019), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2018, S: 30709. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30709>, Erişim:04.05.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019), Veritabanları, Bölgesel Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr>, Erişim: 25.06.2019

- Türker, Munise Tuba (2009), 'İçsel Büyüme Teorilerinde İçsel Büyümenin Kaynağı ve Uluslararası Ticaret Olgusuyla İlişkisi', *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, C:25, ss.87-94
- Türk Tabipler Birliği (2005), Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240, 13.06.2019
- Uğurlu, Erginbay (2018), 'Panel Veri Ekonometrisi Üzerine', https://www.researchgate.net/profile/Erginbay_Ugurlu/publication/281647166_Panel_Veri_Ekonometrisi_Uzerine_Genel_Bakis/links/55f2be0508ae336d49887921/Panel-Veri-Ekonometrisi-Uezerine-Genel-Bakis.pdf, Erişim: 10.07.2019
- Ulutürk, Süleyman (2001), 'Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi', *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), ss.131-139
- Uysal, Doğan ve Mucuk, Mehmet (2009), 'Türkiye Ekonomisinde Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi', *Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 46(527), ss.39
- Uzunoglu, Sadi ve Sönmezler, Gökhan (2013), *Ekonomiye giriş*, 1. Basım: İstanbul
- Ülgen, Gülden (2014), *İktisat Bilimine Giriş*, 6.Baskı, Türkmen Kitabevi, İstanbul
- Ünal, Erdinç (2013), *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*, Ekin Basım Yayın Dağıtım: Bursa
- Yanar, Yemliha (2011), *Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep
- Yaprak, Zeynep Öztürk ve Ecevit, Eyyüp (2019), 'Sağlık Hizmetleri Talebi ve Fayda Maksimizasyonu Modeli', *Çukurova Medical Journal*, 44(4), ss. 1-11
- Yaylalı, Muammer ve Lebe Fuat (2011), 'Beşeri Sermaye ile İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi', *Marmara Üniversitesi*, C(3), ss.23-51
- Yaylalı, Muammer (2004), *Mikro İktisat*, 3.Baskı, Beta Yayınevi, İstanbul
- Yıldırım, Z. , Kekeç, H. M. ve Polat, A (2018), 'Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi', *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C:5 ss.550- 563
- Yıldırım, Kemal ve diğerleri (2011), *Makro İktisada Giriş*, 6. Baskı, Pelikan Yayıncılık: Ankara
- Yılmaz, Ömer ve Akıncı Merter (2012), *İktisadi Büyüme ve Makroekonomik Belirleyicileri*, 1. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara

- Yılmaz, Seda (2012), *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta
- Yiğit, Arzu ve Erdem, Ramazan (2016), ‘Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve’, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C:23, ss.215-249
- Yumuşak, İbrahim Güran ve Yıldırım, Durmuş Çağrı (2009), ‘Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme’, *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, C:5, ss.57-70
- Wang, Kuan-Min (2011), ‘Health Care Expenditure and Economic Growth: Quantile Panel- Type Analysis’, *Economic Modelling*, 28(4), ss.1536-1549
- Williams, Alan (1987), ‘Health Economics: The Cheerful Face Of Dismal Science?’, *Health and Economics*, 1(11), ss.1-23