



T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE VE MALİ YÖNETİM (DİSİPLİNLERARASI) ANABİLİM DALI

SAĞLIK HARCAMASI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ:
D8 ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AHMED RÜCHAN İŞLER

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SERAP ÜRÜT SAYGIN

AKSARAY 2024

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE VE MALİ YÖNETİM (DİSİPLİNLERARASI) ANABİLİM DALI

SAĞLIK HARCAMASI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ:
D8 ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AHMED RÜCHAN İŞLER

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SERAP ÜRÜT SAYGIN

AKSARAY 2024

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren(....) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı : Ahmed Rüchan
Soyadı : İŞLER
Bölümü : Maliye ve Mali Yönetim (Disiplinlerarası)
İmza :
Teslim tarihi :

TEZİN

Türkçe Adı : Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki:
D8 Ülkeleri Üzerine Bir Analiz

İngilizce Adı : The Relationship Between Health Expenditure and
Economic Growth: An Analysis on D8 Countries

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Yazar Adı Soyadı : Ahmed Rüchan İŞLER
İmza :

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

JÜRİ ONAY SAYFASI

Ahmed Rüchan İŞLER tarafından hazırlanan “Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: D8 Ülkeleri Üzerine Bir Analiz” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Aksaray Üniversitesi Maliye ve Mali Yönetim (Disiplinlerarası) Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Danışman: Doç. Dr. Serap ÜRÜT SAYGIN

(Mali İktisat, Aksaray Üniversitesi)

.....

Üye: Doç. Dr. Orçun AVCI

(Mali Hukuk, Aksaray Üniversitesi)

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Semra AYDOĞDU BAĞCI

(Uluslararası Ticaret, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)

.....

Tez Savunma Tarihi: 03/05/2024

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun tarih ve
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü
Prof. Dr. Sevilay USLU DİVANOĞLU

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bana rehberlik eden ve desteklerini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Serap ÜRÜT SAYGIN'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Değerli görüş ve önerileriyle bana yol gösteren jüri üyelerim Doç. Dr. Orçun AVCI ve Dr. Öğr. Üyesi Semra AYDOĞDU BAĞCI'ya da minnettarım.

Tez sürecinde sürekli yanımda olan, bilgisini ve emeğini esirgemeyen arkadaşlarıma özel olarak teşekkür etmek isterim. Ayrıca, her zaman yanımda olan, bana inanan ve destek veren annem, babam ve aileme de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte bana destek olan herkese şükranlarımı sunarım.

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HARCAMASI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ
İLİŞKİ: D8 ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ahmed Rüchan İŞLER, Aksaray 2024

ÖZET

İnsan, doğumundan ölümüne kadar hedefleri ve gelecek üzerine planları ile yaşayan bir varlıktır. Bu çerçevede insanlar, hedeflerine ulaşmak ve hayatlarını devam ettirebilmek için çalışmak zorunda oldukları bilincine sahiptirler. Çalışmaya ihtiyacı olan her birey ise sağlıklı ve zinde olmak zorundadır. Bu açıdan her birey ülkesinin kendisine bu hizmeti sunmasını talep etmektedir. Ülkeler güçlü bir ekonomiye sahip olmak için politikalar izlerken, bireyler ise hayatlarını idame ettirebilmek adına planlar kurmaktadır. Bu noktada bireylerin daha verimli olabilmesi için sağlık harcamaları ön plana çıkmaktadır. Çünkü çalışan birey ülkesine kazandırırken, gelişen bir ülke ise vatandaşına daha çeşitli alanlarda hizmet sunabilecektir.

Sağlık, ülkelerin gelişmişlik göstergeleri arasında önemli bir ölçüttür. Ekonominin canlanması, halkın huzuru ve refahı, işsizlik oranının azalması ve benzeri faktörler sağlık harcamalarından etkilenen önemli değişkenlerden bir kaçıdır. Bu noktada çalışmanın amacı, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan etkilerini incelemektir. Çalışmada panel veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Analiz kapsamında, 2000-2020 dönemi için Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu D8 (Bangladeş, Endonezya, İran, Malezya, Mısır, Nijerya, Pakistan ve Türkiye) ülkeleri ele alınmıştır. Çalışmanın sonucunda sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönlü etkilediği tespit edilmiştir.

Bilim Kodu : 112006
Anahtar Kelimeler : Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, D8 Ülkeleri
Sayfa Adedi : 98
Danışman : Doç. Dr. Serap ÜRÜT SAYGIN

T.C.
AKSARAY UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURE AND
ECONOMIC GROWTH: AN ANALYSIS ON D8 COUNTRIES

(Master Thesis)

Ahmed Rüchan İŞLER, Aksaray 2024

ABSTRACT

Human beings are creatures who live with their goals and plans for the future from birth to death. In this context, people are aware that they have to work to achieve their goals and sustain their lives. Every individual who needs to work must be healthy and fit. From this perspective, each person demands that their country provide this service to them. While countries implement policies to have a strong economy, individuals make plans to sustain their lives. At this point, healthcare expenditures come to the forefront to make individuals more productive. Because while a working individual contributes to their country, a developing country will be able to provide more diverse services to its citizens.

Health is an important indicator of a country's development. The revival of the economy, public peace and welfare, reduction of unemployment rates, and similar factors are a few of the significant variables affected by healthcare expenditures. At this point, the aim of the study is to examine the effects of healthcare expenditures on economic growth. The panel data analysis method has been utilized in the study. Within the scope of the analysis, the D8 countries (Bangladesh, Indonesia, Iran, Malaysia, Egypt, Nigeria, Pakistan, and Türkiye) for the period 2000-2020 have been considered. As a result of the study, it has been determined that healthcare expenditures positively affect economic growth.

Science Code	: 112006
Key Words	: Health Expenditures, Economic Growth, D8 Countries
Page Number	: 98
Supervisor	: Assoc. Prof. Dr. Serap ÜRÜT SAYGIN

İÇİNDEKİLER

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU.....	i
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	ii
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
GRAFİKLER VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ HİZMETLERİ, EKONOMİSİ VE HARCAMALARI

1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı	3
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	4
1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
1.1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2. Sağlık Ekonomisi Kavramı	7

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı.....	7
1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Özellikleri.....	8
1.3. Sağlık Harcamaları Kavramı	11
1.3.1. Sağlık Harcamalarının Önemi ve Boyutu	13
1.3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	16
1.3.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Değişimi	16
1.3.2.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	19
1.3.2.3. Şehirleşme	19
1.3.2.4. Eğitim Seviyesinin Değişmesi	22
1.3.2.5. Teknolojik Gelişmelerin Değişimi	22
1.3.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	23

İKİNCİ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME

2.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı ve Kapsamı.....	25
2.2. Ekonomik Büyümenin Önemi.....	27
2.3. Ekonomik Büyümenin Çeşitleri	28
2.4. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri.....	30
2.4.1. Doğal Kaynaklar.....	31
2.4.2. Nüfus Artışı ve İşgücü	32
2.4.3. Fiziksel Sermaye.....	33
2.4.4. Teknoloji	33
2.4.5. Beşeri Sermaye	34
2.5. Ekonomik Büyüme Modelleri.....	35

2.5.1. Klasik Büyüme Modeli	35
2.5.2. Keynesyen Büyüme Modeli	36
2.5.3. Harrod-Domar Büyüme Modeli	37
2.5.4. Neoklasik Büyüme Modeli	38
2.5.5. İçsel Ekonomik Büyüme Modeli.....	39
2.5.5.1. Romer Büyüme Modeli	39
2.5.5.2. Lucas Büyüme Modeli.....	40
2.5.5.3. Barro Büyüme Modeli	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

D8 ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

3.1. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi	42
3.1.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkisi	43
3.1.2. D8 Ülkelerinde Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki.....	45
3.2. Literatür Taraması	49
3.3. Veri Seti ve Ekonometrik Model	54
3.4. Araştırmanın Yöntemi	55
3.4.1. Panel Veri Analizi.....	56
3.4.1.1. Havuzlanmış Etkiler Modeli	57
3.4.1.2. Sabit Etkiler Modeli.....	57
3.4.1.3. Rassal Etkiler Modeli	58
3.4.2. Panel Veri Modellerinin Belirlenmesi İçin Testler	59
3.4.2.1. F Testi	59

3.4.2.2. Breusch-Pagan LM Testi	59
3.4.2.3. Hausman Testi	60
3.4.3. Panel Veri Modelleri İçin Varsayım Testleri	60
3.4.3.1. Değişen Varyans (Heteroskedastisite) Testi	61
3.4.3.2. Otokorelasyon Testi	61
3.4.3.3. Birimler Arası Korelasyon (Yatay Kesit Bağımlılığı) Testi .	61
3.4.4. Değişen Varyans, Otokorelasyon ve Birimler arası Korelasyonun Varlığında Dirençli Tahminciler: Driscoll-Kraay Tahmincisi	62
3.5. Analizden Elde Edilen Bulgular	62
3.5.1. Model Seçiminde Kullanılan Testlerin Tahmin Sonuçları	64
3.5.2. Sabit Etkiler Modelinde Varsayımlara İlişkin Test Sonuçları	65
3.5.3. Driscoll-Kraay Tahmincisi Sonuçları	66
SONUÇ	68
KAYNAKÇA	72
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TEZ DEĞERLENDİRME FORMU	82

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. D8 Ülkeleri Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması (Dolar)	14
Tablo 2. D8 Ülkeleri Kişi Başına Net Milli Gelir (Dolar)	16
Tablo 3. D8 Ülkeleri Yıllık Kentsel Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (%)	20
Tablo 4. Literatür Taraması Özeti	53
Tablo 5. Analizde Kullanılan Değişkenler	55
Tablo 6. Tanımlayıcı İstatistikler	63
Tablo 7. Korelasyon Matrisi	64
Tablo 8. F Testi, BP LM Testi ve Hausman Testi Sonuçları	64
Tablo 9. Değişen Varyans, Otokorelasyon ve Yatay Kesit Bağımlılığı Test Sonuçları	65
Tablo 10. Driscoll-Kraay Tahmincisi Sonucu	66

GRAFİKLER VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Grafik 1. D8 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYH Yüzdesi	18
Grafik 2. D8 Ülkelerinde Bebek Ölüm Sayıları	46
Grafik 3. D8 Ülkelerinde Beklenen Yaşam Süresi	47
Grafik 4. D8 Ülkelerinde Doğumda Yaşam Beklentisi (1.000 Kişi Başına)	48
Şekil 1. Sağlık Ekonomisi Kapsamının Culyer Şematik Gösterimi	9



KISALTMALAR LİSTESİ

Ar-Ge	: Araştırma ve Geliştirme
BGD	: Bangladeş
D8	: Türkiye, Bangladeş, Mısır, Endonezya, İran, Malezya, Nijerya ve Pakistan
EGY	: Mısır
GSYH	: Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
IND	: Endonezya
IRN	: İran
KBCSH	: Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması
KBNMG	: Kişi Başına Net Milli Gelir
MYS	: Malezya
NGA	: Nijerya
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Teşkilatı
PAK	: Pakistan
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TUR	: Türkiye

GİRİŞ

Sağlık, kelime anlamı bakımından bir bireyin fiziki ve psikolojik olarak herhangi bir sıkıntı yaşamaması ve herhangi bir sorununun olmaması durumu olarak nitelendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü “*bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma durumu*” olarak sağlığı tanımlamaktadır. Yapılan tanımlara ve insanların sağlık denilince akla gelen ilk düşüncelerine bakılacak olursa sağlıklı olmak genel itibari ile bireyin kontrolünde olan ve kendine iyi bakması ile oluşabilecek bir hâldir. Fakat bir bireyin kendine bakması ve kendini kontrol etmesi durumları devletin ona sunduğu imkânlar çerçevesinde mümkün olacaktır. Bu imkânların ise devletin yapacağı harcamalar ile artabileceği de bilinmektedir.

Devletin sahip olduğu ihtiyaçları tedarik etmek için gerçekleştirdiği harcamalar, halkın huzurunu ve refahını arttırmaya yönelik yapılan harcamalardır. Devletlerin belirlemiş olduğu yıllık planları gerçekleştirmek adına yaptığı harcamalar ise kamu harcamaları olarak nitelendirilmektedir. Kamu harcamaları işsizliğin azalmasında, üretimin artmasında ve refah seviyesinin yükselmesinde oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle ülkeler bütçelerinden kamu harcamalarına gittikçe daha fazla pay ayırmaktadırlar.

Kamu harcamalarının ekonomik olarak gelişiminde Wagner ve Keynesyen yaklaşımlar öncülük etmektedir. Wagner yaklaşımına göre ekonomik büyüme gerçekleştikçe kamu harcamalarında artış yaşanacaktır. Keynesyen yaklaşım ise kamu harcamaları arttıkça ekonomik büyümenin etkileneceğini ifade etmektedir. Klasik yaklaşım ile Keynesyen yaklaşım kamu harcamalarının yapılmasına karşın ortaya çıkacak sonuçta aynı düşünceye sahip değillerdir. Klasik yaklaşım artan kamu harcamalarının işsizliği arttıracak ve ekonomik büyümeye zarar vereceğini öne sürmektedir. Keynesyen yaklaşım ise artan kamu harcamalarının ekonomik büyümeye yardımcı olacağını ve buna bağlı olarak işsizliğin azalacağını savunmaktadır.

Kamu harcamaları ekonomik, fonksiyonel ve idari olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Genel olarak kabul edilen kamu harcamaları ayrımına bakıldığında takdirde, sağlık harcamalarının bu ayrım içerisinde idari ayrım sınıfında yer aldığı kabul

edilmektedir. İdari ayırım olarak gösterilen sağlık harcaması, genel itibari ile personel harcamaları ve yıllık tüketim harcamaları ile ekonomik ayırım sınıfında yer almaktadır.

Sağlık bireylerin hizmet almakta zorunlu olduğu bir sektördür. Kişilerin yaşantılarını, kültürlerini ve gelirlerini etkilemektedir. Bu bağlamda sağlık harcamaları önem kazanmaktadır. Çalışmaya başlarken sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir ilişkinin olup olmadığı merak edilmiştir. Aralarında bir ilişkinin olması durumunda, bu ilişkide sağlık harcamasının ekonomik büyümeyi ne şekilde etkileyeceği sorusuna cevap aranmak istenmiştir. Bu konuya ilişkin literatür incelendiğinde D8 ülkeleri için pek fazla çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla çalışmanın bu bağlamda literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir. D8 ülkelerine ilişkin veriler Dünya Bankası'nın veri tabanından elde edilmiştir.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık sektörü kavramı anlatılmıştır. Bu amaçla öncelikle sağlık hizmetleri kavramı, özellikleri ve sınıflandırılması açıklanmıştır. Daha sonrasında sağlık ekonomisi ve sağlık harcaması kavramlarına yer verilmiştir. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ve sağlık harcamalarının finansmanı belirtilerek ikinci bölüme geçilmiştir.

İkinci bölümde ekonomik büyüme kavramı ele alınmıştır. Bu bölümde ilk olarak ekonomik büyümenin önemi ve çeşitleri tanıtılmıştır. Ekonomik büyümenin değişimine ve etkilenmesine sebep olan ekonomik büyüme belirleyicileri hakkında bilgiler verilmiştir. Devamında ekonomik büyüme modelleri açıklanarak bu bölüm tamamlanmıştır.

Son olarak üçüncü bölümde ise, ekonomik büyüme ve sağlık harcaması arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Bu kısımda literatür taraması verildikten sonra sağlık harcamasının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri panel veri analizi yöntemiyle incelenmiştir. Panel veri analizinde yapılan testler sonrasında sabit etkiler modelinin kullanılması gerektiği tespit edilmiştir. Bu çerçevede modele ilişkin varsayım testleri yapılmış ve model son aşamada Driscoll-Kraay tahmincisi kullanılarak test edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ HİZMETLERİ, EKONOMİSİ VE HARCAMALARI

1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Ülkelerin kamu harcamaları yaparak geliştirmek istedikleri ekonomi, arttırmak istedikleri toplum refahı ve ulaşmak istedikleri politik hedefleri mevcuttur. Ülkelerin bu hedeflerine ulaşabilmesi adına uygulayacakları tüm politikaları için kamu harcaması yapması gerekmektedir. Kamu harcamaları yapılırken toplum ihtiyaçları göz önüne alınarak yapılmalıdır. Bir toplumun ya da bireylerin en zaruri ihtiyaçlarından birisi de sağlıktır. Sağlık hizmetleri, topluma sağlık konusunda ihtiyaçların sunulması ve daha iyi hizmet edilebilmesi için yapılmaktadır (Özavcı, 2019: 21-22). Ülkeler halkın sağlık ihtiyacını gidermek adına çeşitli hizmetler ve finansman mekanizmaları oluşturmuşlardır (Aygün, 2020: 5). Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi ve sunumu bir ülkenin kalkınmışlık seviyesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Aytürk, 2010: 3).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından kurulduğu ilk dönemlerde bir bireyin sağlıklı olması için herhangi bir hastalığı ya da sakatlık durumunun olmamasının yanında, bedenen ve ruhen de kişinin zinde olması gerekliliği belirtilmiştir. Bireyin bedenen ve ruhen iyi olması ise ülkelerin sunacağı sağlık hizmetine göre değişmektedir. Ülkeden ülkeye farklılaşan sağlık harcamaları, toplumun çeşitlenen sosyal taleplerine göre değişiklik göstermektedir (Çelik, 2020: 4). Her bireyin sosyal yaşantısı ve sağlık için ihtiyaçlarının farklı olması sebebiyle ülkelerin sunduğu sağlık hizmetleri de farklılaşmaktadır.

1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Geçmiş ve günümüz arasında sağlık için sunulan hizmetlerde çeşitli değişimler meydana gelmiştir. Bireylerin gelirleri, sosyal yaşantıları, gündelik aktiviteleri ve gelişen teknoloji sağlık sektörünün arz ve talebinin değişmesine sebep olmuştur. Dolayısıyla geçmişte tedavi edici olarak görülen sağlık hizmeti, sağlık sektöründe estetik cerrahinin ilerlemesi ve uygulamaların artması ile birlikte bireylerin beklentilerini de etkilemiştir (Aygün, 2020: 6). Sağlık hizmetleri oluşan taleplere cevap verebilmek ve daha iyi hizmet sunabilmek adına gelişmek ve değişmek zorunda kalmıştır.

Sağlığın bireylere hizmet olarak sunulması ve bu hizmeti bireylerin almakta zorunlu olması, sağlığın ertelenmeme, stoklanmama, ikame edilmeme ve düzenli bir talep yoğunluğuna sahip olmama gibi özelliklere bürünmesini getirmektedir. Sağlığın kaliteli hizmet sunabilmesi için uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması gerekmektedir. Ayrıca sağlık sektörü emek yoğun özelliğe sahiptir. Bununla beraber arz ve talebin eşitsizliği, bilgi asimetrisinin varlığı ve tesadüfiliği özellikleri sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayırmaktadır (Tıraş, 2020: 42).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sektörü ikame edilemeyen ve ertelenemeyen özellikleri ile diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinin toplumun temel ihtiyacı olmasının yanı sıra emek yoğun niteliğe sahip olması, kamusal özellik içermesi ve sosyal sorumluluk özelliğinin ön plana çıkması sağlık adına sunulan hizmetleri çeşitlendirmektedir (Özyurt, 2020: 9). Sağlık hizmetinin sınıflara ayrılmasında sağlık hizmetinin uygulanma şekilleri dikkate alınmaktadır (Armağan, 2022: 4).

İnsan nüfusunun hızlı artışı, devletlerin kurulması ve devlet kavramının gelişmesi, sağlığın kişisel sorumluluk olmaktan ziyade devletin sorumluluğunda olmasını getirmiştir (Aygün, 2020: 5). Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda insanlara sunulan sağlık hizmeti çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitliliğin birincisi, kişinin hayatını idame ettirebilmesi ve bireye gelebilecek tehditlerden korunması için “*koruyucu sağlık hizmetleri*” olarak adlandırılmaktadır. İkinci olarak bireylerin var olan hastalıklarından kurtulması için devlet tarafından “*tedavici edici sağlık hizmetleri*” sunulmasıdır. Psikolojik olarak geçirilen sarsıntıyı atlatma ya da daha iyi bir ruh haline sahip olma amacıyla bireylerin aldığı

psikolojik destek için “*rehabilitasyon hizmetleri*” sağlık hizmetlerinin üçüncüsü olarak gösterilmektedir.

1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin herhangi bir sebep ile sağlık sorunu yaşamaması adına tedbirler alınması olarak nitelendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmeti; bireylerin çalışma, sosyal ve aile hayatında çevresindeki olumsuzluklara karşı ya da çevre şartlarının ağırlığına karşı bedenlen güçlü olabilmek adına önlemler alması olarak belirtilmektedir (Özavcı, 2019: 23). Bu amaç doğrultusunda, insanların hayatının olumsuz etkilenmemesi için koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında çeşitli önlemler alınmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetinin sunduğu imkânlar hastalığa yakalanma riskini düşürmekte ve tedavi maliyetlerinin de azalmasını sağlamaktadır (Cassama, 2019: 39).

İnsanların sağlığının korunması adına çevreye yönelik ve bireye yönelik çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde insanları direkt etkileyebilecek faktörler mevcuttur. Bunlar genel olarak insanların kullanım suyunun temiz olması, evsel ve sanayi atıklarının zararsızlaştırılması, hayvanlar üzerinden gelebilecek rahatsızlıklara karşı tedbirler alınması, hava, ses, görüntü ve radyoaktif kirliliğe karşı önlemler alınması gibi hizmetler olabilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 42-43). Bireye yönelik yapılan koruyucu sağlık hizmetleri ise kişinin kendi sağlığını herhangi bir tehlikeden koruması adına yapılmaktadır. Bu hizmetler kişinin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kişisel ve çevresel etkilere karşı alınacak tedbirleri ifade etmektedir (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 101). Bu amaçla kişiye yönelik yapılan koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde aşı çalışmaları, destekleyici ilaçlar, dengeli beslenme, sağlık eğitimi ve herhangi bir rahatsızlanma için erken tanı ve uygun tedavi yöntemleri yer almaktadır (Sargutan, 2005: 402).

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bireylere herhangi bir hastalığa yakalanmamaları adına devlet tarafından sunulan bir hizmettir. Sağlıklı bireylere yönelik yapılan bu harcamanın bireylerin yaşantısına olumlu etkisi olduğu gibi beşeri sermaye üzerinden de ülkelerin gelişmesine yardımcı olmaktadır.

1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin çalışmasına ve günlük yaşantısının aksamasına engel olabilecek bedensel veya ruhsal aksaklıkların ortadan kaldırılması için uygulanan yöntemin adına tedavi denmektedir. Bir insanın tedavi olması için ortaya çıkan maliyet, koruyucu sağlık hizmetleri almasında harcayacağı maliyetten çok daha fazla olabilmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ilk aşaması ayakta tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Özavcı, 2019: 15). Aile hekimleri ve sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetleri diye adlandırılan bu sınıf içerisinde bulunmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise hastanın hastaneye yatırılarak yürütülen tedavi yöntemidir (Konuk, 2011: 6-7). Birinci basamakta sonuca ulaşılamayan tedaviler ikinci basamakta tedavi edilmeye çalışılır. Ağız ve diş sağlığı merkezleri ile araştırma olmayan devlet hastaneleri bu grupta yer almaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise eğitim ve araştırma hastanesi olarak görülebilmektedir. Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar birkaç uzman hekime ve yeterli sayıda yatak kapasitesine sahip hastaneler olabileceği gibi, daha çok uzman hekime, hemşireye ve sağlık personeline sahip, teşhis ve tedavi hizmetlerinde üst düzey tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir (Çoban, 2009: 18). Bu grupta hastaneler genel olarak bir alan üzerinde uzmanlaşan hastanelerdir. Bu basamakta üst düzey niteliklere sahip doktor ve son teknolojiyi içeren tedavi edici materyaller kullanılmaktadır.

1.1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

İnsanların ruhsal olarak kendilerini kötü hissetmeleri ya da yaşantılarında yer alan bazı olaylardan etkilenerek psikolojilerinde çöküntü yaşamaları sağlıklı düşüncelerini olumsuz etkilemektedir. Bazı kişilerde ise doğuştan ya da sonradan meydana gelen çeşitli beden sakatlıkları olabilmektedir. İnsanların psikolojik çöküntü durumlarından çıkabilmeleri, doğuştan gelen ya da sonradan kaybettikleri organlarının günlük işlerini aksatmamaları ve sorunsuz bir şekilde yaşamlarına devam etmeleri için rehabilite edici sağlık hizmetleri ile tedavi uygulanmaktadır (Özyurt, 2020: 16).

Bireylerin bedensel olarak eksikliğini yaşadığı sağlık sorununa tıbbi rehabilitasyon hizmeti verilmekte iken, ruhsal olarak yaşanan sağlık problemi içinse sosyal rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır (Öztek, 2001: 294). Sosyal rehabilitasyon bedenlen veya ruhen engeli bulunan ya da bir bağımlılık sonucu normal hayata adapte olamayan bireylerin toplum hayatına yeniden kazandırılması için ihtiyaç duyduğu her türden yöntemi oluşturmaktadır (Armağan,

2022: 7). Sağlık personeli tarafından sunulan tıbbi rehabilitasyon ise sürecin tamamlayıcısı olarak sosyal hizmet vermekle yükümlü olan kurum ve personelin sosyal rehabilite hizmeti sunması ve toplumsal hayata geri kazandırılma sürecinin hızlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Loş, 2016: 47).

1.2. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık hizmetleri için gerekli olan finansmanın sağlık hizmeti arz ve talebi ile ilgili tüm mali yönleri sağlık ekonomisinin ilgi alanına girmektedir. Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimindeki kuralların sağlık sektörüne uygulanması ile ortaya çıkmış ve sağlık sektörü için ayrılmış kaynakların gün geçtikçe artmasıyla gelişmiş bir bilim dalı olarak ele alınmaktadır (Acar ve Yeğenoğlu, 2006: 39). Sağlık sektörünün ekonomi ile ilgilendiği boyut olan sağlık ekonomisine sağlık sektörünün mali yapısı da denilmektedir.

Sağlık, tüm bireylere hizmet veren ve bireylerin ise yaşamını devam ettirebilmesi için hizmet aldığı bir sektördür. İnsanların zaruri ihtiyaçları içerisinde yer alan sağlık sektöründe, harcamaların ne zaman ve ne şekilde çıkacağı belli olmamaktadır. Toplumun ve toplum içerisindeki bireylerin sağlığının korunması, sağlık problemlerinin oluşması durumunda tedavi edilmesi, sağlık problemini atlatamayıp sakat kalanların tek başına hayatlarını devam ettirebilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin artması adına planlı çalışmalar sağlık ekonomisi içerisinde yer almaktadır (Bekir, 2003: 1). Bu durum sağlık harcamalarının artışı gerektirmekte ve dolayısıyla kaynakların kullanımının artışına sebep olmaktadır.

Sağlık sektöründeki kaynakların kıt olması sağlık ekonomisini ortaya çıkarmıştır (Tıraş, 2018: 48). Kaynakların yeterli düzeyde olmaması insanların sağlık hizmetinden yeterli düzeyde faydalanmasına engel olmaktadır. Dolayısıyla toplumun daha zinde ve beşeri sermayenin daha güçlü olması adına sağlığa harcama yapılması gerekmektedir. Giderek artan sağlık harcaması ise sağlık ekonomisinin önemini daha da arttırmaktadır.

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık kaynaklarını en verimli şekilde kullanarak, kişilerin kimseye bağlı olmadan, sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yapılan tüm hizmetleri sağlık ekonomisi incelemektedir. Sağlık personelleri hastalıkların önüne geçmek ve sağlık düzeyinin korunup gelişmesine katkı

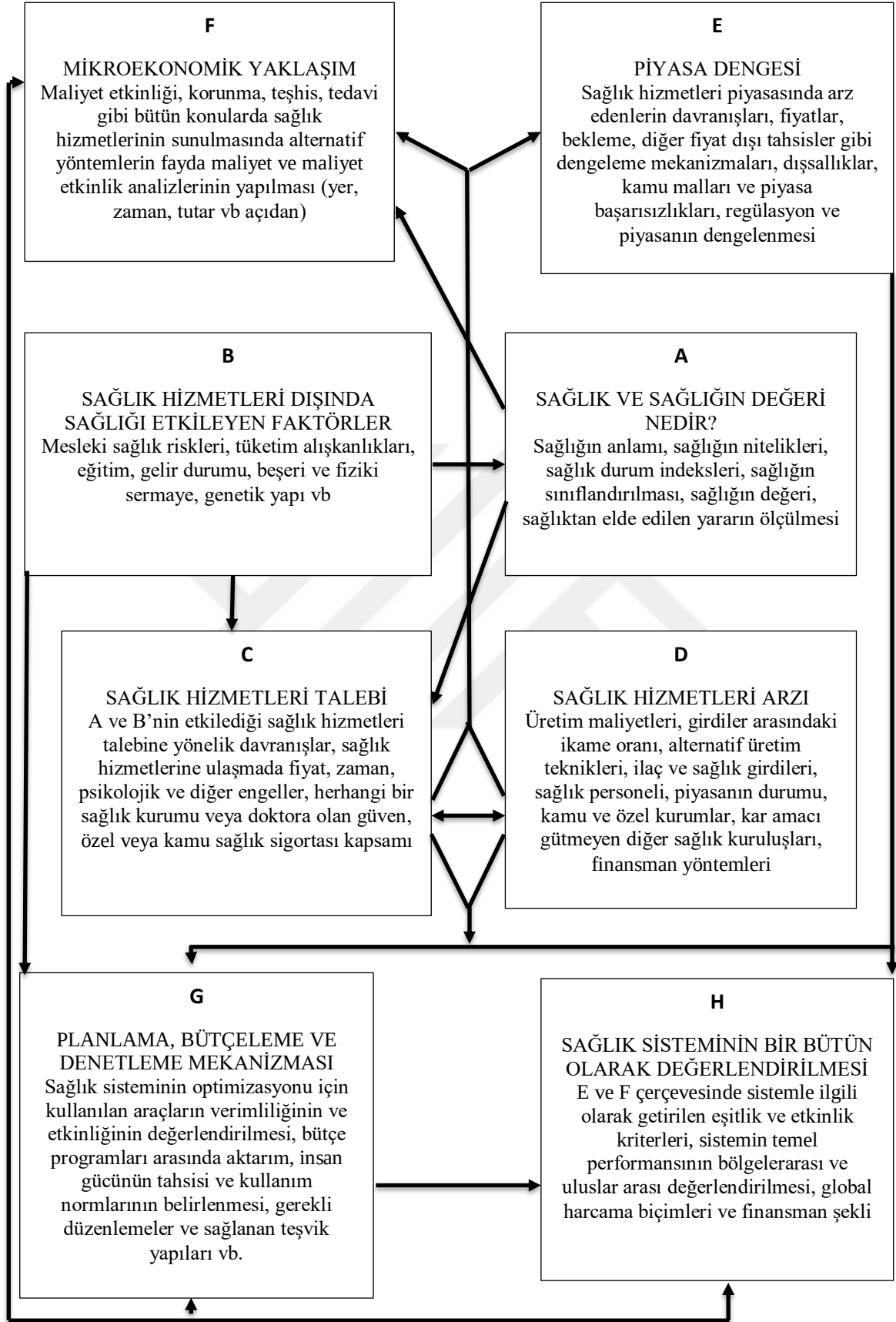
sağlamak amacıyla hareket ederken; ekonomistler, kaynakların verimli şekilde kullanılarak topluma olan faydasının arttırılmasını hedeflemektedir (Williams, 1987: 9).

Sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi sağlık ekonomisinin şekillenmesini sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin talep yönünün belirlenmesinde piyasa şartları, hizmetlere yönelik davranışlar ve gelir gibi faktörler yer almaktadır (Dağlı, 2006: 15). Sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluşturur. Bununla beraber sağlığa ayrılan kaynaklar; üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, piyasanın yapısı, kâr amacı gütmeyen faaliyet gösteren sağlık kurumlarının varlığı ve sağlık hizmetlerinin finansman biçimi gibi etkenler sağlık hizmetlerinin arz yönündeki temel unsurlarını oluşturmaktadır (Işık, 1997: 13). Sağlık hizmetlerinin talebinde ise halkın ekonomik gücü yer almaktadır. Geliri yüksek olan bireylerin sağlık hizmetinden beklentisi ve talebi de yüksek olacaktır. Çevre koşulları, tüketim, beslenme alışkanlıkları, mesleki hastalıklar ve sağlığı kötü etkileyen alışkanlıklar (alkollü içecekler, sigara ve uyuşturucu maddelerin alınması) dolaylı olarak sağlık ekonomisinin ilgi alanına girmektedir (Tıraş, 2018: 48-49).

1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Özellikleri

Sağlık ekonomisi, hem sağlık sektörünün verimliliğini arttırmayı hem de sektörün gelişimini sağlamayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık ekonomisi, kaynakların etkin kullanılmasını, hizmette yaygınlığın ve sürekliliğin oluşmasını, tüketicilerin elde ettiği faydanın artmasını da amaç edinmektedir. Bu doğrultuda sağlık ekonomisi yönetim, organizasyon ve insan gücü alanlarında yeniden şekillenmesi ile ilgili faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır (Baloğlu, 2006: 123).

Araştırmacıların çoğu sağlık ekonomisi kapsamı için Antony John Culyer'in çalışmasını örnek almaktadır. Antony John Culyer, sağlık ekonomisi ile ilgili ortaya koyduğu analizinde; sağlık talebi ve sağlık arzının kapsama dâhil olması ile birlikte makroekonomik bakış açısını ortaya koyan piyasa analizi ve mikro ekonomik yaklaşım, sağlık hizmetleri arz ve talebine ilişkin harcamaların planlanması, bütçelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesine öncülük etmekte ve katkı sağlamaktadır (Çoban, 2009: 6). Şekil 1'de Culyer ve Newhouse tarafından oluşturulan Culyer Şeması gösterilmektedir.



Şekil 1. Sağlık Ekonomisi Kapsamının Culyer Şematik Gösterimi
Kaynak: Culyer ve Newhouse, 2000: 4.

Sağlık sektörü birçok durumdan etkilenebilen bir sektördür. Bu sebeple Şekil 1’de yer alan A kutusunda belirtilen “*Sağlık ve Sağlığın Değeri Nedir?*” sorusu birçok soruyu içinde barındırmaktadır. Sağlık nedir, sağlığın değerinin ve faydasının ölçümü nasıl yapılır, sağlık unsurları nelerdir, nitelikleri nelerdir, sağlıklı olmanın göstergeleri nelerdir, yaşamın değeri nedir gibi soruların cevaplarını A kutusu içinde bulunabilecektir (Tıraş, 2018: 50). Bu sorular üzerinden çalışmasını yapan araştırmacılar birçok ölçüm ve değerlendirmeye ulaşmışlardır.

B kutusu genel olarak sağlığı etkileyen durumlar üzerinde durmaktadır. Sağlığı etkileyen bu durumlar, sağlık içerisinde olabileceği gibi sağlık sektörü dışından dolaylı olarak da sağlığı etkilemektedir. Bireylerin maddi varlıkları, yaşantıları, çalışma hayatları ve çalışma zorlukları, gün içerisinde yapmış oldukları faaliyetler ve kötü alışkanlıklar sağlığı dolaylı yoldan etkilemektedir.

A, B ve D kutularından etkilenen C kutusunda sağlık hizmetleri talebi yer almaktadır. Kişilerin yaşam standartlarının yüksekliği C kutusunu etkilemektedir (Aygün, 2020: 20). Sağlık hizmetleri talebi tüketim açısından bakıldığında sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlarda ve ulaşımda ortaya çıkan; fiyat, zaman, psikolojik ve yasal faktörler ile organizasyonların yapısı, özel ve kamu sağlık sigortası, sağlık kurumu veya doktora olan güven gibi faktörlerin etkileri incelenmektedir (Tıraş, 2018: 50).

Sadece sağlık hizmetleri talebi ile etkileşimde olan D kutusunda sağlık hizmetleri arzı yer almaktadır. D kutusunda bulunan sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisinin üretim tarafını oluşturmaktadır. Bu sebeple yapılan sağlık harcamaları, kullanılan malzemelerin maliyetleri, sağlık ürünleri için daha etkili ve daha uygununu temin etme, sağlık sektörü içinde yer alan kurumların dağılımı, sağlık sektörüne kaynak temin etme gibi alanları incelemektedir.

Şekil 1’de yer alan E kutusu piyasa dengesi olarak belirtilmiştir. Bu kutu içerisine sağlık hizmetleri piyasasında arz edenlerin davranışları, fiyatlar, diğer fiyat dışı tahsisler gibi dengeleme mekanizmaları, dışsallıklar, kamu malları ve piyasa başarısızlıkları, regülasyon ve piyasanın dengelenmesi araştırılmaktadır (Çoban, 2009: 6).

F kutusu sağlık sektörünün kaynaklarının kullanımını ele almaktadır. F kutusunda sahip olunan kaynaklardan en üst düzeyde verim alabilmek istenmektedir. Dolayısıyla çeşitli yöntemler kullanılarak (maliyet-fiyat, maliyet-etkinlik, maliyet-minimizasyon) uygun yer, zaman ve miktar belirlenerek kıt olan kaynaklardan maksimum fayda sağlanması ve verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır (Tıraş, 2018: 50).

Planlama, bütçeleme ve denetleme mekanizması olarak G kutusu yer almaktadır. Bu kısım sağlık sektörünün verimliliğinin detaylı bir şekilde incelendiği kısımdır. Sağlık sisteminin optimizasyonu için kullanılan araçlara ait verimliliğin ve etkinliğin değerlendirilmesi, bütçe programları arasında aktarım, insan gücünün tahsisi ve kullanım normlarının belirlenmesi, gerekli düzenlemeler ve sağlanan teşvik yapıları gibi faktörler ile sağlık sektörünün verimliliğini arttırmayı hedeflemektedir.

H kutusu Culyer Şeması'nın son kutusudur. Bu kutu sağlık sektörünü bir bütün olarak ele almaktadır. E ve F kutularını temel alarak sağlık sektörünü dolaylı ve dolaysız etkileyen her durumu göz önünde bulundurmaktadır. Bu kısım sağlık sektörünün performansını arttırmak adına ulusal ve uluslararası finansal kaynakları araştırmaktadır.

Genel olarak sağlık ekonomisi, arz ve talep yapıları, üretim, tüketim ve maliyet fonksiyonları, sağlığı etkileyen faktörler göz önünde tutularak alternatif hizmet sunum yöntemlerinin ve ödeme sistemlerinin etkinlik/verimlilik, eşitlik amaçları doğrultusunda geliştirilmesini ve bu amaca yönelik olarak planlama, bütçeleme ve denetim mekanizmalarının işletilmesini kapsamaktadır (Çoban, 2009: 8). Sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelinin amacı, hastalıkların önlenmesi mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir (Williams, 1987: 9).

1.3. Sağlık Harcamaları Kavramı

Toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini engelleyecek çok sayıda faktör mevcuttur. Toplumunun sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyecek olan bu faktörlerin ortadan kaldırılması ve yakalanılan hastalıkların tedavisinin gerçekleşmesi amacıyla yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 20-25). İnsanların sağlık hizmetlerinden faydalanması ve sağlık sektöründeki imkânların artırılması adına yapılan harcamalara sağlık harcaması denilmektedir.

Sağlıklı insanların sağlık sektöründeki imkânları kullanarak sosyoekonomik gücünü arttırması ve iş gücü kaybı yaşamaması gerekmektedir. Hastalıkla birlikte bireylerin iş gücünden uzaklaşması sonucunda beşeri sermayenin gelişimi olumsuz etkilenmektedir (Ertürk, 2020: 4). Beşeri sermayenin gelişiminin yavaşlamaması ve iş gücü kaybının yaşanmaması adına sağlık hizmetinin teşviki yapılmalıdır. Sağlık hizmetinin teşviki,

geliştirilmesi ve bir toplumun ihtiyaçlarının karşılanması toplumu daha zinde ve sağlıklı olmasını sağlayacaktır (Akın, 2007: 28). Sağlıklı bireyler sosyal ortamını canlandırabilecek ve kişisel gelişimini yükseltebilecek imkânlara sahip olacaktır. Bu durum sağlığın günlük yaşamı daha verimli hale getirmesinden dolayı, sağlıklı bir kaynak olarak göstermektedir (Atasayar, 2021: 10).

Sağlık harcaması ülkelerin ekonomik durumunu gösteren önemli faktörlerden biridir. Sağlık harcaması sonucu ortaya çıkan ve çıktı olarak adlandırılan sağlık düzeyleri ülkelerin gelişmişliklerini gösteren bir ölçüt olarak görülmektedir (Balsak, 2004: 102). Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için sağlam ve sürekli gelişen bir ekonomiye sahip olması ve topluma sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında sunulması gerekmektedir (Güven, 2017: 18).

Toplumun gelişimini ve refahını yüksek tutmak için bireyler üzerinden sağlık harcaması yapılması gerekmektedir. Ekonomik gelişmişlik düzeyi belirli bir seviyede olan ülkelerde sağlık sektörü için ayrılan pay ve kaynaklar artmakta olup kişiler de sağlık konusunda daha bilinçli olmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018: 644). Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamasına daha fazla bütçe ayrılarak iktisadi kalkınmaya da zemin hazırlanmak istenmektedir. Sağlık harcamaları bireylerin kendilerini daha rahat ve güvende hissetmeleri açısından büyük önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetleri harcaması, insanların sağlığını korumak ve gelecek zamanlarda sağlık ile ilgili sorunlarını en aza indirmek adına oldukça fazla önem arz etmektedir. Çünkü dünya üzerinde bu zamana kadar birçok salgın hastalık baş göstermiştir. Ortaya çıkan bu hastalıklardan dolayı birçok insan hayatını kaybetmiş, birçok ülke ise ekonomik olarak zor durumlara düşmüştür (Atasayar, 2021: 3). Yapılan harcamalar bireylerin günlük yaşam kalitesini arttırdığı gibi toplum yararına yapılan çalışmalara daha çok önem verilmesini sağlamaktadır. Toplum faydasına olan bu çalışmalardan dolayı ülkeler sağlık harcamalarına verdikleri önemi arttırmaktadırlar.

Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkeler sağlık harcamalarının ehemmiyetinin bilincine sahiptirler. Fakat bütün ülkeler sağlık harcamaları yapabilmek adına finanse etmesi gereken fonu toplamakta zorlanmaktadır. Çünkü artan nüfusa karşılık yapılması düşünülen sağlık harcamalarının maliyeti gelişen teknoloji ile daha çok artmaktadır (Akar, 2014: 311). Yaşlanan nüfusun yanı sıra düşen iş gücü gelişmiş ülkelerin en büyük sorunlarından biri olarak görülmektedir.

Gelişmiş ülkeler uyguladıkları politikalar ve yaptıkları harcamalar ile sağlık konusunda gelişmekte olan ülkelere öncülük etmektedirler. Bunun nedeni gelişmiş ülkelerin sağlık için planlamış oldukları harcamaları en verimli şekilde uygulamalarıdır. Gelişmiş ülkelerde teknoloji ekonomik büyümeyi uyararak, bu büyümenin sağlık harcamalarının tekrar artmasına yol açtığı bir sürece dönüştürmektedir (Akar, 2014: 311). Sağlık hizmetlerinin yerinde uygulanması ile yaşam kalitesi artan bireyler ekonomiyi canlandırarak ekonomik büyümeye etki edebilmektedir (Koç, 2019: 147).

1.3.1. Sağlık Harcamalarının Önemi ve Boyutu

Kamu harcamaları, bir devletin veya devlet tarafından yetki verilen kurumların para veya mal ile yaptıkları harcamalardır (Turan ve Gül, 2014: 26). Bir toplumun bilgisi, becerisi yeteneği, sağlığı ve eğitim düzeyi o toplumun gelişmişliği hakkında bize bilgiler vermektedir. Toplumun temel taşı olan bireyler için yapılan harcamalar beşeri sermayeye yapılan yatırımları içermektedir. İçsel büyüme teorisyenlerinin görüşlerine göre beşeri sermaye uzun dönemli kalkınmanın kaynağı olarak kabul edilmektedir (Hayaloğlu, 2015: 35). Çünkü beşeri sermayeye yapılan yatırımlar üretkenliği arttırarak ekonomiye katkı sağlayacaktır. Beşeri sermayeye yapılacak yatırımlar eğitim ve sağlık harcamaları olarak gösterilmektedir. Dolayısıyla eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi de arttıracacağı beklenmektedir (Aygün, 2020: 61).

Sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi ve toplum içerisinde insanların sağlığının çok daha iyi durumda olması insanların üretkenliğini arttıran bir etkidir. Bilgi ve becerisini arttıran beşeri sermaye, üretkenliğini de arttırmış olacağından ekonomik faaliyetler içerisinde verimliliğe de olumlu katkı sağlayacaktır (Özavcı, 2019: 54). Üretken olan bir toplum daha kısa sürede daha çok verimli ürünlerin üretimi gerçekleştirebilecektir. Sağlığını kontrol ederek, beslenmesine dikkat eden ve hastalıklara uzak olan bir insanın algıları açık ve kuvvetli olacaktır. Böyle bir bireyin eğitilmesi, bir öğretiyi hızlı kavraması toplumun bilinçli ve ne yaptığını bilen bir beşeri sermayeye sahip olması anlamını taşıyacaktır.

Sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilmesi ve eğitilmiş bireylerden daha uzun süre faydalanılabilecek olması, eğitim sektörü ile birlikte sağlık sektörüne de önem verilmesini gerektirmektedir (Aytürk, 2010: 23). Söz konusu eğitim ve sağlık birlikteliği bir ülkenin kalkınmışlığını belirleyen en önemli iki unsur olarak gösterilmektedir. Beşeri sermaye üzerine yapılan araştırmalarda, beşeri sermayenin kuvvetinin eğitim ile yükseleceği belirtilse

de sağığı yerinde olmayan bir bireyin eğitim alabilecek gücü ya da bireyin kendisi olmayacaktır. Beşeri sermayeye katkısı yüksek ve güçlü bir topluma sahip ülkeler, sağık üzerine harcamalarını arttırdığı takdirde yaşam kalitesini ve ortalama yaş ömrünü arttırmış olacaktır (Özavcı, 2019: 51). Bunun sonucunda oluşturulan güçlü toplum, ülke ekonomisine uzun dönemde fayda sağlayacaktır.

Kamu harcamasının ülke ekonomisine asıl katkısı, temeli insan olan sağık harcamasıdır. Sosyal devletlerde ve refah seviyesini yüksek tutmak isteyen ülkelerde, yatırımlar insan refahı için yapılmaktadır. Bu bağlamda bireylerin sağık düzeyinin artırılması toplumun yaşam kalitesini yükseltecektir. Yaşam kalitesi yükselen toplum ise üretime olumlu katkıda bulunacak ve bu da ülkenin refah seviyesinin artmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla daha iyi yaşam koşullarına sahip olunma isteğı sağık harcamalarının da artmasını gerektirecektir (Kurşun ve Rakıcı, 2014: 78).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde beşeri sermayeye yapılan yatırımlar ülke ekonomisine olumlu katkı sağlamaktadır. Bu ülkeler genellikle her yıl bir önceki yıldan daha yüksek miktarlarda beşeri sermayeye yatırım yapmaktadırlar. Bu doğrultuda ülkeler hedeflenen beşeri sermaye birikimine ulaşmak adına her yıl sağık harcamalarını, sağığa ulaşan sayısını ve sağık hizmetlerinde kaliteyi arttırmayı hedeflemektedirler (Üzümcü ve Söğüt, 2020: 279). Aşağıda yer alan Tablo 1’de, D8 ülkelerinin 2000-2020 dönemine ait kişi başına cari sağık harcamaları (KBCSH) gösterilmektedir.

Tablo 1. D8 Ülkeleri Kişi Başına Cari Sağık Harcaması (Dolar)

	BGD	EGY	IDN	IRN	MYS	NGA	PAK	TUR
2000	8,62	71,04	15,54	80,96	111,95	17,65	15,41	196,78
2001	8,42	70,37	17,03	94,30	114,84	18,49	13,40	151,55
2002	9,38	65,59	19,15	105,70	121,41	18,06	14,96	184,31
2003	10,31	51,60	25,74	116,90	141,87	39,08	14,34	235,91
2004	11,11	51,60	26,21	142,18	153,40	44,16	15,54	296,14
2005	11,62	60,99	34,41	173,80	161,63	53,93	19,67	360,65
2006	12,38	68,03	44,81	197,78	199,86	65,72	24,66	411,87
2007	14,41	75,13	56,52	245,01	229,76	69,15	26,51	506,39
2008	16,00	92,33	59,80	297,51	262,78	80,10	24,81	563,64

2009	18,21	101,22	62,98	364,43	244,84	68,01	23,66	493,93
2010	21,15	107,42	86,36	436,14	285,03	75,59	24,21	532,93
2011	23,29	118,70	108,03	518,84	343,20	83,11	25,67	526,18
2012	23,90	142,76	106,90	513,45	371,79	91,06	26,29	519,89
2013	27,41	142,60	103,38	408,33	382,19	100,82	29,00	546,72
2014	30,30	158,21	103,06	375,28	415,65	106,12	33,05	519,90
2015	33,54	173,52	97,16	369,99	370,72	96,28	35,01	446,76
2016	39,56	145,28	107,53	437,67	353,64	78,24	37,60	459,93
2017	42,28	107,99	111,51	462,21	370,72	72,77	43,41	437,37
2018	44,74	120,22	111,91	462,69	416,32	65,70	41,41	387,66
2019	47,67	145,31	120,59	450,60	427,46	69,68	37,22	397,41
2020	50,66	150,91	132,96	573,40	418,66	69,76	38,18	395,24

Kaynak: Dünya Bankası

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=BD-EG-IR-ID-MY-NG-PK-TR> (21.02.2024).

Tablo 1’de yer alan KBCSH verileri yıllara göre incelendiğinde, 2000 yılında D8 ülkeleri toplamı için KBCSH 517,94 dolar iken Türkiye bu toplamın yüzde 38’ini oluşturmaktadır. Türkiye, 2000 yılında 196,78 dolar ile D8 ülkeleri içerisinde en yüksek sağlık harcaması yapan ülke konumundadır. 2000 yılında Bangladeş ise 8,62 dolar ile D8 ülkelerinde en düşük harcama yapan ülke olarak göze çarpmaktadır. 2020 yılında ise D8 ülkelerinin KBCSH toplamı 1.829,78 dolar iken Türkiye bu toplamın sadece yüzde 22’sini oluşturmaktadır. En yüksek sağlık harcaması yapan İran’da ise 2020 yılı KBCSH toplamının 573,40 dolar ile yüzde 31’ine karşılık gelmektedir.

Tablo 1 verilerine oransal olarak bakıldığında zaman yüzde 755 oranında artış ile Endonezya en yüksek artışa sahip ülkedir. İran ise 492,45 dolar ile parasal değer olarak en yüksek artışı gerçekleştirmiştir. D8 ülkeleri içerisinde İran, Malezya ve Türkiye’nin en yüksek sağlık harcaması yapan ülkeler olduğu görülmektedir. Tablo 1 genel olarak değerlendirildiği zaman, D8 ülkelerinde KBCSH’nın 2000-2020 yılları arasında dalgalanarak artış gösterdiği söylenebilmektedir.

1.3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

İnsanlar yaşamları devam ettikçe sağlık hizmeti almak zorundadırlar. Sağlık hizmeti devletler tarafından sunulacağı gibi özel şirketler tarafından da sunulmaktadır. Bireyler de devlet tarafından ya da özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetini alırken belli bir harcama yapmaktadır. Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler, sosyal yapının değişmesi, bireylerin gelirlerindeki artış, şehirleşmenin artmasıyla sağlığa ulaşımın kolaylaşması ve bireylerin bilinçlenmesi sağlığa yapılan harcamaları arttırmaktadır. Sağlığa yapılan harcamaların sebebi ülkeler arasında farklılık gösterse de sağlığı etkileyen ya da artıran nedenlerin genel ortak olduğu söylenebilmektedir (Çulha, 2019: 31).

1.3.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Değişimi

Bireylerin gelirlerindeki artışın etkilerinden biri de geliri artan bireyin yapacağı sağlık harcamasını arttıracığı yönündedir. Engels 1885 yılında yapmış olduğu araştırmasında, bireylerin taleplerini üç gruba ayırarak incelemiştir. Bu inceleme sonucunda Engels, gıda üzerine yapılan harcamaların bireylerin gelirleri arttıkça daha küçük oranda arttığı; giyim ve barınma yönündeki harcamalarının ise gelirleriyle aynı oranda değiştiği; kültür, eğlence, sağlık ve ulaşım gibi harcamalarının ise gelirlerindeki artıştan daha yüksek oranda arttığı gerçeğine ulaşmıştır (Çelik, 2016: 121). Çünkü kişilerin gelirlerinde gerçekleşen artış ile kişi alacağı sağlık hizmetindeki kaliteyi arttıracak ve her rahatsızlığında kolaylıkla sağlık kuruluşlarına başvuracaktır.

Geliri artan bireylerin sağlık için dolaylı ve dolaysız ödemeler yapması sonucunda sağlık harcaması artacaktır. Sigorta şirketleri bireyler için tüm sağlık hizmetini kapsamamaktadır. Bireylerin geliri arttıkça sağlıktan talep ettiği saç ektirme, estetik yaptırma ve kozmetik alışverişi gibi talepleri sağlık harcamasının artmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012; 216). Tablo 2’de D8 ülkelerinin 2000-2020 yılları arasında kişi başına düşen net milli gelirleri dolar üzerinden gösterilmiştir.

Tablo 2. D8 Ülkeleri Kişi Başına Net Milli Gelir (Dolar)

	BGD	EGY	IDN	IRN	MYS	NGA	PAK	TUR
2000	384,200	1156,251	546,813	1386,638	2248,531	422,111	367,939	3343,654
2001	392,898	1241,844	621,965	1246,494	2596,952	408,991	462,757	3533,743

2002	388,530	1214,765	531,127	1491,473	2583,980	459,064	434,265	2471,546
2003	390,179	1026,357	656,942	1563,181	2829,200	600,288	424,162	2911,222
2004	422,011	930,173	771,302	1833,579	2994,786	627,731	481,485	3818,689
2005	450,754	873,220	810,441	2196,952	3398,339	777,167	556,179	4956,248
2006	473,640	948,855	873,387	2548,514	3816,485	955,663	605,077	6114,868
2007	484,909	1122,879	1123,453	2940,670	4307,262	1380,094	679,033	6657,901
2008	537,442	1354,248	1317,533	3902,764	5150,803	1532,325	740,695	8093,660
2009	622,178	1619,835	1536,906	4438,477	5912,478	1804,757	813,750	9024,596
2010	691,201	1927,793	1667,829	4613,620	5234,841	1579,924	795,916	7429,972
2011	768,868	2135,953	2320,479	5394,055	6393,204	1823,090	828,424	8905,317
2012	845,214	2193,857	2670,453	6843,278	7511,853	1955,034	988,140	9534,737
2013	870,415	2604,912	2755,128	6821,154	7702,293	2184,503	1019,405	9895,729
2014	964,944	2637,790	2718,836	5039,697	7828,368	2425,054	1038,075	10665,187
2015	1082,661	2758,811	2620,108	4589,082	7915,031	2695,913	1086,098	10269,293
2016	1205,931	3040,473	2561,209	3972,056	7055,89	2322,325	1194,188	9294,273
2017	1590,937	3012,265	2812,037	4454,511	6983,028	1877,412	1369,9	9193,574
2018	1716,254	2037,32	2968,943	4560,099	7170,645	1661,475	1463,098	8921,211
2019	1868,098	2082,058	2957,466	2782,634	7789,899	1756,201	1508,953	8063,601
2020	2290,392	3015,943	2965,440	2082,386	7474,005	1744,180	1230,614	7197,802

Kaynak: Dünya Bankası -

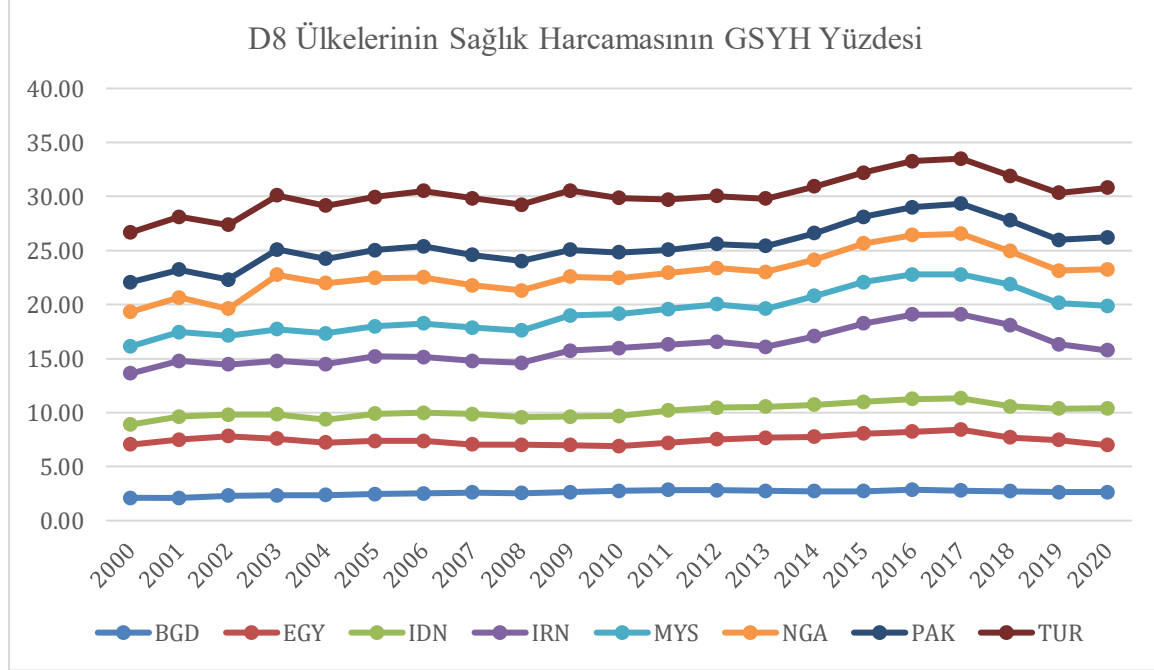
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.ADJ.NNTY.PC.CD?end=2020&locations=EG-BD-ID-IR-MY-NG-PK-TR&start=1999> (21.02.2024).

D8 ülkeleri içinde İran'ın 2000 yılındaki kişi başına net milli geliri 1.386,63 dolar ile Türkiye ve Malezya'dan sonra en yüksek üçüncü ülkesidir. İran kişi başına net milli gelirini (KBNMG) 2020 yılına gelindiğinde 2.082,39 dolara kadar çıkartmıştır. Ancak diğer D8 ülkeleri ile kıyaslandığında ise 2020 yılı KBNMG artış oranı en düşük ülke konumundadır. Endonezya ise 2000 yılında 546,81 dolar olan KBNMG'ini yüzde 442 oranında arttırarak 2020 yılında İran'dan daha yüksek olarak 2.965,44 dolara çıkarmıştır.

Kişi başına geliri yüksek olan ülkeler de sağlık harcamasının yüksek olduğuna kanaat getirmek mümkündür. Sağlıklı bireylerin toplumda fazla olması, iş gücü kayıplarını

önleyerek üretim miktarının düşmesini engellemekte ve bu da mili gelir üzerinde olumlu sonuçlar vermektedir (Lustig, 2004: 15).

Grafik 1. D8 Ülkeleri Sağlık Harcamasının GSYH Yüzdesi



Kaynak: Dünya Bankası -

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=BD-EG-IR-ID-MY-NG-PK-TR> (21.02.2024).

Grafik 1’de D8 ülkelerinin 2000 ile 2020 yılları arasında yapmış oldukları sağlık harcamasının gayrisafi yurtiçi hâsıla (GSYH) içerisindeki yüzdesi gösterilmiştir. Grafik 1’e göre 2000 yılında sağlık harcamasının GSYH içinde en yüksek orana sahip olan ülkesi yüzde 4,92 ile Mısır olarak görülmektedir. Mısır’da sağlık harcamasının GSYH içindeki payı 2020 yılına kadar dalgalı şekilde seyretmiştir. 2000 yılında D8 ülkeleri içinde en yüksek ikinci orana sahip olan ülke ise 4,72 ile İran’dır. İran 2020 yılına gelindiğinde ise sağlık harcamasının GSYH içindeki oranını yüzde 13 arttırarak 2020 yılında en yüksek orana sahip ülkesi olmuştur.

Getzen (2000) çalışmasında gayrisafi milli hâsiladaki artışın kişi başına geliri arttıracağını ve artan gelirin sağlık harcamasındaki yansımalarının ise 3-5 yıl içinde görüleceğini ifade etmiştir. Tablo 2 ve Grafik 1 birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye ve İran’ın KBNMG’i 2000 yılından 2020 yılına kadar en düşük artış oranına sahip ülkeleri arasında olduğu

görülmektedir. Buna rağmen Türkiye ve İran sağlık harcamasına en çok pay ayıran ülke konumundadırlar.

1.3.2.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Nesiller değiştikçe ve zaman geçtikçe insanların hayata karşı bakış açıları da değişmektedir. Değişen bakış açıları sebebi ile insanların doğru olarak kabul ettiği yargılar da değişmiştir (Akın, 2007: 33). İnsanların hayatlarına teknolojinin de girmesiyle birçok konuda düşünceleri de farklılaşmaktadır. Bireylerin lüks olarak kabul ettikleri birtakım harcamaları günümüzde hayatın akışı haline gelmiştir (Alacahan, 2015: 15). Araçların zorunlu bir ihtiyaç olması, sanal ortamda kişisel gelişim eğitimleri almaları, estetik operasyon yapmaları ya da kozmetik ürünleri kullanmaları insanların sosyal yapısının değiştiğini göstermektedir.

Gelişen teknoloji insanlara ulaşım, eğitim, sağlık hizmeti gibi birçok alanda yardımcı olmaktadır. Geçmişte insanların gelecek ile ilgili kaygı duymamaları, artan nüfusun etkisiyle hastalık ve sakat kalma korkusunu arttırarak sağlık hizmetlerinden fazla tüketim yapmalarını sağlamıştır (Işık, 1997: 75). Bireylerin sosyal yaşantısını daha canlı tutmak, iş hayatını daha rahat geçirebilmek adına estetik operasyonlar, temiz bir çevre ve bakım malzemeleri gibi sağlık harcamaları yapmaları zorunluluk haline gelmiştir.

Zaman geçtikçe gençlerin madde gibi tehlikeli bağımlılıklarının olması ya da yaşlıların daha sık sağlık rahatsızlığı yaşaması çeşitli sağlık kollarının oluşmasına sebep olmuştur (Atasayar, 2021: 14-15). Madde bağımlısı insanları alışkanlıklarından uzaklaştırmak adına sağlık hizmeti sunulmaktadır. Değişen sosyal yapıdan dolayı rahatsızlığı artan yaşlıları bakım evlerine bırakmak da sosyal değer yargılarının sağlık sektörüne bir etkisi olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla modern dünyanın değişmesi, artan teknoloji ve bilimsel gelişmeler bireylerin bilinçlenmesine ve daha kaliteli bir hayat için sağlık harcamasına yönelmelerini hızlandırmıştır (Aygün, 2017: 34). Bu durum değişen sosyal değer yargılarının insanların sağlık harcaması yapmasına yol açtığını göstermektedir.

1.3.2.3. Şehirleşme

Ekonomik büyümeyi sağlayan ve güçlü sanayiye sahip olan ülkelerde kırsaldan şehir yaşamına göç gerçekleşmektedir. Şehir hayatının, kırsal hayattan farklı olarak sağlık kurumlarının yeterli olması, uzman personellerin bulunması, ilaç ve teknolojinin yeterli

düzeyde olması şehirleşmeye sebep olmaktadır (Işık, 1997: 76). Bununla beraber bireylerin ekonomik gücünü arttırmak istemeleri, daha iyi eğitim ve daha iyi sağlık hizmeti almak istemeleri şehirleşmenin başlıca sebeplerinden olduğu söylenebilmektedir.

Kırsal kesimde hayatlarına devam eden insanların genellikle geçim kaynakları tarım ve hayvancılık üzerine kuruludur. Şehirdeki çalışma şartlarına göre daha zor çalışma şartlarına sahiptirler. Kırsal kesimin nüfusunun seyrek olması o bölgelere yapılacak yatırımın daha az olmasına sebep olmaktadır. Bu durum kırsal kesimde su, ulaşım, teknoloji, gelir, eğitim ve sağlık gibi ihtiyaçlara ulaşımı zorlaştırmaktadır (Atasayar, 2021: 16).

Kırsal bölgelerde yaşamlarını sürdüren insanlar ile şehirlerde yaşayan insanlar arasında ulaşılabilir imkânlar açısından farklılıklar söz konusudur (Mutlu ve Işık, 2012: 202). Şehirlerde var olan eğitim ve sağlık gibi zaruri ihtiyaçlar, işinde uzman olan kişiler tarafından karşılanabilmektedir. Kırsal kesimde ise insanların ilaç, doktor, içme suyu ve teknoloji gibi ihtiyaçlara ulaşımı kolay olmamaktadır.

Ülkelerde ekonomik büyüme arttıkça şehir yapılanması da artmaktadır (Ertürk, 2020: 7). Bunun başlıca sebepleri; kırsal bölgelerde yaşayan insanların gelirini arttırmak istemeleri ile sağlık ve eğitim hizmetinden daha çok faydalanmayı arzulamalarıdır. Şehirler ile kırsal bölgeler arasında yaşamak için zaruri ihtiyaçlara ulaşimleri açısından da farklılıklar vardır. Dolayısıyla bölgeler arasında gelir ve gelişme farklılıklarının varlığı, geri kalmış ve kırsal bölgelerden, kentleşmenin yoğun olduğu gelişmiş bölgelere doğru göç yapılmasına sebep olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012: 220). Tablo 3'te, D8 ülkelerinde yıllık kentsel nüfusun toplam nüfusa oranı gösterilmektedir.

Tablo 3. D8 Ülkeleri Yıllık Kentsel Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (%)

	BGD	EGY	IDN	IRN	MYS	NGA	PAK	TUR
2000	23,59	42,797	42,002	64,042	61,977	34,84	32,982	64,741
2001	24,096	42,843	42,783	64,758	62,922	35,669	33,18	65,34
2002	24,756	42,889	43,568	65,468	63,856	36,508	33,38	65,974
2003	25,429	42,935	44,356	66,172	64,78	37,356	33,58	66,602
2004	26,114	42,981	45,149	66,869	65,694	38,212	33,781	67,225
2005	26,809	43,027	45,942	67,558	66,594	39,074	33,982	67,84

2006	27,517	43,073	46,738	68,239	67,483	39,943	34,184	68,45
2007	28,237	43,078	47,535	68,864	68,36	40,819	34,387	69,053
2008	28,968	43,058	48,335	69,458	69,225	41,702	34,59	69,651
2009	29,709	43,039	49,134	70,045	70,075	42,588	34,793	70,241
2010	30,462	43,019	49,914	70,626	70,912	43,48	34,997	70,825
2011	31,225	43,000	50,595	71,2	71,609	44,366	35,202	71,402
2012	31,993	42,946	51,276	71,755	72,275	45,246	35,408	71,974
2013	32,762	42,893	51,955	72,295	72,93	46,118	35,613	72,531
2014	33,535	42,839	52,635	72,83	73,577	46,982	35,819	73,077
2015	34,308	42,785	53,313	73,358	74,213	47,838	36,026	73,611
2016	35,083	42,732	53,989	73,88	74,84	48,683	36,234	74,134
2017	35,858	42,705	54,659	74,394	75,447	49,519	36,442	74,644
2018	36,632	42,704	55,325	74,898	76,036	50,344	36,666	75,143
2019	37,405	42,73	55,985	75,391	76,607	51,157	36,907	75,63
2020	38,177	42,783	56,641	75,874	77,16	51,958	37,165	76,105

Kaynak: Dünya Bankası -

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=BD-EG-IR-ID-MY-NG-PK-TR> (21.02.2024).

Tablo 3 verilerine bakıldığında zaman Bangladesh, Nijerya ve Pakistan kentsel nüfusun toplam nüfus içindeki oranının en düşük olduğu ülkeler olarak görülmektedir. 2000 yılında Bangladesh 23,59, Nijerya 34,84 ve Pakistan ise 32,98 oranına sahiptir. Bangladesh kentsel nüfus oranını yüzde 62 arttırarak en çok artışa sahip ülke olmuştur. Mısır ise kentleşme oranını diğer ülkelerin aksine düşürdüğü görülmektedir. İran, Malezya ve Türkiye ise 2000 yılında en yüksek orana sahip ülke konumundadırlar. 2020 yılına gelindiğinde ise bu ülkelerin kentleşme oranının sürekli arttığı söylenebilmektedir.

Şehirlerde imkânların geniş olması, sanayileşmenin yüksek olması gibi sebepler insanların daha çok harcama yapmasına neden olmaktadır. Bu durumun beraberinde nüfusunun büyük çoğunluğunun yaşamını devam ettiği bölge olarak şehir yapılanması daha çok yatırım

almaktadır. Nüfusun artması ve yapılan yatırımların artması sonucu sağlık hizmetine de daha çok harcama yapılmasına sebep olmaktadır (Akın, 2007: 34).

1.3.2.4. Eğitim Seviyesinin Değişmesi

Eğitim sektörü ülke içerisinde sağlık sektörü kadar önemli bir yer tutmaktadır. Eğitim seviyesi, sağlık hizmetine olan talep ile paralellik göstererek sağlık harcamalarını etkileyen önemli değişkenlerdendir (Ertürk, 2020: 7). Eğitim seviyesi artan bir toplumda sağlık hizmetine olan talepte artmaktadır. Çünkü eğitilmiş ve bilinçli bireyler sağlık konusunda daha duyarlı olarak daha kaliteli ve daha nitelikli bir hayat için sağlık hizmeti almaya yönelmektedirler (Tıraş, 2018: 55).

İnsanların sağlık konusunda daha bilinçli olmalarının temelinde aldıkları eğitimin bir sonucu olduğu söylenebilmektedir (Akın, 2007: 32). Eğitilmiş ve bilinçli bireylerin sağlık üzerine daha dikkatli ve tedbirli hareket etmeleri, sağlık hususunda daha kötü durumlar olmadan erken tedaviye başlamaları, bireylerin yaşantısını kolaylaştıracak aşı, sağlık kontrolleri, temizlik ve hijyen kurallarına uymaları gibi durumlar ise beşeri sermayeye yatırım olarak kabul edilebilmektedir.

1.3.2.5. Teknolojik Gelişmelerin Değişimi

Teknoloji insan hayatının her alanında kolaylık sağlamaktadır. Teknolojinin insanların hayatına girmesi sosyal hayatlarını, özel hayatlarını ve iş hayatlarını hızlandırmış durumdadır. İnsan gücü ile yapılması imkânsız olan ya da uzun zaman alan işlerini teknoloji aracılığıyla daha hızlı ve daha kısa sürede yapmaktadırlar.

Teknoloji sayesinde doktorların hastalarına kesin tanı koymalarını kolaylaştırmak ile beraber tanısı konulamayan ve tedavi edilemeyen bir çok hastalığın tedavi edilmesi ihtimali artmıştır (Khanolkar vd., 2016: 34). Bu durum insanların daha hızlı şekilde toparlanmalarını ve hayatlarına daha çabuk adapte olmalarını sağlamaktadır. Bu şekilde iş hayatına daha kısa ara veren insanlar ekonomik olarak daha az kayıp yaşayabilmektedir. İş gücünün varlığı ise ekonomik olarak sürekliliği sağlayacaktır.

Teknolojinin gelişmesinin sağlık hizmetlerine yansıtılmasında teknik becerilerin yanı sıra etkili örgütsel becerilere de ihtiyaç duyulmaktadır (Güven, 2017: 22). Bu açıdan teknolojinin gelişimi daha üst düzey cihazların kullanılmasına sebep olacaktır. Daha donanımlı ve daha

net sonuçlar veren teknolojik aletlerin kullanım maliyeti de yüksek olacaktır (Özyurt, 2020: 28). Sağlık alanında kullanılan cihazların tedaviyi kolaylaştırması, doktorların daha fazla hastaya bakması, daha doğru sonuçlar bulması da sağlık hizmetine yapılan harcamayı arttıracaktır.

1.3.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı açısından gelirin korunması, en hakkaniyetli, etkili ve verimli finansman kaynaklarının seçilmesi ile olanaklı olabilir (Yıldırım, 2012: 51). Sağlık harcamasının gelir kaynağı, kişilerden ve işverenlerden toplanan paralardır. Bu toplanan para bir havuzda birikerek sağlık hizmeti alanlar için eşit şekilde, belirlenmiş bir kurala göre dağılmaktadır. Finansmanın sağlanmasının sebebi ise hastalık ve sakatlık gibi durumlarda halkın maddi yükümlülüklerini en aza indirerek onları iş gücüne en hızlı şekilde kazandırmaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamusal, özel ve karma olmak üzere üç farklı finansman yönteminden oluşmaktadır (Güvenek, 2015: 144). Sağlık harcamasının finansmanı için gerçekleşen bu finansman yöntemleri ülkeler arasında değişim göstermektedir. Ülkelerin demografik yapısı, kültürü ve kalkınmışlığı gibi birçok etken sağlık harcamasının finansmanını etkilemektedir. Bu sebeple gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sağlık harcaması konusunda aynı seviyelerde yer alamamaktadır.

Devlet finansman işini Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurarak idare etmekte ve finans kaynağı olarak cepten ödemeler, vergiler ve sigorta ödemeleri yer almaktadır (Ertürk, 2020: 15). Cepten ödeme ise bireylerin herhangi bir sağlık sigortasının olmadığı ya da bulunan sağlık sigortalarının aldıkları tedaviyi karşılayacak limite sahip olmadığı durumlarda, sağlık hizmetini tamamlayabilmek adına doğrudan yaptıkları sağlık harcamasına denmektedir. Genel olarak tercih edilmeyen ve kullanılmayan bir durumdur. Çünkü sağlık, hizmet maliyeti yüksek ve buna bağlı olarak sunulan hizmetin bedeli de yüksek olan bir sektördür. Bu sebeple yapılacak olan tedavinin mahiyeti büyük olduğu zaman sağlık hizmetinin bedeli ödenemeyeceği için hizmet yarım bırakılmaktadır.

Doğrudan finansman kaynağı olarak cepten ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Dolaylı finansman yönteminde ise vergiler ve sigorta primleri yer almaktadır. Kişisel tedavi hizmeti ihtiyaçlarının talebi için esas olarak, kişilerin prim türünde yarı-doğrudan ve katılım payı ve benzerleri türünde doğrudan ve sürekli bir sağlık harcaması yapmak zorunda bırakılmaktadır

(Sargutan, 2005: 416). Bu durum devletin sağlık hizmeti için ayırdığı payın daha az olmasına sebebiyet vermektedir. Ayrıca sağlık harcaması için yapılan kamu harcamasının dūřmesine de yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için nc taraf, finansal koruma sağlayacağı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir elde eder ve bu gelirin amacı, hasta veya hizmet sunucu için geri ödemedede yardımcı olmaktır (Yıldırım, 2012: 49). Bu aracılık işlevi hastayı almış olduğu sağlık hizmetinin maddi yükü karşısında zor durumda kalmaması için bulunmaktadır. deme için hastaya yardımcı olan aracının hasta ile hastane arasında bulunma sebebi ise hastanın düzenli olarak sigorta primi yatırması ya da işvereni tarafından ilgili kuruma priminin düzenli bir şekilde yatırılmasından kaynaklı olmaktadır. alışan bireylerin sigorta primleri aldıkları maaşa göre belirlenmektedir. Düzenli olarak maaşlarından bu sigorta ödemeleri kesilmekte ya da ödemesini kendileri yapmaktadır. alışan bireylerin ne kadar prim ödemesi gerektiğini ise özel sigorta şirketi ya da devlet karar vermektedir. Buna karşılık işverenlerin sigorta primleri ise elde ettikleri gelirlerine göre alınmaktadır.

Sağlık harcamasının en önemli finansman kaynaklarından biri devlet btcesinden ayrılan paylardır. Devlet, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini genel vergilerle finanse ederek bütün bireylere eşit hizmet vermeye çalışmaktadır (Ertürk, 2020: 17). Diğer bir deyişle devlet gelirlerinin belli bir kısmını sağlık sektörüne ayırmaktadır (Cichon ve Normand, 1994: 324). Dolayısıyla devletin sağlık sektörü için ayırdığı pay sağlık sektörünün finansman kaynağında önemli bir yere sahiptir.

İKİNCİ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME

2.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı ve Kapsamı

Ekonomik büyümenin iktisatçılar arasında birden fazla tanımı bulunmaktadır. Ekonomi içerisinde gerçekleşen mal ve hizmet üretimi miktarındaki artış, ekonomik büyüme olarak tanımlanabilmektedir. Aynı zamanda bireylerin gelir düzeylerinde süreklilik gösterecek şekilde artışı da ekonomik büyüme anlamına gelmektedir (Ülgener, 1991: 409). Ekonomik büyüme en net şekilde belirli zaman aralıklarında toplam üretimde oluşan artış olarak ifade edilmektedir (Aygün, 2020: 51).

Ekonomik büyümede oluşan artış zaman ve yere bakılarak, miktar, ağırlık ya da hacim olarak gerçekleşebilmektedir. Meydana gelen artışa bakarak ülkelerin gücü ve gelir seviyeleri hakkında incelemeler yapıp çeşitli göstergeler elde edilebilir. Nüfus, sermaye, tasarruf ve milli gelirden meydana gelen artış birer büyüme göstergesidir. Bu büyüme miktar ve büyüklük olarak ifade edilmektedir (Özavcı, 2019: 37). Zaten büyümeden bahsedilebilmesi için sayısal olarak bir artışın olması gerekmektedir (Özgüven, 1988: 9).

Ekonomik büyümenin sahip olduğu tanımların özeti olarak bir büyümeden söz etmek için belirli bir süre içerisinde, belirli dönemler arasında üretim seviyesinde ve kapasitesinde artış gerçekleşmesi gerekmektedir. Ülkenin kalkınmasının temel göstergeleri arasında, kişi başına düşen milli gelirdeki artışın yanı sıra üretim faktörlerinin nicelik ve verimliliğinin artırılması da gösterilmektedir. Bununla birlikte sanayi sektörünün milli gelir ve ihracattaki payının da artması gerekmektedir (Armağan, 2022: 30). Bir başka ekonomik büyüme göstergesi de yatırım ve üretim miktarlarının toplamında gerçekleşen artışlardır. Gayrisafi milli hâsıla artışı da iktisadi büyümeye işaret etmektedir. Ekonomik büyüme başka bir biçimde, kişi başına reel gelir seviyesinin üretim kapasitesindeki artışa dayalı olarak sürekli biçimde ve önemli oranda artması olarak tanımlanmaktadır (Karataş ve Çankaya, 2010: 32). Bir ülkede

üretimin artması durumunda ülkedeki gelir seviyesi yükselir; bununla beraber tüketimde de artış görülebilmektedir. Üretimin ve tüketimin de belirli dönemler arasında artış göstermesi, ekonomik büyümeye işaret etmektedir. İktisadi büyümeyi veya milli gelir seviyesindeki yükselişi reel gayrisafi yurtiçi hâsıla veya reel gayrisafi milli hâsıladaki artış ile de belirlemek mümkündür (Turhan, 2007: 19). Ekonomik büyüme ile birlikte istihdam ve işsizlik, adil gelir dağılımı, doğal kaynakların etkin ve yerinde kullanımı, demokratik hak ve özgürlüklerdeki ilerlemeler ve kültürel değişim gibi toplumun refahını etkileyen alanların gelişip gelişmediği üzerinde durulmaktadır (Berber, 2011: 6). Dolayısıyla ekonomik büyümeyle sağlık harcamasının doğru orantılı olduğu söylenebilmektedir.

Ekonomileri güçlü ülkeler, sağlık hizmetlerinde de gelişmiş ülkelerdir. Bu ülkelerin sağlık sektörü için ayırdığı kaynaklar da dünya ortalamasının üzerindedir. Gelişmiş ve yüksek refah seviyesine sahip ülkeler insan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi için sağlık sektörüne GSYH'den daha fazla ödenek ayırmaktadırlar (Tıraş, 2018: 89). Bir ülkede ekonominin güçlü olması ile sağlık sektörüne ayrılan kaynakların yüksek olması arasında doğru orantı olduğu söylenebilmektedir. Bu doğru orantı beşeri sermayenin sağlık durumunu, ortalama yaşam süresini ve iş gücü kalitesini etkilemiştir. Bu kaynaklarda görülen artış ekonomik büyümeye olumlu olarak yansımaktadır.

Bir ekonominin büyümesinde başlıca üç faktör bulunmaktadır. Bunlar tasarruf ve yatırımlar, beşeri sermaye ve teknolojik gelişmedir.

Tasarruf ve Yatırımlar: Hanehalkının kendi gelirinden ayırdığı tasarruflar yeni yatırımlarda kullanılmaktadır. Yapılan tasarruf miktarı, bir ülkenin gelir seviyesiyle doğru orantılı olmak zorundadır. Bunun için gelişmiş ülkelerde insanlar, daha rahat tasarrufta bulunabilir iken gelişmekte olan ülkelerin tasarruf seviyesi yeterli olmayıp dış kaynağa ihtiyaç duymaktadırlar. Yatırım kaynakları dışa bağımlı ekonomilerde istihdam olumsuz etkilenerek işsizliğe yol açmaktadır (Bağcı, 2019: 110). Dolayısıyla ekonomik istikrar için yatırımlar ve tasarruf oranlarının artması gerekmektedir.

Beşeri Sermaye: Bir ülkedeki iş gücünün niteliği, bilgi ve tecrübeyi kapsamaktadır. Son yarım asırda insan emeği de sermaye olarak tanımlanmıştır. Beşeri sermaye üzerine yapılan çalışmalarda, beşeri sermayenin verimliliği arttırdığı vurgulanmaktadır. Verimliliği artan beşeri sermayenin ülke ekonomisini olumlu yönde etkilediği ve bireylerin refah düzeyinin yükselmesine yardımcı olduğu görülmektedir (Aygün, 2020: 62).

Teknolojik Seviye: Bir ürünün nasıl üretildiği, işletme idaresi, mal ve hizmetler, pazarlama, servis ve satışla ilgili firmaların sahip olduğu teknolojik bilgi ve tecrübelerle bağlıdır. Teknoloji düzeyi, verimliliği ve kaliteyi yükselterek doğrudan firmaları ve ekonomiyi geliştirmektedir. Teknolojik gelişmenin türlerinden birisi gelişime daha çok katkı sağlayarak Ar-Ge ile teknolojik gelişim yapılmasıdır; diğer türü ise inovasyon ile teknolojik gelişimin sağlanmasıdır (Atasayar, 2017: 28). Teknolojinin gelişmesi üretimi arttırarak ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır.

Ülkeler ekonomileri ile ulusal geliri arttırmayı ve insanların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda iktisadi büyümenin gerçekleşmesi beklenmektedir. Ekonomik büyümede hızlı bir artış var ise bu, iktisadi başarıya işaret etmektedir. İşsizlik oranının azaltılması veya istihdam seviyesindeki artış, ülkedeki refah seviyesini yükseltecektir. Fakat uzun vadeli iktisadi büyüme ve refah seviyesinin artışı, ülkedeki toplam verimliliğin ve katma değerin artması sonucu kendini gösterebilecektir (Gençdağ, 2021: 147).

Birçok önemli iktisatçı, iktisadi büyümeyi farklı yaklaşımlarla ele almıştır. Klasik iktisatçılar (Malthus, Smith, Ricardo gibi), klasik büyüme teorisini geliştirirken liberal hipotezlerle konuya yaklaşmışlardır. İktisadi büyümeyi, ülke ekonomisinde iş gücü ile açıklamışlardır. Frank Ramsey ise modern büyüme teorilerini geliştirmiştir. Ekonomik büyümeyle ilgili de 1950’lerde Neoklasik İktisatçılar kendi teorilerini oluşturmuşlar, 1980’lere gelindiğinde ise “İçsel Büyüme Teorisi” savunulmuştur (Ertürk, 2020: 22). Neoklasikler, teorilerinde iktisadi büyüme ve tasarruf arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Solow ve Swan, dışsal büyüme modelinde iktisadi büyümeyi teknolojik ilerlemeyle açıklamışlardır (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 98). Romer ve Arrow ise Solow ve Swan’ın tersine içsel büyüme modeliyle teknolojiyi beraber incelemiştir (Ertürk, 2020: 22). Üretim, beşeri sermayenin kalitesinden etkilenmektedir. Dolayısıyla üretimde teknoloji aracılığıyla verimliliği sağlayarak ekonomik büyümenin sürdürülebilir olacağı söylenebilmektedir.

2.2. Ekonomik Büyümenin Önemi

Serbest piyasadaki alım gücünün artması ve globalleşmenin yükselmesi sonucu oluşan üretim artışı, insanların milli gelirlerinde de yükselme beklentisini arttırmıştır (Ertürk, 2020: 23). Ama iktisadi büyümede ilk hedef, sürdürülebilirliği yakalamaktır. Günümüzde mal ve

hizmet üretimi, iktisadi büyüme için tek başına yeterli değildir. Üretim ile beraber ekonomik kalkınmayı da canlandırmak gerekmektedir.

İktisatçılar genel olarak kalkınma ve büyüme terimleri ile ilgili olarak görüş ayrılıklarına sahiptirler. Çünkü gelişmiş ülkeler için ekonomik büyüme terimi kullanılmakta iken gelişmekte olan ülkeler için ekonomik kalkınma terimi tercih edilmektedir (Özel, 2012: 64). Ekonomik kalkınma, ekonomik büyümeyi de kapsayan bir kavram olmasının yanında, ekonomik büyümeye ek olarak toplumdaki gelir dengesizliklerinin ve işsizliğin azaltılması ile ekonomik ve sosyal kurumların modernleştirilmesi gibi ekonomik olduğu kadar sosyal ve siyasal alanları da kapsamaktadır (Seyidoğlu, 2003: 829)

İktisadi büyüme, üretim ve kalkınma ile birlikte sağlandığında ekonomi açısından başarılı bir sonuç elde etmektedir. Ama her zaman için üretim ve kalkınma aynı anda ekonomiye etki etmemektedir. Bunun için yapılması gerekenlerden biri de eğitim ve sağlık alanlarında yatırımları arttırmaktır. Ülkelerin nüfusuna bağlı olarak eğitim ve sağlık harcamalarındaki artış ekonomik kalkınmayı tetikleyecektir (Aygün, 2020: 51) Gelişmiş ülkelerin eğitim ve sağlık alanlarında yatırımları daha fazla olduğu için üretim ve kalkınmaları da daha fazla olmaktadır.

Sağlık ve eğitim alanındaki harcamalar, kısa dönemde nakit döngüsünü, uzun dönemde incelendiğinde de ürün ve hizmet kalitesini arttırmaktadır (Ertürk, 2020: 23). Ekonomilerin bu konulardaki deneyim ve tecrübeleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. Bu sebeple üretimi artırırken ihtiyaç duyulan kaynakların verimli kullanımı için politikaların geliştirilmesi gerekmekte ve buna bağlı olarak sürekli ve istikrarlı bir büyümenin sağlanması da iktisat bilimi için inceleme alanını oluşturmaktadır (Ay vd., 2013: 163). İktisadi büyüme ve kalkınma sürecinde farklı ülkelerin farklı sosyal demografik yapıya, kültürel özelliklere, zamana ve hatta coğrafyaya göre daha değişik süreçlerden geçmeleri mümkündür. Bu alanlarda yapılan harcamalar, üretimin kalitesiyle beraber yaşam standardını yükseltebilir ve toplum refahını arttırabilir.

2.3. Ekonomik Büyümenin Çeşitleri

İktisadi büyüme kişi başına düşen milli gelir, sağlık harcamaları, eğitim ve iş gücü artışı gibi bireyin gelişimi sonucu ekonomik gelişime sebep olacak konuları ele almaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ekonomik büyümenin yanı sıra refah seviyesiyle de yakından ilişkili olan gelir dağılımı, kültürel değişim, eğitim ve sağlık hizmetlerinin arttırılması, istihdam ve

işsizlik ve doğal kaynakların kullanımı gibi konular son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar arasında yer almıştır (Akıncı, 2013: 105). Ekonomik büyümenin farklı çeşitlerinden söz edilebilmektedir. Bunlar spontane büyüme, planlı büyüme, açık büyüme, kapalı büyüme, durgun büyüme, üstel büyüme, biyolojik büyüme, dengeli ekonomik büyüme ve dengesiz ekonomik büyüme olarak sıralanabilmektedir.

Spontane büyüme, devletin ekonomiye müdahalesine karşı çıkmaktadır. Bu müdahalenin en az seviyede olduğu, üretim ve hizmetin diğer faktörlerden bağımsız bir şekilde hareket etmesiyle ekonomik büyümenin gerçekleştiği büyüme çeşididir (Ertürk, 2020: 24).

İmkânların sınırlı olduğu ve bundan dolayı üretimin planlı seviyede olduğu büyüme çeşidine planlı büyüme denilmektedir. Bu planlar, tüm sektörlerde zorunlu olduğunda otoriter, bazı sektörlerde uygulandığında ise yol gösterici olarak tanımlanmaktadır.

Açık büyüme çeşidine göre uluslararası sermaye, iktisadi büyüme ve kalkınma için büyük bir önem taşır ve yabancı sermaye, ülke ekonomisine katılma konusunda teşvik edilmelidir (Akıncı, 2013: 106). Açık büyüme, serbest piyasa ekonomilerinde görülen bir büyüme çeşididir. Sermaye hareketliliği ve ülkelerdeki ürün ve hizmetin farklı dağılmış olması, ülkeleri birbirleriyle ticaret yapmaya yönlendirmiştir. Yani bir ülke, bir ürün açısından kaliteli ve ucuz üretim yapabiliyor iken ihtiyaç duyduğu bir hizmeti, başka bir ülkeden temin etmektedir. Bu sayede ülkeler, farklı alanlarda uzmanlaşmış olacaktır.

Kuzey Kore ve benzeri yönetimdeki ülkelerin örnek olduğu kapalı büyüme çeşidinde ise ülke, kendi kaynaklarıyla ekonomiyi başarılı bir şekilde çevirebilmiştir (Akıncı, 2013: 106). Bu ekonomilerin büyüme yöntemi ithal ikameci kalkınma yöntemidir. Dış ticaret yoktur. Bir merkezi planlama bulunduğu için devletin müdahalesi kaçınılmazdır.

Durgun büyümede milli gelir artış hızı ve nüfus artış hızı birbirine eşittir ve bu sebeple kişi başına düşen milli gelirden herhangi bir değişim olmaz, yani milli gelir artış hızı da sıfırdır (Ertürk, 2020: 25). Üstel büyüme çeşidinde büyümenin hızı gittikçe artar. Ama giderek artan büyümede artışın sürdürülebilir olmama olasılığı vardır. Bu duruma yakalanmaması için sürekli ve artan bir şekilde büyümenin gerçekleşmesi gerekmektedir. Canlıların büyümesine benzetilen biyolojik büyüme çeşidinde ise ekonomi hızlı şekilde büyümekte, daha sonra yavaşlamakta ve bir seviyede durmaktadır (Akıncı, 2013: 107). Bu noktadan sonra da gerilemeye başlamaktadır.

Dengeli ekonomik büyüme için bütün sektörlerde yapılan yatırımlar, her sektörde olumlu bir gelişme sağlayabilmektedir. Bir sektörde gerçekleştirilen üretim artışı, diğer sektörler

üzerinde olumlu etki meydana getirecektir (Kaynak, 2005: 16). Aynı anda gerçekleşen bu yatırımlar sonucunda üretimde gerçekleşen artış diğer sektörleri de pozitif olarak etkilemektedir. Örneğin, plastik sektörüne yapılan bir yardım sonucunda plastiğin birçok üründe kullanılması sebebiyle daha büyük bir verim elde edilmiş olacaktır. Bu büyüme çeşidine dengeli büyüme adı verilmektedir.

Dengesiz ekonomik büyüme çeşidinde ise az gelişmiş ülkelerdeki kıtlığın sebebi sadece o ülkede bulunan kaynakların azlığı değildir. Hirschman, az gelişmiş ülkelerdeki sınırlı kaynakların ve yönetim kapasitesinin kalkınmayı olumsuz etkileyebileceğini kabul etmektedir. Fakat bu sınırlamaların aynı zamanda yenilikçi çözümler ve ekonomik kalkınma için fırsatlar yaratabileceğini de vurgulamaktadır. Ekonomide kötü hava kasıtlı olarak oluşturulmalı ve kaynaklar sektörlere piyasa ekonomisi aracılığıyla aktarılmalıdır (Karakayalı ve Dilber, 2013: 130). Kaynak kıtlığı ekonomide önemli bir sıkıntı olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra, mevcut kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılamaması da ekonomik gelişimi etkilemektedir. Bu ülkeler, sermaye kıtlığından dolayı aynı anda bütün sektörlerle yatırım sağlayamayacağı için bu mevcut kaynakları sadece yatırım yapacakları en uygun sektörde kullanmak zorundadırlar.

2.4. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri

Ekonomik büyümeyi arttıran ve oluşmasını sağlayan belli başlı belirleyiciler vardır. Bu belirleyicilerin GSYH'nin artışında rol alan etkenler olduğu da bilinmektedir. Ekonomik büyümenin belirleyicileri olarak dört değişken mevcuttur. Bu değişkenler şunlardır (Atasayar, 2017: 24):

- İş gücünün niteliği ve ne kadar iş gücü sağlandığı,
- Doğal kaynakların niteliği ve ne kadar kullanıldığı,
- Sermayenin niteliği ve ne kadar olduğu,
- Toplumun teknolojiyle uyumluluk konusundaki başarısıdır.

Bu temel faktörler ekonomik büyümenin belirleyicileri olsa bile, etkenlerin ne denli verimli ve kapasitesine uygun kullanıldığı da önem arz etmektedir. Bu açıdan ülkelerin ulaşmak istedikleri büyüme için etkin bir şekilde bu faktörleri kullanması gerekmektedir. Ülkelerin kurumsal yapısı, hükümeti, girişimciliği, coğrafyası, kültürü ve sosyal yapısı gibi faktörler

ekonomik büyümeyi etkileyen diğer unsurlar olarak da kabul edilmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018: 77).

2.4.1. Doğal Kaynaklar

Doğal kaynaklar ülkelerin jeopolitik konumlarından kaynaklı sahip oldukları varlıklardır. Aynı zamanda üretim faktörleri içerisinde de sayılan, toprağın hem altında hem de üstünde bulunan, arazi, maden, su, petrol, doğal gaz rezervleri, ormanlar, denizler ve göller gibi tüm doğal kaynakları kapsamaktadır (Ünsal, 2014: 8). Ülkelerin sahip oldukları doğal kaynakların miktarı ve kalitesi ne kadar yoğunsa ülkeye ekonomik anlamda yapacağı katkı da o kadar yoğun olmaktadır (Bakaç, 2019: 35).

Ülkeler sahip oldukları bu kaynakları kullanım alanlarına ve kullanım yetkinliğine göre değerlendirebilmektedir. Ekonomik açıdan gelişmeye açık ülkeler ya da gelişmiş ülkeler yenilenebilir kaynakları kullanan ülkeler içerisinde yer almaktadır. Ülkeler sahip oldukları sermaye, teknoloji ve nitelikli iş gücü ile doğal kaynaklarını daha verimli kullanarak kaynaklardan ve araçlardan tasarruf edebilmektedirler (Armağan, 2022: 46). Yetkin teknolojisi ile sahip olduğu güneş enerjisini kullanarak elektrik maliyetini düşürüp, sahip olduğu teknoloji ve beşeri sermayesi ile de yer altı kaynaklarını işleyebilen bir ülkenin ekonomisine katkısından söz edilebilmek mümkündür.

Ülkelerin sahip olduğu kaynakların çokluğu o ülkede ekonomik büyümenin gerçekleşmesi için yeterli değildir. Nitekim Arjantin ve Brezilya gibi doğal kaynak bakımından zengin olan bazı gelişmekte olan ülkeler, bu kaynakların mal ve hizmete dönüştürülmesi konusunda çok başarılı olamamışlardır (Alkin vd., 2008: 463). Diğer taraftan kıt doğal kaynaklara sahip Japonya son 50-60 yıl içinde güçlü bir ekonomik büyüme verisine ulaşmıştır (Tıraş, 2018: 77).

Doğal kaynakların ekonomik büyüme adına önemli bir etkisi olmasına rağmen tek başına yeterli olmayacağı da görülmektedir. Doğal kaynaklar bakımından zengin olmayan ülkelerin ekonomik büyüme gerçekleştirmesi imkânsız değildir. Ülkelerin sahip olduğu nitelikli iş gücü ve doğal kaynaklar ülkenin en önemli ekonomik değerini oluşturmaktadır (Başol vd., 2005: 65).

2.4.2. Nüfus Artışı ve İşgücü

Nüfus, bir ülkenin ekonomik açıdan üretiminden tüketimine kadar olan tüm süreçlerde söz sahibi olan etkidir. Çünkü nüfus, üretim (arz), bölüşüm ve tüketim (talep) süreçlerinin tamamında yer almasından dolayı, hem bu işlemleri gerçekleştiren hem de gerçekleştirdiği işlemlerin sonucunda bu işlemlerden etkilenen bir unsurdur (Taban vd., 2013: 29). Bu sebeple bir ülke ekonomisindeki büyüme nüfusun miktarına ve sahip olduğu iş gücü niteliğine göre değişebilmektedir. Nüfus, nicelik ve nitelik açısından ekonomik büyüme de söz sahibi bir faktör olduğu gibi, ekonominin daralmasında da etkili olan bir sebep olabilmektedir (Tıraş, 2018: 78). Çünkü nüfusun artması tüketime ve üretime olan talebi arttırarak ekonomik daralmayı getirebileceği gibi sahip olduğu iş gücü etkisi ile üretimi arttıran ve pazar payını genişleten bir etkiye de sahiptir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfus artış oranlarında farklılıklar görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin nüfus artış oranı gelişmiş ülkelerin oranına göre daha fazla olmaktadır (Armağan, 2022: 45). Bu durum artan nüfusun tüketime katılması ile gelişmekte olan ülkelere ekonomik büyümeye zarar vermektedir. Gelişmiş ülkelere bakıldığında zaman ise nüfus artış oranının düşük olması ekonomik büyüme üzerinde dikkate değer bir zarar vermemektedir. Nüfus ve iş gücü artışının tek başına büyümenin belirleyicisi olmadığı ve sadece büyümeyi belirleyen etkenlerden biri olduğu söylenebilir (Ağır ve Tıraş, 2018: 78).

Gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkelere nüfus artışına bakıldığında zaman gelişmiş ülkelere nüfusun artmasında etkili olan faktörler; eğitim, sağlık ve gelir artışı gibi faktörlerdir (Atasayar, 2021: 27). Çünkü gelişmiş ülkeler sahip olduğu tüm belirleyicileri neredeyse tam kapasitede kullanma potansiyelindedirler. Gelişmiş ülkelerin uygulamış oldukları politika ile artan nüfusu iş gücü artışı olarak değerlendirmeleri bu sayede emeğin marjinal verimliliğini ortalama verimlilikten daha hızlı arttırmaları ekonomik büyümeye zarar vermek yerine olumlu etki sağlamaktadır (Taban vd., 2013: 29).

Nüfusa yeni doğum oranlarının eklenmesi, ülkede yaşanan bulaşıcı hastalıklar, yetersiz tüketim malları arzı, ölüm oranlarının doğum oranlarına kıyasla düşük olması, işsizlik oranının yükselmesi, düşük gelir dağılımının yaşanması ve sosyo-ekonomik koşullarda yaşanan gerileme neticesinde ekonomik büyüme ve nüfus arasında negatif bir ilişki oluşmuştur (Kar ve Taban, 2005: 20-22). Gelişmekte olan ülkelere doğum oranı, ölüm oranı ve salgın hastalıklar gibi faktörler arasında sıklıkla ters yönlü ilişki görülmektedir (Şahin,

2012: 7). Yüksek doğum oranının nitelikli iş gücüne dönüşmemesi gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyümeye zarar vermektedir.

2.4.3. Fiziksel Sermaye

Fiziksel sermaye, insan gücünün dışında sahip olunan ve ekonomik büyümeye de etkisi olan fiziki varlıklar olarak bilinmektedir. Fiziksel sermaye doğadan elde edilemeyeceği gibi iş gücü olmadan oluşturulmayan ve iş gücü olmadan da getiri vermeyen varlıklardır. Fiziksel sermayeyi sürdürmek için gereken bilgi ve beceriler iş gücü olmadan üretim sektöründe faaliyet gösteremez (Atasayar, 2021: 27). Fiziki sermayenin birden fazla birey tarafından verimli bir şekilde kullanılabilmesi için nitelikli beşeri sermayenin iş gücüne ihtiyaç duyulacaktır (Serageldin, 1999: 175).

Sermaye geliştirmekte olan bir ülkenin gelişmişliğini tamamlaması adına önem arz eden belirleyicilerden biridir. Birçok ülkenin ekonomik olarak geri kalmasındaki en büyük sebeplerden biri de sermaye birikiminin yetersizliğidir (Alkin, 2008: 462). Sermayelerini güçlendirmek isteyen ülkeler tasarruflarını arttırarak ya da borçlanma yolu ile yeni yatırımlar yapmaktadırlar. Fiziksel sermayenin artışı, tasarrufların artmasına, dolayısı ile ödünç verilebilecek fon miktarının artmasına ve yatırımların artmasına yol açacak ve bunun sonucunda yatırımlar da ekonomik büyümeyi getirecektir (Ağır ve Tıraş, 2018: 102).

2.4.4. Teknoloji

Teknoloji ekonomik büyümenin belirleyicileri arasında önemli bir yere sahiptir. Toplum arasında teknolojinin önemli bir yere sahip olabilmesi için üretimdeki çıktıyı etkileyen tüm bileşenlerin etkin ve verimli çalışıyor olması gerekmektedir (Aygün, 2020: 59). Teknolojinin bilimle geliştiği kabul edildiğinde, teknoloji ile beşeri sermayenin ve fiziki sermayenin orantılı olduğu da kabul edilmiş olacaktır.

Teknolojik gelişmeler dünya da genel olarak önce gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Bunun nedeni o ülkelerde eğitim seviyesinin yüksek olmasından dolayı sahip olduğu beşeri güç ve güçlü sermayesi ile teknolojiye yatırım yapabilecek imkânlarla rahat ulaşılabilir olmasıdır. Teknolojik gelişme, ekonomik bakımdan anlamlı olabilmesi için, bir firmanın kâr veya zarar etmeyi göze alarak, bir yenilik olarak teknolojiyi uygulamaya koyması ile gerçekleşir (Kibritçioğlu, 1998: 5).

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte üretim ve hizmet sektöründe ürün çeşitliliğini arttıracak imkânlar daha da artacaktır (Atasayar, 2021: 28). Gelişen teknoloji ile artan üretim, ülkelerin dış ticaretini güçlendirecek etkiye sahip olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerin sahip olduğu beşeri sermaye etkisi ile ülke içerisinde yer alan Ar-Ge birimlerinin çalışması sonucu yeni teknolojik ürünler ortaya çıkmaktadır. Bu ürünler üretim sektöründe kullanıldığı zaman verimliliği arttırabilecek, beşeri sermayenin işini hızlandırabilecek ve kolaylaştırabilecektir. Firmaların Ar-Ge çalışmalarıyla ortaya çıkan teknolojik gelişmeler firmaların rekabet gücünü artırıp pazar paylarının büyümesini ve kârlılıklarının da artmasını sağlayacaktır (Özyurt, 2020: 54). Bununla birlikte artan ticaret ülke ekonomisinin güçlenmesini getirecektir.

2.4.5. Beşeri Sermaye

Beşeri sermaye bir toplumun gerek zihinsel çalışmalarında gerekse kas gücü ile olan çalışmalarında sahip olduğu bilgi ve beceri bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Yıldırım, 2000: 670). Beşeri sermaye ekonomik büyümenin belirleyicileri arasında farklı bir konumda yer almaktadır. Ekonomik büyüme için tüm belirleyicilere sahip olmak ve bu belirleyicileri aktif olarak kullanmak gerekmektedir. Beşeri sermaye ise ekonomik büyümenin tüm belirleyicilerini gerçekleştirecek ve onlara olumlu etki edecek en temel faktördür.

Ülkeler sahip olduğu doğal kaynaklara teknolojinin gelişmesi sayesinde rahatlıkla ulaşabilecektir. Fakat ülkelerin hem doğal kaynakların varlığına ulaşmasına hem de teknolojinin gelişmesine sebep olacak temel faktör ise beşeri sermayedir. Fiziki sermayede meydana gelen artış büyümeyi pozitif etkilemekle birlikte, artan fiziki sermayenin daha etkin kullanımı daha fazla beşeri sermaye birikimini gerektirmektedir (Çakmak ve Gümüş, 2005: 61). Teknolojinin gelişmesi adına ise beşeri sermayenin eğitimi ve bilimsel yönden zengin olması gerekmektedir. Çünkü beşeri sermaye kişilerin bilgi, beceri, yetenek ve kısmen de eğitim yoluyla elde ettikleri kazanımları içermekte, onların sağlık ve beslenme durumlarına bağlı olarak elde ettikleri güç ve canlılığı kapsamaktadır (Appleton ve Teal, 1998: 9).

Beşeri sermaye olmadığı takdirde ülkelerin ekonomik büyümede belirli seviyelere ulaşabilmesi imkânsızdır. Tüm ekonomik belirleyicilere sahip olunmasına karşın beşeri sermayenin yeterli olmaması, üretimin yapılmasına ya da ekonomik gelişime katkı sağlayacak yatırımların yapılmasına engel olacaktır.

Beşeri sermayenin gelişimi için en çok ihtiyaç duyacağı hususlardan biri bireylerin alacağı eğitimidir. Bu açıdan devletlerin beşeri sermayeye yatırım yapmaya eğitimden başlamaları gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, yetişen bireyler teknolojiyi kullanarak üretimde verimliliği arttıran bir etkiye, yeni ürünlerin sanayilerde daha hızlı üretilmesine, üretime destek olabilecek bilgiye ve ülkenin ticaret hacmini arttıracak donanımına sahip olacaktır. Çünkü beşeri sermayenin inovasyon, bilim ve teknolojiyle yakından ilgilenmesi ayrıca bunları üretim sürecine katmasıyla ekonomik büyümede artış sağlanacaktır (Daşdemir, 2008: 68). Eğitime önem veren bir ülkenin sunacağı imkânlar ile beşeri sermayenin etkisi daha çok görülebilmektedir.

2.5. Ekonomik Büyüme Modelleri

Her ülkenin çözmesi gereken temel ekonomik sorunların başında gelen ekonomik büyüme sorunu geçmişten günümüze üzerinde durulan önemli bir konudur. Çünkü ekonomik büyüme sonucunda insanların yaşam standartları ve refah seviyeleri değişmektedir. Dolayısıyla literatürde bu kavramı açıklamaya yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu kısımda ekonomik büyümeyi açıklamaya yönelik geliştirilen Klasik büyüme modeli, Keynesyen büyüme modeli, Harrod-Domar büyüme modeli, Neoklasik büyüme modeli ve İçsel büyüme modellerine değinilmiştir.

2.5.1. Klasik Büyüme Modeli

18. yüzyıl sonlarında ve 19. yüzyıl başlarında Adam Smith tarafından yazılan “*Ulusların Zenginliği*” adlı eserde iktisadi büyümenin kökeninde iş bölümü ve uzmanlaşma olduğu belirtilmektedir (Özyurt, 2020: 43). Malthus’un 1789 yılında yayınladığı “*Nüfus İlkeleri Üzerine Bir İnceleme*” adlı eseri ve Ricardo’nun 1817 yılında yayınladığı “*Politik ve İktisadi İşlerin İlkeleri*” adlı eseri klasik iktisadi düşüncüyü geliştirmiştir. Klasik iktisadi büyüme teorisyenleri ekonomiyi sınıfsal yapıya göre işçiler, kapitalistler ve arazi sahipleri olarak ayırmaktadır (Aygün, 2020: 65). Adam Smith insanların refahını yükseltecek olan ekonomik gücün hangisi olduğunu bulabilmek adına çözümler aramaya odaklanmıştır (Söğüt, 2019: 43).

Adam Smith uzmanlaşma ve iş bölümü kuramı ile ekonomik büyümenin olacağı düşüncesine sahiptir. Bu düşünceye göre işçinin aynı işi tekrar tekrar yapması, işçiyi yaptığı

işte uzmanlaştıracığı için ürün üretimini hızlandırmış olacaktır (Özyurt, 2020: 43). Böylelikle iş bölümünün olması üretim artışını sağlayacak ve beraberinde teknolojik gelişme ile birlikte sermaye birikimine imkân sağlayacaktır (Atalay, 2023: 13). Bunun neticesinde üretim ile birlikte satın alma gücünü arttırarak ekonomik büyümenin desteklenmiş olacağı söylenebilmektedir.

Adam Smith'in iktisadi büyüme kuramına göre (Gürak, 2006: 75):

- Teknolojik yenilikler gereklidir.
- Üretimde iş bölümü olmalıdır.
- İş bölümü ile verimlilik artmasından dolayı kişi başına artan verimler yasası geçerli olacaktır.
- Uzun dönemde büyüme duracaktır.
- Nitelikli iş gücü ile ekonomik büyüme arasında direk ilişki yoktur, dolaylı olarak iş bölümü sonucunda ortaya çıkan verimlilikten dolayı büyüme vardır.

Malthus'un ekonomik büyüme teorisi nüfus artış oranına ve toprağın arzına göre şekillenmektedir (Birinci, 2015: 16). Malthus'a göre nüfus geometrik şekilde artış gösterirken, gıda ürünlerinin artışı ise asimetric şekilde ilerlemektedir (Tıraş, 2018: 68). Nüfus oranının artması iş gücünü arttıracğından dolayı emek ücretini düşürecektir. Ücret maliyetlerin azalması ise firmaların kârlarını arttıracğından dolayı ekonomide üretim teşvikini getirecektir (Atalay, 2023: 17). Fakat artan iş gücünün üretime dâhil edilmesi ürünlerin piyasadaki talebini düşürerek fiyatların düşmesine sebep olacaktır. Dolayısıyla düşen fiyatlar şirketlerin kârlılığını azaltacağı için ekonomiye zarar verebilecektir.

Malthus'un klasik büyüme teorisine göre ekonomik büyüme için üretilen her malın bir talebinin olması önem arz etmektedir. Talebin oluşması için ise gelir dağılımının adil bir şekilde olması gerekmektedir. Malthus'a göre gelir dağılımındaki adalet ise gayrimenkul bölünmesi ve ticaret hacminin artması ile sağlanabilecektir. Böylelikle artan talep ve piyasa büyüklüğünün, sermaye birikimini ve ekonomik büyümeyi destekleyeceği söylenebilmektedir (Atalay, 2023: 18).

2.5.2. Keynesyen Büyüme Modeli

Keynesyen büyüme modeli, 1930'lardaki Büyük Buhran döneminde ortaya çıkmış ve 1960'lara kadar pek çok devlet tarafından kabul görmüştür (Aksu, 2014: 362). Büyük Buhran ekonomide istihdam ve talep yetersizliğini ortaya çıkarmıştır. Keynesyen modelinin

ekonomide tam istihdamın sağlanması ve talebin oluşturulması için devlet müdahalesinin gerekliliğini savunmuştur. Klasik teoriyi eleştirerek ekonomik durgunluğu atlatmanın yolu olarak talep genişlemesini savunmuştur (Aydın, 2016: 10).

Keynesyen modeli ekonomide büyümeyi yakalamak adına toplam talebi arttırmaya yönelik politikalar uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Atalay, 2023: 54). Çünkü Keynesyen modelinde istihdam ve gelir düzeyinin belirleyicisi olarak talebi etkileyen faktörler olduğu kabul edilmektedir. Keynesyen modeli kısa dönemde konjonktürel dalgalanmaları incelenmektedir. Bu durum modelin beşeri sermayenin gelişimine ve teknolojiye oluşacak gelişmelere açık olmadığını göstermektedir. Yeni ürünler ve yeni üretim yöntemleri olmaması ise ekonominin denge noktasına ulaştıktan sonra durağan hale geleceğini belirtmektedir (Gürak, 2006: 86).

Bireylerin ve toplumların satın alma gücünün artması faizleri arttırmakta ve artan faizler ise yatırımları arttırmaktadır (Özavcı, 2019: 39). Talebin artmasının ve azalmasının sebebinde de yatırımlar yer almaktadır. Artan talep stokları etkileyecek ve etkilenen stoklar ise yatırımların artmasına sebep olacaktır. Böylelikle ekonomide toplam talebin ve yatırımların artmasıyla gelir ve istihdam hacmi artacak, sonuçta büyüme için gerekli kaynaklar sağlanmış olacaktır (Taban, 2011: 76).

2.5.3. Harrod-Domar Büyüme Modeli

Harrod 1936 yılında eksik istihdamın tam istihdam dengesine ulaşması için gerekli şartları araştırmıştır. Domar ise 1946 yılında tam istihdamın sürdürülebilirliği üzerine çalışmıştır. Harrod ve Domar birbirlerinden farklı zamanlarda ancak aynı amaç için birbirlerinin devamı niteliğinde çalışma yürütmeleri sebebi ile literatürde birlikte anılmaktadırlar (Aksu, 2014: 365). Harrod-Domar teorisine göre arz ve talep dengesinde ya da yatırım ve tasarruf dengesinde bozulmalar olduğu takdirde, bu dengenin kendiliğinden düzelmeyeceğini savunulmaktadır (Özyurt, 2020: 46-47). Talep dengesi ve yatırım dengesi üzerinde durarak Keynesyen modele benzerlik göstermektedir. Fakat yatırımın hem üretim arttırıcı hem de gelir arttırıcı bir etkisinin olduğunu göz önünde tutması ile Keynesyen modelden ayrılmaktadır (Birinci, 2015: 19).

Harrod'a göre dengeli büyümenin gerçekleşmesi için önceki dönem planlanan yatırımların yaşanan dönemdeki tasarruflara eşit olması gerekmektedir. Bu durumun oluşması için Keynes'in kullandığı hızlandırıcı katsayısı mekanizmasını analizde kullanması

gerekmektedir (Aygün, 2020: 68). Harrod ise önceki döneme göre gelir seviyesinde değişiklik yaşayan girişimcileri incelemiştir. Çünkü bir önceki dönem gelirinde artış olan girişimcilerin gelecekte de aynı büyüme hızına ulaşacaklarını varsayarak bir önceki döneme benzer şekilde davranış sergileyeceği düşünülmektedir (Berber, 2011: 111).

2.5.4. Neoklasik Büyüme Modeli

Neoklasik büyüme teorisi, klasik iktisadi görüş çerçevesinde belirlenmiştir. Genellikle Solow modeli olarak bilinmektedir. Literatürde Solow modeli olarak da bilinen neoklasik büyüme modeli, ekonomide sermaye stokundaki büyüme, iş gücündeki artış ve teknolojik gelişmenin birbirleri ile olan etkileşimi ve bunun bir ülkenin ekonomik büyümesini nasıl etkilediğini ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir (Taban, vd., 2013: 109). Bu büyüme modeli sermayenin, teknolojinin ve iş gücünün değişimlerinden etkilenmektedir. Modelin temel varsayımları; kapalı bir ekonomi, rekabetçi piyasa yapısı, rasyonel davranan bireyler, üretim faktörleri, sermaye ve iş gücünün her biri için ölçeğe göre azalan getiriyi, üretim fonksiyonu için sabit getiriyi öngören bir üretim teknolojisi olarak sıralanabilir (Tıraş, 2018: 70).

Model durağan hale geldiğinde ekonomik büyümeyi belirleyen temel unsur dışsal olarak kabul edilen teknolojik gelişmeler ve nüfus artış hızı olacaktır (Kar ve Taban, 2003: 148). Neoklasik büyüme modelinde tasarruf eden iki ülke kıyaslandığında daha az tasarruf eden ülkenin daha az ekonomik büyümeye sahip olacağı öngörülmektedir. Fakat tasarruf oranlarındaki artışa göre de büyüme hızı farklılaşabilmektedir.

Bir başka öngörü ise gelişmekte olan ülkelerin kişi başı milli gelir seviyelerinin uzun dönemde birbirine yaklaşacağı ve gelişmişlik farklarının kendiliğinden ortadan kalkacağı şeklindedir (Kar ve Ağır, 2006: 53). Bu görüşe de “*yakınsama hipotezi*” denilmektedir. Hipoteze göre, sermayenin iş gücünden daha hızlı arttığı bir ekonomide, teknoloji dışsal ve sabitken, faiz hadlerinin düşeceği ve yoksul ülkelerin zengin ülkelere daha hızlı büyüüp onları eninde sonunda yakalayacaklarını öngörmektedir (Demir ve Tanyıldız, 2017: 97). Neoklasiklerin yakınsama hipotezleri zamanla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ile aralarındaki gelir farkının artmasının gerçek olmadığı fikrine dayandırılmaktadır.

Neoklasik büyüme modeli dışsal teknolojinin olmadığı durumlarda ekonomik büyüme oranını her zaman sıfır olarak kabul etmektedir. Bu durum ülke içerisinde dönen paranın kişilerin gelirlerinin artmasına ya da azalmasına sebep olabilecekken ülke ekonomisinin

değişim oranının uzun vadede etkilenmeyeceğini belirtmektedir. Dışsal olarak belirlenen sabit nüfus ve iş gücü artış oranı çoğu neoklasik büyüme modelinde kişi başına gerçek gelir düzeyinin asıl belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Kibritçioğlu ve Diboğlu, 2001: 2).

2.5.5. İçsel Ekonomik Büyüme Modeli

Neoklasik büyüme modelinin ekonomik olarak büyümeye etkilerinden faydalanılsa bile ekonomik büyümeyi etkileyen sebeplerin açıklanması konusunda eksik olduğu görülmüştür. Bu sebep ile daha sonraki zamanlarda neoklasik büyüme modelinin üstüne eklemeler ve geliştirmeler yapılmıştır. İçsel büyüme teorisi ya da yeni büyüme teorisi olarak adlandırılan bu yaklaşımda büyüme, daha önce dışsal olarak kabul edilen faktörler yerine içsel faktörlerle izah edilmektedir (Romer, 1994: 3). Neoklasik büyüme modeli ile içsel büyüme modeli arasındaki en önemli fark, içsel büyüme modelinin ekonomik büyümenin kendi içinde oluşan etkenler sayesinde gerçekleştiğini ileri sürmesi iken neoklasik büyüme modelinin ekonominin dışında kalan etkilerin de olduğunu ve o etkilere dayandığını ileri sürmesidir.

İçsel büyüme modeli, neoklasik büyüme modelinin tersine ekonomik büyümenin sebebinin daha çok ekonominin kendi içerisinde oluşan etkenlerde aramaktadır. Çünkü içsel büyüme modeli neoklasik görüşün dışsallığını reddetmektedir. İçsel büyüme modellerinde, ekonomik büyümenin içsel iktisadi temelleri olacağı söylenmekte ve ülkelerin gelir seviyelerinin kendiliğinden birbirine yaklaşacağı tezi kabul edilmemektedir (Tıraş, 2018: 72). Üstelik içsel büyüme modelinde devletlerin uyguladıkları politikalar ve iktisadi görüşlerinin ekonomik büyümeye etkisinin olduğu kabul edilmektedir. Artan verimlere dayalı bir üretim fonksiyonu matematiksel olarak dışsal teknolojik büyümeye gerek kalmadan durağan hal büyümesini mümkün kılmaktadır (Demir ve Tanyıldız, 2017: 98). Ekonomik büyüme modellerine genel olarak bakıldığında zaman içsel büyüme modeli, ekonomik büyümede etkili olan faktörlerin, yine ekonomik sistem içerisindeki sebeplere dayandığını savunmaktadır. İçsel büyüme teorisinde, beşeri sermayenin de içinde bulunduğu tüm sermayeye yapılan yatırımlar, teknolojiye değişime yol açmaktadır. Bu durumda ekonomik büyümenin önü açılmaktadır (Atasayar, 2021: 33).

2.5.5.1. Romer Büyüme Modeli

Romer, 1986 yılında geliştirdiği modelinde, ekonominin büyüme hızını sermaye birikimi ve teknolojik ilerlemeye dayandırmaktadır. Model, sermaye birikiminin artması ve teknolojik

ilerlemenin devamlılığının ekonomik büyümeyi tetikleyen faktörler olduğunu öne sürmektedir (Aksu, 2014: 378). Romer'e göre, bir ekonomi daha fazla yatırım yaptıkça, her bir birimin maliyeti azalır ve bu da ekonomik büyümeyi desteklemektedir.

Modelin, neoklasik modelden farkı olarak teknolojik ilerlemenin ekonomik büyümeye içselleştirmesidir (Atalay, 2023: 72). Modelde teknolojik ilerlemeyi ekonomik modele içsel olarak aktarmıştır. Bu durum mevcut kaynakları daha verimli kullanmayı, üretim süreçlerini iyileştirmeyi ve yeni ürünlerin geliştirilmesini teşvik etmektedir (Birinci, 2015: 30). Dolayısıyla ekonomik büyümeyi destekleyen, sürdürülebilir ve kalıcı bir büyüme sağlanmaktadır.

Romer modeli, ekonomik büyümeyi anlamamanın ve teşvik etmenin yollarını sermaye birikimi ve teknolojik ilerlemenin etkileşimi üzerinden incelemektedir. Romer modelinin amaçlarından biri de teknolojik ilerlemenin ekonomik büyümeyi nasıl etkilediğini anlamaktır. Bu model, ekonominin büyümesinde teknolojik ilerlemenin ve bilgi birikiminin önemini vurgulamasıyla, modern makroekonomik düşüncede önemli bir yer edinmiştir.

2.5.5.2. Lucas Büyüme Modeli

Robert Lucas 1988'de geliştirdiği bu model ile ekonomik büyümeyi işgücü, sermaye birikimi ve teknolojik ilerleme gibi faktörler üzerinden değerlendirmek istemiştir. Beşeri sermaye, kendi bilgi ve birikimi ile sermayeye ve yatırımlara katkı sağlayabilmektedir. Eğitim ve sağlığa yapılan yatırımlar ise beşeri sermayenin artışına sebep olmaktadır (Atasayar, 2021: 36). Dolaylı olarak kişi başına düşen gelirdeki artış da beşeri sermaye için yapılan bir yatırım olacaktır (Çetin, 2012: 215).

Lucas Büyüme Modeli, beşeri sermaye ve teknoloji gibi değişkenlerin ekonomiye etkilerini incelemektedir (Aksu, 2014: 378). Bu etkilerin ekonomik büyüme de ne gibi sonuçlar doğuracağını görmeyi istemektedir. Lucas, insan sermayesi yatırımlarının, işgücü verimliliğini artırdığını ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi etkilediğini savunmaktadır. Bu bağlamda, beşeri sermaye yapılan yatırımların, bir ekonominin üretimini ve iş gücü verimliliğini artırarak uzun vadede büyümeyi sağladığı düşünülmektedir (Atasayar, 2021: 36).

Lucas büyüme modeli ile Romer büyüme modeli arasındaki benzerlik olarak beşeri sermayenin ekonomik büyümede önemli faktör olduğudur. Çünkü beşeri, sermayeye yapılan yatırımların bireylerin ve toplumun refahını arttıracakları düşünülmektedir. Artan refah ise

bireylerin sağlık harcamasına yönelmesini sağlayacaktır. Lucas büyüme modelinin göstergeleri şu şekilde sıralanmaktadır (Daşdemir, 2008: 97):

- Ekonomin sadece yerel kaynaklar ve hizmetler ile kendi kendine ticari açıdan yetebileceğini savunmuştur.
- Tam rekabet piyasası geçerlidir.
- Ekonomi içerisinde rasyonel beklentiler söz konusudur.
- Ücretin artışında dışsalılık etkilidir.
- Teknolojinin gelişmişliğine göre sabit getiri kanunu geçerlidir.

Lucas büyüme modelinde beşeri sermaye gibi fiziksel sermayenin önemli olduğu görülmektedir (Özyurt, 2020: 50). Beşeri sermayede bireyler alacakları eğitim veya iş hayatında elde ettiği tecrübe ile kendisini geliştirmektedir. Lucas büyüme modeli ise devletlerin beşeri sermayeye yapacakları yatırım sonucunda fiziki sermaye birikiminin de artacağı yönündedir (Kar ve Ağır, 2006: 58).

2.5.5.3. Barro Büyüme Modeli

Barro büyüme modeli, 1991 yılında kamu harcamalarının içselleştirdiği bir ekonomik modelidir. Bu model ile kamu harcamalarının ekonomik büyümeye olan etkisi incelenmektedir. Barro büyüme modeline göre kamu harcamalarının milli gelir içindeki payının azalması milli geliri ve ekonomik büyüme olumlu yönde etkileyecektir (Atalay, 2023: 77).

Barro modeline göre, devletin tek gelir kaynağı vergiler ve tek gider kalemi ise kamu mallarının arzı olmaktadır (Aygün, 2020: 72). Devletin rolü ise eğitim, Ar-Ge, teknoloji, mülkiyet haklarının korunması, iletişim ağlarının güçlendirilmesi ve işlem maliyetlerinin azaltılması gibi özel sektörün etkinliğinin artırılmasıdır (Birinci, 2015: 32). Çünkü devletin özel sektörü güçlü tutması halinde ekonomik büyümenin sağlanacağı düşünülmektedir.

Barro büyüme modeli, ekonomik büyüme üzerinde etkisi olan faktörleri incelemektedir. Beşeri sermayeye yapılan yatırımların ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkileyeceğini düşünürken, beşeri sermayenin gelişimi dışında yapılan kamu harcamalarının ise ekonomiyi daraltacağını savunmaktadır (Atalay, 2023: 77). Bu açıdan Barro büyüme modeli devletler için kamu harcaması yapmanın ve vergilendirmenin dikkatli şekilde yönetilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

D8 ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

3.1. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Sağlıklı olmak kavramı, insanların yaşantılarında herhangi bir sebepten dolayı bir engel ile karşılaşmaması olarak nitelendirilmektedir. Bu açıdan kişilerin bedenlen, ruhen ve zihinsel olarak iyi olması da sağlık olarak ifade edilmektedir. Sağlık sektörünün etki ettiğı alanlardan biri de ekonomik büyümedir. Sağlıklı olunması iş gücünün rahatsızlanarak üretim kaybı oluşmasını en aza indirir, okul çağındaki çocukların devamsızlık oranını düşürür ve bireyin eğitim seviyesini geliştirmektedir (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 106). Böylelikle ülke içerisinde yer alan kaynakların kullanımının sürekliliğı de sağlanmış olacaktır.

Sağlık sektörünün gelişmiş olduğı ülkelerde, beşeri sermayenin de gelişmiş olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin gelişimi için yapılan yatırımların beşeri sermayeye olumlu etkisi olacaktır. Böylelikle iktisadi büyümenin ve ekonomik büyümenin gelişimi, beşeri sermayeye daha çok yatırım yapılmasına teşvik edici olarak beşeri sermayenin de büyümesine etki edecektir (Akıncı ve Tuncer, 2016: 47). Sağlık açısından iyi durumda olan beşeri sermayenin daha üretken ve daha çok gelişime açık olduğı söylenebilmektedir. Beşeri sermayesi güçlü olan bir ülkenin ise kalkınmasını arttırması ve ekonomisini güçlendirmesi çok daha kolay olacaktır. Ekonomisi güçlü olan bir ülke sağlık harcamalarını arttırarak, beşeri sermaye adına sağlıkta daha iyi imkânlar sunabilecektir. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek adına sağlığın korunması, geliştirilmesi, devamlılığının sağlanması ve hastalıkların tedavi edilmesi için yapılan sağlık harcamaları, ülkenin ekonomik büyümesine ve kalkınmasına da önemli etkisi olmaktadır (Tıraş, 2018: 87).

Sağlık sektöründe gelişmenin olabilmesi için var olan kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanılması gerekmektedir. Kaynakların nicelik açısından çoğunluğu kullanılmadığı takdirde kaynakların var olması bir önem arz etmemektedir. Az gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin yetersiz olmasının en büyük sebeplerinden biri sosyoekonomik yapının kaynakları verimli şekilde kullanmasına müsaade edilmemesidir. Sosyoekonomik yapının sağlık sistemindeki gelişime uyum sağlayamaması ya da sağlık sistemindeki gelişimden sosyokültürel değerler ve maddi zorluklardan dolayı ulaşamıyor olması sağlık sektöründe başarısızlığa sebep olabilecektir (Dağlı, 2006: 41). Diğer taraftan ise sağlıklı insanlar işlerini yaparken daha verimli olacaklarından dolayı ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönde bir etkileri söz konusudur (Şimşir vd., 2015: 43).

Sağlığa yapılan harcamaların ve yatırımların yeterli seviyede olmaması toplum içerisinde hastalanmaların artmasına ve beslenmelerin zayıf kalmasına sebep olacaktır. Bu durum çalışan bireylerin iş hayatlarında çalışma sürelerine ve çalışma verimlerine olumsuz etki edecektir (Tıraş, 2018: 83). Hasta olan ve dengeli beslenmeye dikkat etmeyen bireylerin çalışma yaşantılarında da beklenen verimi vermeyecekleri aşikârdır. Sağlık sisteminin zayıf olduğu bir toplumda bireylerin çoğunda beslenmeden ya da hastalıktan kaynaklı verim eksikliği söz konusu olabilecektir. Bu durum ülke içerisinde iş gücünün verimliliğini düşürdüğü gibi ekonomik büyümeye de olumsuz yönde etki edecektir.

3.1.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkisi

Sağlık sektörünün beşeri sermaye ile etkileşim içerisinde olduğu söylenebilmektedir. Beşeri sermaye bireyin sadece piyasalardaki üretkenliğini etkilerken, sağlık bireylerin para ve mal kazanmaları için zaman sunacaktır (Grossman, 1999: 2). Sağlığın, bireyler için daha iyi koşullar sunabileceği ve beşeri sermayenin de sağlık üzerinde daha verimli olacağı söylenebilmektedir. Bu durumun sonucunda bireyler sağlıklı olduklarında daha rahat bir şekilde çalışır, kendisi ve ailesi ile daha rahat ilgilenebilirler. Gelişen ekonomi ile refah seviyesini yükselten bireyler ise sağlık harcamalarına doğrudan katılım sağlayabilecektir. Sağlığın ekonomik büyümeye etkisi, iş gücü verimliliğinin ve iş gücünün nüfus içindeki değerinin değişmesine bağlı olarak iki farklı şekilde izlenebilmektedir (Dağdemir, 2009: 87).

Mushkin, Becker ve Grossman, bireylerin sağlığının korunarak üretkenliğin devamının sağlanması ve ilerleyen süreçlerde ortaya çıkabilecek sağlık harcamalarının önüne geçilmesi sağlık yatırımlarından elde edilen bir kazanç olarak görmektedirler (Tıraş, 2018: 92). Dünya

üzerinde üretkenliği, gelir düzeyi, tasarruf ve karlılığı yüksek olan toplumların gelişmiş sağlıklı toplumlar olduğu bilinmektedir. Çünkü beden ve mental olarak dinlenmiş ve sağlıklı olan bireylerin iş hayatlarında daha aktif ve daha yüksek verim ile çalıştığı görülmektedir. Sağlıklı çalışanların fazla olması daha verimli çalışma ortamının oluşmasına katkı sağlayarak çalışan toplumun verimliliğini arttıracak beklenmektedir (Akıncı ve Tuncer, 2016: 47). Bu durum toplumun sağlık düzeyinin yüksek olması ile ekonomik büyümeyi beraberinde getirecek ve beşeri sermayenin güçlü olduğunu gösterecektir.

Sağlık sektörünün beşeri sermaye üzerinde olumsuz etkilerinden biri “*dışsallıktır*”. Sağlık sektöründe dışsallık, beşeri sermayeye katkısı olan bireyin, kendisi dışında bakmakla yükümlü olduğu veya bireyin yakın gördüğü kişilerin sağlık konusunda sorun yaşaması olarak adlandırılmaktadır. Kişinin bedenen çalışması gereken saatte aklının hasta olan yakınında olması işine uyum sağlayamamasına ya da hasta olan yakını için çalışma saatlerinde iş yerinde olamamasına sebep olacaktır. Bu tip durumlar bireylerin iş yoğunluğundan uzaklaşmasına ve dikkatini işine verememesine sebep olacağı için bireysel ve toplam iş gücü verimini düşürecek (Koç, 2019: 147).

Sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlaması ve gelişmesi adına devletlerin sağlık hizmetlerine bütçe ayırması gerekmektedir. Ayrılan bütçe ile sağlık hizmetine yapılan harcamaların etkisini kısa dönem içerisinde görmek zor olacaktır. Kamu ya da özel sağlık sektörüne yapılan harcamaların kişilerin sağlık seviyesini arttırmasının yanında ilerleyen zamanlarda yapılması gereken harcamalar için de tasarruf söz konusu olacaktır. Ülkelerin gelir seviyeleri ile sağlık harcamalarının birbirine paralel olarak çalışmaktadır. Kişi başı gelirin yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının yüksek olduğu, geliri nispeten daha düşük olan ülkelere ise sağlık harcamalarının düşük olduğu gözlenmektedir (Tıraş, 2018: 96).

Boussaleme vd. (2014)’ne göre, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında kısa dönemde bir ilişki olmadığı fakat uzun dönemde iki nedene bağlı olarak pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu sebeplerin ilki geliri artan bireylerin sağlık için daha fazla harcama yapmasıdır. Diğer sebep ise sağlık harcamasının artmasına bağlı olarak ekonomik büyüme ile kişilerin gelirlerinde artış meydana gelmesidir. Dolayısıyla sağlık harcamasının artması ve bireylerin gelirindeki artış arasında neden sonuç ilişkisi olduğunu söylemek mümkündür.

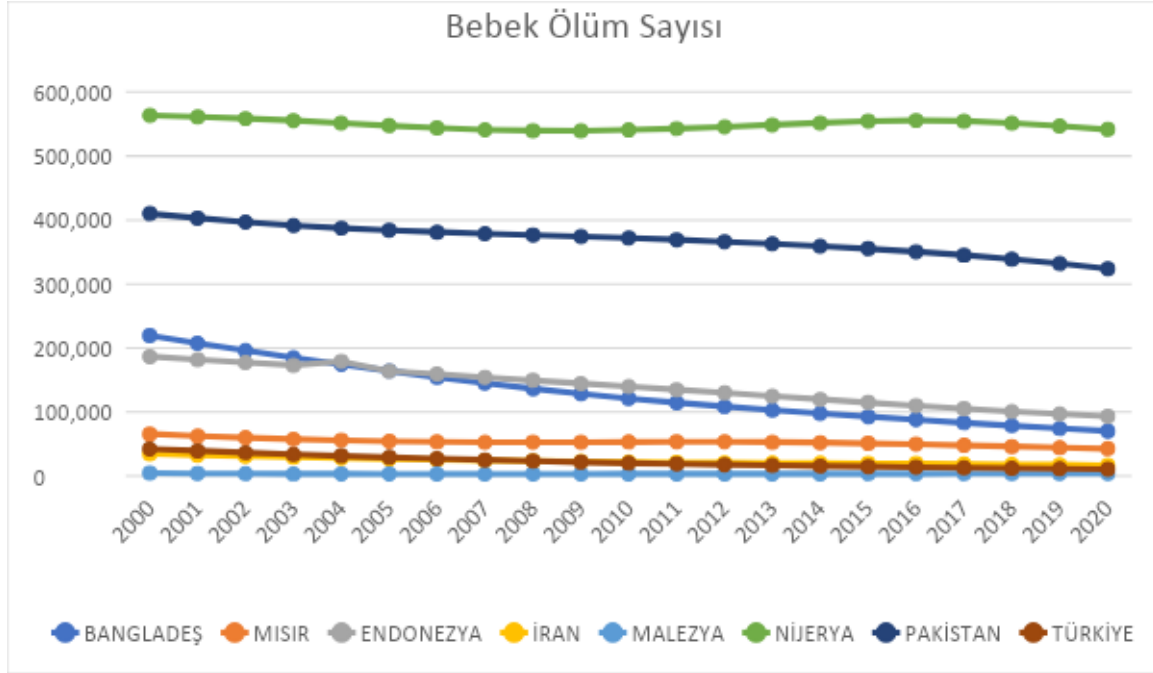
3.1.2. D8 Ülkelerinde Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki

Devletlerin gelirlerine etki eden sağlık harcamaları dolaylı olarak ekonomik büyümeye de etki edecektir. Bu açıdan gelir arttıkça sağlık sektörüne yapılan harcamalarda artmaktadır. D8 ülkeleri açısından da aynı durum söz konusu olmaktadır. GSYH'si artış gösteren bir ülkede sağlık sektörü için ayrılan bütçenin de arttığı görülmektedir (Özavcı, 2019: 51). Gelire bağlı olarak ekonomik büyümeyi etkileyen ve dünya da sağlık kıstası olarak kabul edilen bazı sağlık göstergeleri şu şekilde sıralanabilir (Tıraş, 2018: 5):

- Bebek ölüm hızı,
- Doğuşta yaşam beklentisi,
- Doğumdan sonra beklenen yaşam süresi,
- Sağlık personeli sayısı,
- Hastane yatağı sayısı.

Bebek Ölümleri: Bebek ölüm oranı dünya genelinde makro açıdan ülkelerin sağlık durumlarını gösteren ve insani gelişimin de düzeyini ortaya koyan bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Deniz ve Sümer, 2016: 474). Bebek ölümlerinin nedeni, genellikle sağlık imkânlarından parasal sebeplerden dolayı yeteri kadar faydalanılamamasıdır. Gelir seviyesinin düşük olması, eğitim düzeyinin düşük olması, çevre kirliliğinin yüksek olması ve beslenme gibi zaruri ihtiyaçların karşılanamaması bebek ölümleri için başlıca sebep olarak gösterilmektedir. Bireyin en bağımsız ve savunmasız olduğu dönemlerde, bireyin korunmasında ebeveynlerinin bilinçli ve çocukları için duyarlı bir ortam kuracak bilgiye sahip olması gerekmektedir (Tıraş, 2018: 99). Bebek ve çocuklar için annenin gebelik dönemi ve doğum sonrasında daha bilinçli olması, babanın ise daha sağlıklı ve daha duyarlı ortam kurması büyük önem taşımaktadır. Grafik 2'de D8 ülkelerinin bebek ölüm oranları verilmektedir. Grafik 2'ye göre Nijerya, Pakistan ve Bangladeş bebek ölüm sayılarında en yüksek orana sahip ülke konumundadırlar. Malezya, İran ve Türkiye ise bebek ölüm sayısı en düşük ülkeler olarak göze çarpmaktadır.

Grafik 2. D8 Ülkelerinde Bebek Ölüm Sayıları



Kaynak: Dünya Bankası – https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT?locations=BD-EG-ID-IR-NG-PK-TR-MY&name_desc=false (21.02.2024).

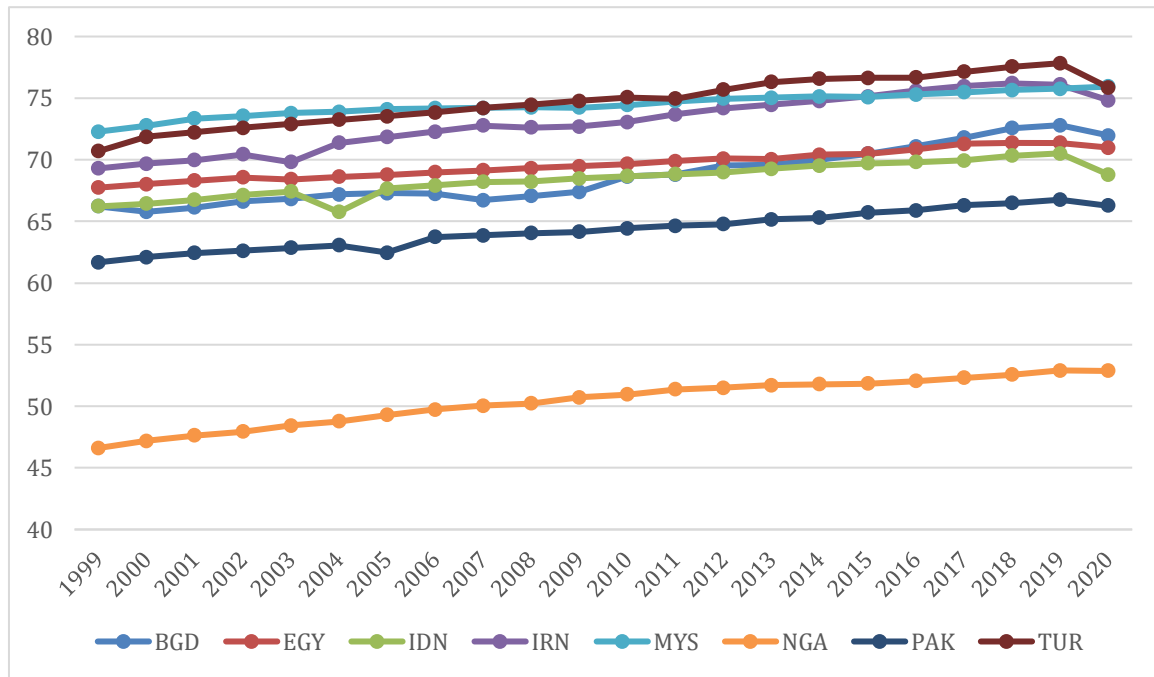
Grafik 2 incelendiğinde D8 ülkeleri içinde bebek ölümlerinin en çok olduğu ülke olarak Nijerya görünmektedir. Pakistan ise Nijerya'ya en yakın ülke olması ile birlikte bu iki ülkede yer alan bebek ölüm sayısı diğer D8 ülkelere göre çok yüksektir. 2020 yılı verilerine göre Nijerya 541.477 ile en yüksek bebek ölüm sayısına sahip olan ülkedir. Pakistan'da bebek ölüm sayısı 323.919'dur. Nijerya'da çevre koşullarının ve gelir eşitsizliğinin yüksek olması bireylerin geçim sıkıntısı yaşamasına sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak aileler çocuklarına ve kendilerine sağlıklı bir ortam sunamamaktadırlar. Bu durum Nijerya'da son 20 yıl içinde bebek ölüm verilerini azaltmaya engel olamamaktadır. Endonezya'da 93.233, Bangladeş'te 70.272, Mısır'da 42.651, İran'da 16.828, Türkiye'de 10.588 ve Malezya'da 3.918 bebek ölümü bulunmaktadır.

Doğumdan Sonra Beklenen Yaşam Süresi: Bir ülkede dünyaya gelen bir kişinin ortalama olarak ne kadar süre yaşayacağı tahmin edilmektedir. Ülkenin bulunmuş olduğu ekonomik durum, sağlık düzeyinin yüksekliği, sağlık sektöründeki imkânlara ulaşım ve gelir düzeyleri göz önüne alınarak bir kişinin ne kadar süre yaşayacağının yaklaşık değeri yıl ile belirtilmektedir. Ülkelerin gelirlerinde ve sağlığa yapılan yatırımlarında artış olması bireylerin yaşam kalitesini ve süresini arttıracacağı beklenilmektedir (Uçan ve Atay, 2016: 220). Bireylerin ömrünün uzun olması yetişmiş iş gücünün kaybını geciktirmesine karşın

artan iş gücü ise tüketimi arttıracaktır. Ülkeler bu durumu göz önünde tutarak sağlık politikalarını belirlemek ve gelirlerini arttırmaları gerekmektedir.

Dünya Bankası'nın verilerine göre 2020 yılında D8 ülkeleri içerisinde en düşük beklenti Nijerya'da 52 yıl ve Pakistan'da 66 yıldır. Mısır ve Bangladeş içinse 71 yıl ve Endonezya için 68 yıl beklenti olarak belirtilmiştir. Türkiye, İran ve Malezya en yüksek değerlere sahip ülkelerdir. Sırasıyla İran 74, Malezya ve Türkiye 75 yıl olarak belirtilmiştir.

Grafik 3. D8 Ülkelerinde Beklenen Yaşam Süresi



Kaynak : Dünya Bankası –

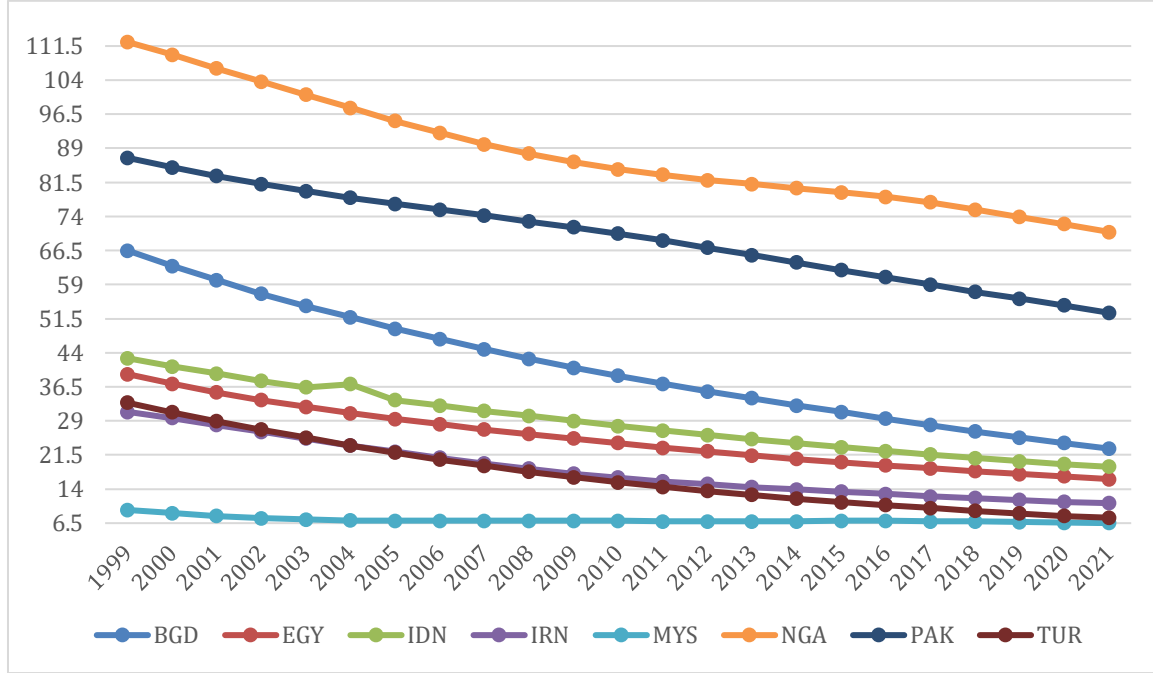
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=BD-EG-ID-IR-MY-NG-PK-TR>
(21.02.2024).

Doğuşta Yaşam Beklentisi: bir ülkede belli zaman içerisinde doğum sayısının o ülkenin nüfusuna oranlanması kaba doğum hızını göstermektedir. Doğum hızının yüksek olması ülkenin nüfus artışının da yüksek olduğunu göstermektedir. Geri kalmış ülkelerde ise bu durum ölüm hızının artmasına ve ortalama yaşam süresinin düşmesine sebep olacaktır.

Malezya bebek ölüm sayısında en düşük veriye sahip ülke olmasına rağmen doğuşta yaşam beklentisinde ise Türkiye ve İran'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Bunun sebebinde ise Malezya nüfusunun Türkiye ve İran nüfusundan düşük olmasına bağlı olarak gösterilmektedir. Grafik 4'te yer alan Dünya Bankası'nın yeni doğan bebeklerdeki ölüm

oranlarına bakıldığında ise İran'da binde 8, Malezya ve Türkiye'de ise binde 5 olarak belirtilmiştir. Nijerya, Pakistan ve Bangladeş ise doğumda beklenen yaşam oranı en yüksek ülkelerdir. Nijerya 2000 yılında binde 109,6 oranını 2020 yılında 72,3 oranına düşürmüştür. Pakistan'da ise 2000 yılında 86,9 oranından 2020 yılında 54,4 oranına düşmüştür.

Grafik 4. D8 Ülkelerinde Doğumda Yaşam Beklentisi (1.000 Kişi Başına)



Kaynak : Dünya Bankası –

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=BD-EG-ID-IR-MY-NG-PK-TR> (21.02.2024).

Sağlık Personeli Sayısı: Bir ülkedeki toplam nüfusun toplam sağlık personeli sayısına oranı o ülkedeki kişi başına düşen sağlık personeli sayısını göstermektedir. Aynı şekilde ülkedeki toplam nüfusun hastanelerde yer alan toplam yatak sayısına oranı da o ülkede kişi başına düşen hastane yatak sayısı olarak belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve birçok araştırma konularında kişi başına düşen doktor sayısı ve kişi başına düşen hastane yatak sayısı ülkelerin kıyaslama yapılması adına kullanılan gösterge olarak kabul edilmektedir.

Ülkede kişi başına düşen doktor sayısının artmasının sonucunda bir doktorun bir hastasına daha uzun süre ilgilenecek ve o hastasının tedavisi için daha uygun ortamlar hazırlayacak ve tedavi yöntemi daha iyi uygulayabilecektir. Bu durumda hastanın aldığı hizmet daha kaliteli ve iyileşerek normal yaşantısına dönmesi daha hızlı olacaktır. Kişi başına düşen yatak sayısının yüksek olması ise bir hastanın tedavi için daha kaliteli ve daha çok dinlenerek daha

dinç şekilde normal yaşantısına dönmeye fırsat olacaktır. Yaşam standardı yükselecek, dolaylı olarak verimlilik artacak ve ekonomik büyümeye pozitif katkı sağlayacaktır (Tekabe, 2012: 43).

Hastane Yatak Sayısı: Ülke içerisinde sağlık düzeyinin yüksek ya da düşük olmasını etkileyen faktörler olarak kişi başına düşen doktor sayısı ve kişi başına düşen hastane yatak sayısı etkilidir. Hastane yatak sayısının yeterli olup olmaması ya da doktor sayısının yeterli olup olmaması kişilerin sağlık sektöründen aldığı hizmetin kalitesini etkileyecektir. Hastaların hastanede kalarak uzman personeller tarafından tedavi ve takiplerinin yapılması iyileşme sürelerini kısaltacaktır ve bu da sağlıklı ortamlarda iyileşme döneminin geçirilmesinin önüne geçerek hem olası enfeksiyon risklerini ortadan kaldıracak hem de gereksiz ilaç ve ilave tedavi giderlerini önleyerek iyileşmeyi hızlandıracaktır (Tıraş, 2018: 112).

3.2. Literatür Taraması

Sağlık için yapılan harcamaların ülkelerin gelişimi için etkisi üzerine birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların birçoğunda sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisini panel veri analiz yöntemi ile gösterilmiştir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini inceleyen ilk çalışmalar arasında Sorkin'in 1977 yılındaki çalışması gösterilmektedir (Güven, 2017: 74). Sorkin (1977) çalışmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisini incelerken bebek ölüm oranlarını kullanmıştır. Sorkin çalışmasında, bebek ölüm oranları düştükçe ekonomik büyümenin arttığı sonucuna ulaşmıştır (Özavcı, 2019: 55). Sorkin çalışmasının sonunda bebek ölüm oranlarındaki düşüşün ekonomik büyümeye olumlu etkisinin en belirgin olduğu ülkeler olarak gelişmekte olan ülkeleri göstermiştir (Güven, 2017: 74).

Işık (1997) yapmış olduğu çalışmada; ABD, İngiltere, Japonya, Kanada, İsveç, Almanya, Fransa, İtalya, İsrail, Kore ve Türkiye için sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisini incelemiştir. Seçili ülkeler üzerine yapılan bu çalışmada sağlık harcamaları bağımlı değişken, gayri safi milli hâsıla ise bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise kamu sağlık harcamaları ile gayri safi milli hâsıla arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Çakmak ve Gümüş (2005) beşeri sermaye ve ekonomik büyüme üzerine yaptıkları çalışmalarında, uzun dönemde beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir

ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. Çalışmanın sonucunda ekonomik büyümenin daha etkili olması için bireylerin mesleki eğitimlerine ağırlık vermeleri ve işverenlerin de araştırma geliştirme çalışmalarına daha dönük olmaları gerektiğini vurgulamışlardır.

Kar ve Ağır (2006), Türkiye’de beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi nedensellik testi ile incelemişlerdir. Çalışmada beşeri sermaye bağımlı değişken, sağlık harcamaları ve eğitim harcamaları ise bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Analizde Türkiye’nin 1926-1994 verilerini kullanılmıştır. Analiz sonucunda, değişkenler arasında uzun dönemde eş bütünleşme yaklaşımı olduğu bulgusuna erişilmiş ve değişkenler arasında nedensellik ilişkisinin beşeri sermaye üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Taban ve Kar (2006), Türkiye’nin beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkisini incelemiştir. Granger nedensellik analizini kullanarak yaptıkları çalışmada ekonomik büyüme ve beşeri sermaye arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Akın (2007) yaptığı çalışmada, Türkiye’nin 1994-2004 yılları arasında kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hâsıla verileri ile Türkiye’nin temel sağlık göstergelerindeki değişimleri kullanmıştır. Çalışmada yer alan veriler üzerinden doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hâsıla arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenirken, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur.

Çoban (2009) çalışmasında, sağlık harcamaları, kişi başına gelir gibi iktisadi veriler ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon yöntemi ile incelemiştir. Türkiye üzerine yapmış olduğu çalışmada 1983-2007 yılları arasındaki verileri kullanmıştır. Johansen eş bütünleşme analizi ve ardından Engle-Granger nedensellik analizini kullanarak hazırlamış olduğu çalışmanın sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına gelir, sağlık harcamaları gibi iktisadi veriler arasında doğrusal ve çok güçlü ilişki bulunmuş; bebek ölüm oranları ile sağlık harcamaları arasında ise ters yönde güçlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Dağdemir (2009), gelişmekte olan ülkelerin 1960-2005 yılları arasında ekonomik büyüme ve sağlık arasındaki ilişkiyi test etmiştir. Yapılan teste göre gelişmekte olan ülkelerde sağlığın gelişmesinin ekonomik büyümeye olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Arısoy vd. (2010) çalışmalarında, 1990-2005 yıllarında Türkiye’deki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eş bütünleşme yöntemi ile incelemişlerdir.

Çalışmalarının sonucunda aralarında pozitif yönlü nedensellik ilişkisi olduğuna ulaşmışlardır.

Tekabe (2012) çalışmasında, Afrika'nın seçili 5 ülkesinin 1970-2009 dönemleri için sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkisini panel veri analizi yöntemi ile araştırmıştır. Çalışmanın sonucunda 5 ülkenin kişi başına geliri ve sağlığı arasında bir nedensellik ilişkisinin varlığına dair kanıtlar tespit edilmiştir.

Aydemir ve Baylan (2015), Türkiye'de sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişkiyi Türkiye'nin 1998-2012 dönem verilerine göre incelemişlerdir. Koentegrasyon testi ve Granger nedensellik analizi sonucunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik olduğu ortaya konulmuştur.

Cebeci ve Ay (2016), BRICS ülkelerinin 2000-2014 dönemi için sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Panel veri analizi yöntemi kullanılan çalışmada sağlık harcamaları ile iktisadi büyüme ilişkisinin pozitif olduğu sonucu elde edilmiştir.

Yalçın ve Çakmak (2016), 1991-2013 yılları arasında sağlık harcamaları ve insani gelişim düzeyi arasındaki ilişkiyi analiz etmişlerdir. Yapmış oldukları analiz çalışmasının sonucu olarak sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde pozitif etkisinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmalarını Türkiye üzerinde gerçekleştirmelerine rağmen OECD ile yaptıkları kıyaslamaya göre Türkiye'nin sağlık harcamasının OECD'nin çok altında kaldığı sonucuna ulaşmışlardır.

Saraçoğlu ve Songur (2017), 10 Avrasya ülkesinin 1995-2014 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kişi başına düşen milli gelir arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Seçili 10 Avrasya ülkesi üzerine panel eş bütünleşme ve panel nedensellik analizi ile ekonometrik çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda seçili ülkelere kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kişi başına düşen milli gelir arasında karşılıklı nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Güven (2017), çalışmasında MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisini incelemiştir. Çalışmasında 32 MENA ülkesini incelerken panel veri analizi yöntemini kullanmıştır. Çalışmanın sonucunda, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında olumsuz bir sonuca ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra, ekonomik büyüme ile bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi arasında ise pozitif bir ilişkiye rastlanmıştır.

Tıraş (2018), sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel nedensellik analizi yöntemi ile incelemiştir. Çalışmasında Dünya Bankası'nın gelirlere göre sınıflandırdığı dört farklı ülke grubuna yer vermiştir. Çalışmanın sonucunda ise gelir grupları içindeki ülkeler arasında farklılıklar göze çarptığı bulguları elde edilmiştir. Grup olarak yapılan nedensellik analizinde ise çift yönlü nedensellik olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Özavcı (2019), beşeri sermaye ve sağlık harcamasının yeni büyüme modelleri çerçevesinde ekonomik büyüme üzerine etkisini incelemek için bir çalışma yapmıştır. Çalışmada birim kök testi, VAR modeli ve nedensellik analizi kullanılmıştır. Çalışmanın analiz sonucunda kamu harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisine ulaşılmıştır.

Ertürk (2020) çalışmasında, sağlık harcaması ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir. Çalışmasında geliri artan bireylerin özel hastaneleri de tercih edeceğini belirtmiştir. Bu durum bireylerin daha sağlıklı olacağını belirtmektedir. Çalışmanın analiz sonucuna göre sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Özyurt (2020), 1975-2018 dönemi için Türkiye üzerine sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ekonometrik yöntemler ile analiz etmiştir. Çalışmasında Granger nedensellik testi, ADF birim kök testi ve Engel-Granger eş bütünleşme testini kullanmıştır. Çalışmanın sonucunda ise kişi başına düşen toplam sağlık harcamasından kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılaya doğru tek yönlü pozitif bir nedensellik ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve kişi başına düşen GSYH verilerinin analiz sonucunda eş bütünleşik olduğuna ulaşılmıştır.

Aygün (2020) çalışmasında, Türkiye, Kanada, Portekiz, Norveç ve ABD gibi seçili OECD ülkelerini incelemiştir. Bu ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hâsıla, doğuşta beklenen yaşam süresi ve tüketici fiyat endeksi verilerini kullanarak Engle-Granger nedensellik testi uygulamıştır. Yapılan analiz sonucunda ise GSYH değişkeninden tüketici fiyat endeksi değişkenine doğru tek yönlü nedensellik ilişkisine ulaşılmıştır.

Atasayar (2021), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerine bir inceleme yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmasında, 29 gelişmiş ve 10 gelişmekte olan ülkede sağlık harcamaları, sermaye birikimi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki 1999-2018 dönemi için Dumitrescu ve Hurlin (2012) panel nedensellik yöntemi ile incelenmiştir. Panel nedensellik bulguları, gelişmiş ülkelerde hem sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında hem de sermaye birikimi

ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına; sermaye birikimden ekonomik büyümeye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Armağan (2022) çalışmasında, OECD ülkelerinde ekonomik kalkınma ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada ilgili ülkelerin verileri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Çalışmada, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınmaya olumlu etkiler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4. Literatür Taraması Özeti

Yazarlar	Ülke / Yıllar	Değişkenler	Yöntem	Sonuç
Tekabe (2012)	Afrika'nın beş seçili ülkesi / 1970-2009	Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Panel Veri Analizi Yöntemi	Kişi başına gelir ile sağlık arasında nedensellik ilişkisi olduğu gösterilmiştir.
Arısoy vd. (2010)	Türkiye / 1990-2005	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Eş bütünleşme Yöntemi	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü nedensellik ilişkisini bulmuşlardır.
Cebeci ve Ay (2016)	BRICS / 2000-2014	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Panel Veri Analizi Yöntemi	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki olduğunu saptamışlardır.
Saraçoğlu ve Songur (2017)	10 Avrasya ülkesi / 1995-2014	Kişi başına düşen sağlık harcaması ve kişi başına düşen milli gelir ilişkisi	Eş bütünleşme Ve Panel Nedensellik Analizi	Kişi başına düşen sağlık harcaması ve kişi başına düşen milli gelir arasında karşılıklı nedensellik ilişkisine ulaşmışlardır.
Aydemir ve Baylan (2015)	Türkiye / 1998-2012	Sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişki	Koentegrasyon Testi ve Granger Nedensellik Analizi	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisini ortaya koymuştur.
Taban ve Kar (2006)	Türkiye	Beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Granger Nedensellik Analizini	Ekonomik büyüme ve beşeri sermaye arasında karşılıklı bir etkileşim olduğuna ulaşmıştır.
Kar ve Ağır (2006)	Türkiye / 1926-1994	Beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Granger Nedensellik Analizini	Eş bütünleşme yaklaşımı olduğu ve nedensellik ilişkisinin beşeri sermaye üzerinde etkili olduğunu saptamıştır.

Çoban (2009)	Türkiye / 1983-2007	Sağlık harcamaları, kişi başına gelir gibi iktisadi veriler ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki	Johansen Eş Bütünleşme Testi ve Engle-Granger Nedensellik Analizi	Doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına gelir, sağlık harcamaları gibi iktisadi veriler arasında doğrusal ve çok güçlü ilişki bulunmuştur.
Atasayar (2021)	29 gelişmiş ve 10 gelişmekte olan ülke / 1999-2018	Sağlık harcamaları, sermaye birikimi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	Dumitrescu ve Hurlin (2012) Panel Nedensellik Yöntemi	Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları ve sermaye birikimi ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisini kanıtlamıştır.
Akın (2007)	Türkiye / 1994-2004	Kişi başına düşen GSYH verileri ile temel sağlık göstergeleri arasındaki ilişki		Doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hâsıla arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Kaynak: Tarafımızca Düzenlenmiştir.

Literatürde sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve beşeri sermaye gibi değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalar değişkenler arasında çeşitli yöntemler ve zaman dilimlerine sahiptir. Buna rağmen sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiler üzerine yapılan çalışmaların çoğunda pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu ve çift yönlü nedensellik ilişkilerinin olduğu görülmektedir.

3.3. Veri Seti ve Ekonometrik Model

Çalışmanın amacı, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin incelenmesidir. İnceleme yapılırken panel veri analiz yöntemi tercih edilmiştir. Analizde kullanılan verilere Dünya Bankasının veri tabanından erişilmiştir. Analizde 2000-2020 dönemine ait veriler kullanılarak Bangladeş, Mısır, Endonezya, İran, Malezya, Nijerya, Pakistan ve Türkiye'nin içinde bulunduğu D8 ülkeleri üzerine inceleme yapılmıştır.

Panel veri analizi yöntemi kullanılırken kişi başına GSYH bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. KBCSH, doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları ise bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Değişkenlerin daha normal sonuçlar verebilmesi adına GSYH ve KBCSH verilerinin logaritması alınarak analize dâhil edilmişlerdir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, analize ilişkin bulgular verilmeden önce kullanılan analiz yöntemlerinin teorik olarak açıklaması yapılmıştır. Yapılan teorik açıklama

sonrasında ampirik analiz yapılarak çalışmanın analiz kısmı tamamlanmıştır. Bu bağlamda analizde kullanılan değişkenlere ait bilgiler Tablo 5’te sunulmaktadır.

Tablo 5. Analizde Kullanılan Değişkenler

Değişkenler	Değişkenlerin Açıklaması	Kaynak
lnkbgsh	Kişi Başına GSYH (Dolar)	Dünya Bankası
lnkbcsh	Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması (Dolar)	Dünya Bankası
btys	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, Toplam (Yıl)	Dünya Bankası
dböo	Bebek Ölüm Oranı (1 000 Doğumda)	Dünya Bankası

Kişi başına GSYH ve KBCSH verilerinin logaritmaları alınmasından dolayı kısaltmalarında ln sembolü kullanılmıştır. Kişi başına GSYH lnkbgsh ile gösterilirken KBCSH verisi lnkbcsh ile belirtilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi btys olarak, bebek ölüm oranı verisi ise dböo olarak ifade edilecektir. Modelimizde kullanılacak formül ise 3.1 nolu formül eşitliğinde gösterilmektedir.

$$lnkbgsh_{it} = \alpha_i + \beta_1 lnkbcsh_{it} + \beta_2 btys_{it} + \beta_3 dböo_{it} + u_{it} \quad (3.1.)$$

3.1.’deki denklemde $i=1,2,...,N$ yatay kesit boyutunu, $t=1,2,...,t$ zaman boyutunu ve α ve β sabit terim ve eğim katsayılarını göstermektedir.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada panel veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Panel veri, zaman serisi verisi ve yatay kesit verisinin birleşmesi sonucu oluşmaktadır. Bu birleşimin sonucu iktisadi ilişkilerin tahmin edilmesi yöntemine panel veri analizi denmektedir (Tatoğlu, 2021: 14). Çalışmada zamanlar ve zamana bağlı birimlerin değişmesinden dolayı panel veri analizi kullanılmıştır. Birimlerin, ülkelerin, bireylerin ve firmaların verilerini zamansal boyut olarak incelenebilmesi panel veri analizinin önemli bir avantajıdır (Özbay ve Oğuztürk, 2020: 375).

Panel veri analizi yapılırken zaman serisi ve yatay kesit verisi birlikte kullanılmaktadır. Bu sayede panel veri analizi yapılırken gözlem sayısı daha yüksek olarak analize dâhil edilebilmektedir. Dolayısıyla değişkenler arasında ilişki ve analiz daha doğrusal olabilmektedir. Panel veri analizinde tahmin sapması ve çoklu bağlantı sorunu azaltılmış olacağından dolayı daha kapsamlı modeller kurulabilmektedir. Diğer taraftan veri toplama da oluşan problemler ve zaman serisinin dar olması panel verinin yanıltıcı sonuç vermesine sebep olabilmektedir (Tatoğlu, 2021: 14).

3.4.1. Panel Veri Analizi

Panel veri analizi, farklı birimler üzerinde veri setlerini incelerken aynı anda zaman içinde tekrarlanan gözlemleri kapsayan ve o gözlemlere ait veri setlerini inceleyen bir yöntemdir. Panel veri analizi, diğer yöntemlere göre daha kapsamlı, daha geniş veri setine sahip ve daha çok gözlem sayısı içermektedir (Sifyan, 2023: 62). Bu yöntem, belirtilen veri setlerini kullanarak değişkenler arasındaki ilişkiye ve birbirine olan etkilerine ayrıntılı bir şekilde ulaşmayı amaçlamaktadır. Panel veri analizinin avantajlarından biri, bireyler arasındaki davranış farklılıklarını modellerken araştırmacılara esneklik payını daha fazla sağlamasıdır (Özbay ve Oğuztürk, 2020: 375).

Panel veri analizi zaman serileri analiz yöntemlerine göre en elverişli yöntem olarak kabul edilmektedir (Üzümcü, 2019: 19). Panel veri analizi yapılırken elde edilen verilerin denetlenebilir olması sebebi ile sonuçların doğruluğu diğer analizlere kıyasla daha yüksektir. Panel veri analizi ile zaman serisi ve yatay kesit verileri olmasından dolayı daha çok veri kullanılmaktadır. Bu sayede de ekonometrik tahminlerin güvenilirliği daha yüksek olabilmektedir (Tatoğlu, 2021: 9).

Panel veri analizi uygulanırken veri toplamak ve toplanan verilerin zaman serisini ayarlamak doğrusal olmayan analizlerde sıkıntı oluşturmaktadır. Zaman ve birim boyutunun birlikte kullanılıyor olması hata teriminin zaman serisi ve yatay kesit verilerine göre daha düşük oranda sapmasını sağlamaktadır (Yıldız ve Timurlenk, 2020: 7). Panel veri analizinde parametre ve hata terimi varsayımlarına göre 3 farklı model ile karşılaşılmaktadır. Bu modeller; havuzlanmış (klasik) etkiler modeli, sabit etkiler modeli ve rassal (tesadüfi) etkiler modeli olarak isimlendirilmektedir.

3.4.1.1. Havuzlanmış Etkiler Modeli

Havuzlanmış etkiler modeli (klasik model) hem sabit hem de eğim parametrelerinin birimlere ve zamana göre sabit olduğu modeldir (Tatoğlu, 2021: 62). Bütün birimlere ait verilerin bir yerde toplandığı ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken ile arasındaki etkileşiminin analiz edildiği model havuzlanmış regresyon modeli ya da sabit katsayılar modeli olarak ifade edilmektedir (Kök ve Şimşek, 2009: 4). Modelde 3.2 numaralı eşitlik kullanılmaktadır.

$$Y_{it} = \beta_{0it} + \sum_{k=1}^k \beta_{kit} X_{kit} + u_{it} \quad (3.2.)$$

Bu modelde hata teriminin ortalaması sıfır ve varyansı sabittir ($u \sim N(0, \sigma^2 I)$). Ayrıca hata terimleri arasında ilişki yoktur. Formülde i birim, t zaman olarak kullanılmaktadır. β_{0it} sabit terimi; β_{kit} 1 boyutlu parametreler vektörünü; X_{kit} k değişkeninin t zamandaki i birim için değerini; Y_{it} Y bağımlı değişkeninin t zamandaki i için değerini göstermektedir (Tatoğlu, 2021: 37).

3.4.1.2. Sabit Etkiler Modeli

Sabit etkiler (Fix Effect-FE) modeli, panel veri analizinde bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında birimler veya zaman boyutunda ortaya çıkan ilişkiyi incelemektedir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelerken sabit terimdeki farklılıkları dikkate alarak bulmaya çalışmaktadır. Modelde yatay kesit değişkeninde sabit katsayıların farklılık göstermesi ve eğim katsayılarının benzer olması bireysel etkilerin görülmesine imkân sunmaktadır (Gömleksiz ve Alagöz, 2012: 137). Sabit katsayılardaki farklılıklar sadece zaman boyutu çerçevesinde ise tek yönlü sabit etkiler modeli zaman boyutu yanı sıra birim boyutu da söz konusu ise çift yönlü sabit etkiler modeli olarak adlandırılmaktadır. Panel veri analizlerinde genellikle birim etkisi zaman etkisine göre daha fazla incelendiği için analizlerde incelenen modeller tek yönlü modeller olarak göze çarpmaktadır (Hsiao 2003: 30). Tek yönlü sabit etkiler modeli 3.3 numaralı eşitlik ile incelenmektedir (Tatoğlu, 2021: 81).

$$Y_{it} = a_i + \beta X_{it} + u_{it} \quad (3.3.)$$

3.3. numaralı eşitlikte Y_{it} bağımlı değişkeni, X_{it} bağımsız değişkeni, a_i birimden birime farklılık gösteren sabit değeri, β bağımsız değişkeninin eğim katsayısını, u_{it} hata terimini, i birimleri ve t zamanı göstermektedir.

Çift yönlü sabit etkiler modeli 3.4 numaralı eşitlikte formülize edilmiştir (Özer ve Çiftçi, 2009: 230).

$$Y_{it} = (a_i + \mu_{it} + \lambda_{it}) + \beta_{1it}X_{1it} + \dots + \beta_{kit}X_{kit} + e_{it} \quad (3.4.)$$

Formülde $e_{it} \approx IID(0, \sigma_e^2)$ olduğu varsayımı belirtilmektedir. Hata terimlerine ait varyansların sıfıra eşit olması için bağımsız ve özdeş dağıldığı kabul edilmektedir. Bununla birlikte X_{it} değeri e_{it} değerinden bağımsızdır. Modelde, sabit etkiler tahmincisi kesitler için farklı sabitler kullanarak, kesit birimler için farklı sabit katsayı oluşturmaktadır (Özer ve Çiftçi, 2009: 230).

3.4.1.3. Rassal Etkiler Modeli

Rassal etkiler (random effect-RE) modelinin sabit etkiler modelinden farkı; değişkenler arasındaki etkinin tesadüfi olarak seçilmesidir. Modelde kullanılan veriler tesadüfi olarak seçilmiş ise veya ana kütleden temsilci olarak seçilmiş ise rassal etkiler modeli kullanılması gerekmektedir (Baldemir ve Keskiner, 2004: 48). Rassal etkiler modelinin diğer modellere göre üstünlüğü, serbestlik derecesinin kaybının engel olmasına dayanmaktadır. Tek yönlü rassal etkiler modeli 3.4. numaralı eşitlikte gösterilmiştir (Gujarati, 2003: 645).

$$Y_{it} = a + \beta X_{it} + u_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3.5.)$$

Bu eşitlikte yer alan ifadeler 3.5. numaralı eşitlikte yer alan ifadelere ε_{it} eklenmesi ile oluşmaktadır. ε_{it} ise zaman serisi ve yatay kesitin birleşimi sonucu oluşan hata terimini temsil etmektedir.

Çift yönlü rassal etkiler modelinde hata terimi iki bileşenli olmaktadır; $v_{it} \approx IID(0, \sigma_v^2)$ ve $\mu_{it} \approx IID(0, \sigma_\mu^2)$ varsayımları kabul edilmektedir. μ_{it} değeri zaman boyutunda farklılık göstermeyen hata terimidir. v_{it} değeri ise zaman boyutunda birbiri ile ilişkili olan hata terimlerini göstermektedir. Bu eşitliklerde hata terimi bileşenleri tahmininde en küçük kareler tahmincileri tutarlıdır ve sapma payları bulunmamaktadır (Özer ve Çiftçi, 2009: 231).

3.4.2. Panel Veri Modellerinin Belirlenmesi İçin Testler

Panel veri analizi yapılmadan önce uygulanacak olan modelin belirlenmesi gerekmektedir. Uygulanacak olan modelin belirlenmesi için F test, Breusch-Pagan LM testi ve Hausman testi yapılmıştır. Testlerden çıkan sonuç ile panel veri analizinde kullanacak olan model belirlenmiş olmaktadır.

3.4.2.1. F Testi

Panel veri analizinde havuzlanmış (klasik) modelin uygunluğunun test edilmesi için F testi sonucuna bakılmaktadır. Yapılan test ile analizde kullanılacak değişkenlerin katsayılarının uygunluğu araştırılmak istenmektedir. F testi, havuzlanmış etkiler modeli ve sabit etkiler modeli arasında seçim yapılmasına da yardımcı olmaktadır. F testine ait hipotezler aşağıda belirtilmiştir (Özbay ve Oğuztürk: 2020, 379).

$H_0: \beta_i = \beta$ (Havuzlanmış etkiler modeline uygun)

$H_1: \beta_i \neq \beta$ (Sabit etkiler modeline uygun)

Yapılan test sonucunda H_0 hipotezinin kabul edilmesi havuzlanmış etkiler modelinin uygun olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra hipotezin reddedilmesi durumu sabit etkiler modelinin kullanılabilir olduğunu belirtmektedir.

3.4.2.2. Breusch-Pagan LM Testi

Breusch-Pagan LM testi hata terimlerinin varyansının değişkenlerle uyumluluğunu görmek ve regresyon modelinde heterojen varyans olup olmadığını anlamak için yapılmaktadır. Bu test ile havuzlanmış etkiler modelinin uygunluğu da öğrenilmektedir. Breusch-Pagan LM testine ait hipotezler aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Tatoğlu, 2021: 186).

$H_0: \sigma_a^2 = 0$ (Birim etki yoktur. Klasik model geçerlidir)

$H_1: \sigma_a^2 \neq 0$ (Birim etki vardır. Rassal etkiler modeli geçerlidir.)

Breusch-Pagan LM testine ait H_0 hipotezinin kabul edilmesi durumunda klasik modelin uygun olacağı; hipotezin reddedilmesi durumunda ise rassal etkiler modelinin kullanılması gerektiği kabul edilmektedir.

3.4.2.3. Hausman Testi

Regresyon modelinde değişkenlerin sabit olup olmadığını anlamak ya da tahmincilerin doğru katsayıları verip vermediğini görmek adına Hausman testi yapılmaktadır. Hausman testi sonucuna göre sabit etkiler ya da rassal etkiler modellerinden hangisinin kullanılacağına karar verilmektedir. Hausman testi, hem zaman serisi hem de yatay birim verilerinin olması durumunda uygun tahmincinin belirlenmesine de yardımcı olmaktadır. Hausman testine ait hipotezler aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Tatoğlu, 2021: 196).

$H_0: E(a_i x_{it}) = 0$

$H_1: E(a_i x_{it}) \neq 0$

Hausman testi sonucunda ortaya çıkan sonuç ile H_0 hipotezinin reddedilip reddedilmediği görülmektedir. Hipotezin reddedilmesi modelin sabit etkiler modeli olarak devam edilmesi gerektiğini göstermektedir. Hipotezin kabul edilmesi durumunda ise rassal etkiler modeli uygun olmaktadır.

3.4.3. Panel Veri Modelleri İçin Varsayım Testleri

Panel veri analizlerinde modelin doğruluğunu ve güvenilir olduğunu görebilmek adına varsayım testleri yapılmaktadır. Değişen varyans testi ile hata terimleri varyansının sabit olup olmadığı sorunu incelenmektedir. Otokorelasyon testi ile hata terimlerinin birbirleri ile ardışık bağımlı olup olmadığı tespit edilmektedir. Birimler arası korelasyon testi ise farklı birimlerin birbirlerine olan etkilerini ve benzer şekilde tepki verme durumunu ifade etmektedir (Özbay ve Oğuztürk, 2020: 375). Dolayısıyla analizde kullanılacak modelin tespiti sonrasında bu varsayım testlerinin yapılması gerekmektedir.

3.4.3.1. Değişen Varyans (Heteroskedastisite) Testi

Değişen varyans testi ile hata terimleri varyansının sabit olup olmadığına bakılmaktadır. Hata terimlerinin varyansının sabit olmaması ya da kovaryanslarının sıfıra eşit olmaması genellikle panel veri regresyon modellerinde oluşmaktadır. Bu sorunun çözümü için sabit etkiler modelinde Wald testine başvurulmaktadır. Wald testinde H_0 hipotezi “*modelde değişen varyans yoktur*”; alternatif hipotez ise “*değişen varyans vardır*” biçiminde kurulmaktadır. Yapılan test sonucu ortaya çıkan olasılık değerinin 0,05’ten küçük olması durumunda H_0 hipotezi reddedilerek değişen varyans sorunu kabul edilmiş olmaktadır (Üzümcü, 2019: 45).

3.4.3.2. Otokorelasyon Testi

Otokorelasyon testi ile panel veri analiz modellerinde hata terimleri arasında uyum olup olmadığı kontrol edilmektedir. Modelde değişkenlerin verilerinin yanlış hesaplanması sonucu otokorelasyon oluşmaktadır. Sabit etkiler modelinde otokorelasyonun varlığı “*Baltagi-Wu’nun LBI testi*” ve “*Bhargava Franzini ve Naarendranathan’ın Durbin-Watson testi*” ile sınanmaktadır. Bu testlerde H_0 hipotezi “*modelde otokorelasyon yoktur*”; alternatif hipotez ise “*modelde otokorelasyon vardır*” şeklindedir. Otokorelasyon tespiti için yapılan testlerin sonucunun 2’den küçük olması H_0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Bu durumda modelde otokorelasyonun var olduğu sonucuna ulaşılır (Özbay ve Oğuztürk: 2020, 382).

3.4.3.3. Birimler Arası Korelasyon (Yatay Kesit Bağımlılığı) Testi

Panel veri analizi modellerinde hata terimlerinin birimlere göre bağımsız olması gerekmektedir. Bunun için birimler arası korelasyon testi yapılmaktadır. Yapılan analizlerde hata terimlerinin eş zamanlı korelasyona sahip olması korelasyon matrisinin birim matris olmasına engel olmaktadır (Tatoğlu, 2021: 257). Böyle bir durumda Breusch-Pagan langrange çarpanı testi, Pesaran testi, Friedman testi ve Frees testi yapılmaktadır. Birimler arası korelasyonun incelendiği testlerde H_0 hipotezi “*modelde birimler arası korelasyon yoktur*”; alternatif hipotez ise “*modelde birimler arası korelasyon vardır*” biçimindedir. Yapılan test sonuçlarının olasılık değeri 0,05’ten küçük olması durumunda H_0 hipotezi reddedilmekte; yani birimler arası korelasyon olduğu kabul edilmektedir.

3.4.4. Değişen Varyans, Otokorelasyon ve Birimler arası Korelasyonun Varlığında Dirençli Tahminciler: Driscoll-Kraay Tahmincisi

Panel veri analizinde kullanılan modelde değişen varyans, otokorelasyon ve birimler arası korelasyon problemleri söz konusu olduğunda dirençli tahminciler ile analize devam edilmelidir. Bu anlamda çeşitli analizler ile karşılaşılmaktadır. Bu analizlerden bir de Driscoll-Kraay tahmincisidir. Driscoll ve Kraay (1998) tahmincisi, zaman boyutu büyük iken, birimler arası korelasyonun tespiti halinde kısa zaman boyutlu panellerde bile birimler arası korelasyonu göz ardı eden farklı seçeneklerine göre dahi etkin sonuçlar ortaya koyabilmektedir (Driscoll ve Kraay, 1998:550). Ayrıca bu tahminci, kovaryans matrisinden erişilen standart hatalar, uzamsal ve dönemsel korelasyonun çok genel formları için de etkindir (Tatoğlu, 2021: 361). Sabit etkiler modelinin Driscoll-Kraay tahmincisi ile analiz edilmesi sonucunda olasılık değerinin 0,05'ten küçük olması yapılan panel veri analizinin anlamlılığını gösteren güçlü bir tahmin olarak kabul edilmektedir.

3.5. Analizden Elde Edilen Bulgular

Bu çalışmada, Dünya Bankası'ndan elde edilen 2000-2020 yılları arası yıllık veriler ile panel veri analizi yöntemine başvurulmuştur. Analizde D8 ülkeleri ele alınmıştır. Analizde bağımlı değişken olarak kişi başına GSYH kullanılmaktadır. KBCSH, doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları analizin bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Panel veri analizi yapılırken öncelikle kullanılacak model tespit edilmiş ve modele ilişkin varsayım testleri yapılmıştır. Varsayım testleri sonucunda tespit edilen değişen varyans, otokorelasyon ve birimler arası korelasyon durumunda modelde güçlü sonuçlar veren Driscoll-Kraay tahmincisi kullanılarak analiz yapılması ile süreç tamamlanmıştır. Panel veri analizi sürecinde Stata 17 paket programı kullanılmıştır.

Panel veri analizine başlarken başlangıç olarak bağımlı ve bağımsız değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler tespit edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklere ait veriler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Gözlem Sayısı	Medyan	Std Sapma	Min.	Max.
lnkbgsh	168	4.118,577	3.081,251	646,0378	12.179,66
lnkbcsh	168	163,8146	164,4006	8,416178	573,4045
btys	168	68,09366	7,605372	47,193	77,832
dböo	168	36,7369	27,41382	6,6	109,6

Tablo 6’da yer alan bu değerler değişkenlerin gözlem sayısını, ortalamasını, standart sapmasını, minimumu ve maksimumu gösteren değerlerdir. Tablo 6’ya göre tüm değişkenlerin gözlem sayısının 168 olduğu görülmektedir. Kişi Başına GSYH (lnkbgsh) ortalaması 4.118,577 olarak hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenin minimum ve maksimum değerleri arasında ise 11.533,62 fark bulunmaktadır. KBCSH minimum değeri 8,416 olarak, maksimum değeri ise 573,405 olarak hesaplanmıştır. Ortalaması ise 163,815 olarak Tablo 6’da yer almaktadır. Tablo 6’da standart sapması en küçük olan değişken 7,605 ile doğumda beklenen yaşam süresidir. Bebek ölüm oranı 27,414 standart sapmasına sahiptir. Tanımlayıcı istatistiki verilerin incelenmesi sonrasında değişkenler arasındaki ilişkiyi anlamlandırmak adına korelasyon matrisi ele alınmıştır.

Korelasyon matrisi değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçen istatistiksel bir kavramdır. Korelasyon matrisinde değişkenler arasındaki ilişkinin değeri -1 ile 1 arasında değişim göstermektedir. Korelasyon matrisindeki değer 0’a yaklaştıkça değişkenler arasında ilişkinin düşük seviyede olduğu söylenmektedir. Katsayı değeri 1’e yaklaştıkça değişkenler arasında pozitif ilişkinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Katsayı değerinin -1’e yaklaşması ise ilişkinin negatif yönlü olduğu görülmektedir (Çoban, 2009: 157). Tablo 7’de değişkenler arasındaki korelasyon değerleri gösterilmiştir.

Tablo 7. Korelasyon Matrisi

Değişkenler	Kişi Başına GSYH	Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
lnkbgsh	1.000			
lnkbcsh	0.8538	1.0000		
btys	0.6091	0.5942	1.0000	
dböo	-0.6719	-0.6216	-0.9315	1.0000

Tablo 7’ye göre kişi başına GSYH ile bağımsız değişkenler arasında ilişki olduğu görülmektedir. Kişi başına GSYH ile KBCSH arasında katsayı değerinin 0,8538 olması pozitif yönlü ilişki olduğu anlamına gelmektedir. Kişi başına GSYH’nin doğumda beklenen yaşam süresi ile aralarında 0,6091 katsayının olması, iki değişken arasında pozitif yönlü ilişkiyi temsil etmektedir. Bebek ölüm oranının düşmesi ekonomik büyümeye ve sağlık harcamasına olumlu etki sağlaması beklenmektedir. Tablo 7’ye bakıldığında zaman bebek ölüm oranının diğer değişkenler ile negatif yönlü ilişkisinin olduğu görülmektedir.

3.5.1. Model Seçiminde Kullanılan Testlerin Tahmin Sonuçları

Model seçimi yapabilmek adına üç test gerçekleştirilmiştir. Bu testlerin sonucuna göre hangi modelin kullanılması gerektiği bulunmak istenmiştir. Bu sebeple “*F testi, BP LM testi ve Hausman testi*” yapılmıştır. Yapılan testlere ilişkin sonuçlar Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. F Testi, BP LM Testi ve Hausman Testi Sonuçları

Test	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
F Testi	$F(7.157) = 215.97$	Prob > F = 0.0000
Breusch Pagan LM Testi	$\text{chibar2}(01) = 387.26$	Prob>chibar2 = 0.0000
Hausman Testi	$\text{chi2} = 9.194$	Prob > chi2 = 0.0000

Tablo 8’de, F testi değerinin Prob > F = 0.0000 < 0,05 olması sabit etkiler modelinin klasik modele göre etkin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla F testi sonucuna göre sabit etkiler

modelinin uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Breusch Pagan LM testinde $\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000 < 0,05$ olması da rassal etkiler modelinin klasik modele göre daha etkin olduğunu ifade etmektedir. Bu durumda sabit ve rassal etkili model arasında tercihte bulunabilmek için yapılan Hausman testi sonuçları önem kazanmaktadır. Hausman testi sonucuna göre ise $\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000 < 0,05$ olduğundan H_0 reddedilmektedir. Sonuç olarak analizde sabit etkiler modelinin uygun model olarak tespit edilmiştir.

3.5.2. Sabit Etkiler Modelinde Varsayımlara İlişkin Test Sonuçları

Sabit etkiler modelinin güvenilirliğini ve doğruluğunu görebilmek adına değişen varyans, otokorelasyon ve birimler arası korelasyon testleri yapılmıştır. Bu testlerin sonucu ile varsayımların doğruluğu sınanmaya çalışılmıştır. Varsayımların dikkate alınması modelin güvenilirliğini ve doğruluğunu arttırmaktadır. Varsayımlara ilişkin gerçekleştirilen sonuçlar Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Değişen Varyans, Otokorelasyon ve Yatay Kesit Bağımlılığı Test Sonuçları

Test	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
Değişen Varyans Modifiye Edilmiş Wald Testi	$\chi^2(8) = 536,53$	$\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000$
Otokorelasyon Durbin-Watson Baltagi-Wu LBI	$F(7,149) = 25,73$ 0,15851401 0,33393459	$\text{Prob} > F = 0,0000$
Birimler Arası Korelasyon BP LM Testi	$\chi^2(28) = 262,124$	$\text{Prob} > F = 0,0000$

Tablo 9’da, sabit etkiler modelinde değişen varyans probleminin olup olmadığının anlaşılması için modifiye edilmiş Wald testi kullanılmıştır. Bu testin sonucunun $\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000 < 0,05$ olması H_0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Bu da, modelde değişen varyans probleminin olduğunu ortaya koymaktadır. Sabit etkiler modelinde otokorelasyonun varlığını sınamak için yapılan Durbin-Watson ve Baltagi-Wu LBI test sonuçları 2’nin altında olarak elde edilmiştir. Bunun neticesinde modelde otokorelasyon olduğu ifade edilebilir. Birimler arası korelasyonun varlığını sınamak için yapılan BP LM testi analiz sonucunda $\text{Prob} > F = 0,0000 < 0,05$ olması H_0 hipotezinin reddedilmiştir. Bu

durum birimler arası korelasyon sorununun olduğunu belirtmektedir. Sonuç olarak modele ilişkin varsayımların testi sırasında değişen varyans, otokorelasyon ve birimler arası korelasyonun varlığı modelin dirençli tahminciler ile analiz edilmesini gerekli kılmaktadır. Bunun neticesinde model Driscoll-Kraay tahmincisi ile analiz edilmiştir.

3.5.3. Driscoll-Kraay Tahmincisi Sonuçları

Panel veri analizi için sabit etkiler modeli kullanılmıştır. Değişen varyans, otokorelasyon ve birimler arası korelasyona ilişkin yapılan varsayım testleri ile modelin güvenilirliği ve doğruluğu araştırılmıştır. Yapılan testler sonucunda değişen varyans sorunu, otokorelasyon sorunu ve birimler arası korelasyon sorunu saptanmıştır. Bu sorunların giderilmesi adına Driscoll-Kraay tahmincisi kullanılmıştır. Tablo 10'da Driscoll-Kraay tahmin sonuçları yer almaktadır.

Tablo 10. Driscoll-Kraay Tahmincisi Sonuçları

Değişkenler	Katsayılar	Driscoll Kraay St. Hata	t	P > t
lnkbcsh	0,150146	0,0190798	7,87	0,000 (*)
btys	1,940765	0,4437173	4,37	0,000 (*)
dböo	-0,264627	0,0331781	-7,98	0,000 (*)
_cons	0,0577251	1,87506	0,03	0,976 (***)
F(3,20)	459,96	Maksimum Gecikme : 2 Gözlem Sayısı : 168 Grup Sayısı : 8		* : %1 anlamlılık düzeyi
Prob > F	0,000			** : %5 anlamlılık düzeyi
R ²	0,8483			*** : %10 anlamlılık düzeyi

Tablo 10'da yer alan verilere bakıldığında Prob > F değerinin 0,0000 olması modelin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu değer ile modelin tamamen anlamlı olduğu sonucuna da ulaşılabilmektedir. R² değerinin 0,8483 olması modelin açıklanabilir düzeyini göstermektedir. Bu değer bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin yüzde 85 oranında anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Driscoll-Kraay tahminci sonuçlarına göre KBCSH (lnkbcsh) ve beklenen yaşam süresi (btys) katsayıları pozitifdir. Bebek ölüm oranı değişkeni katsayısı ise negatif olarak

görülmektedir. Bu da tüm değişkenlerin işaretlerinin beklendiği gibi elde edildiğini göstermektedir. Tablo 10 incelendiğinde bağımsız değişkenlerin katsayıları ile bağımlı değişkene ait olan katsayı arasında yüzde 5 düzeyinde anlamlılık olduğu da görülmektedir.

Driscoll-Kraay Tahminci sonuçları; KBCSH’ında meydana gelen yüzde 1 artışın ekonomik büyüme de yüzde 0,15 artış yaratacağı sonucunu ortaya koymuştur. Sağlıklı bireylerin ekonomide ve iş hayatında daha aktif olacağı göz önünde bulundurulduğu takdirde; sağlık harcamalarının artması bireylerin sağlıklı olmasına ve bunun neticesinde üretime olumlu katkı yaratarak ekonomik büyümeye pozitif yönde etki sunacağına işaret etmektedir.

D8 ülkelerinde, beklenen yaşam süresindeki yüzde 1’lik artış ekonomik büyümede yüzde 1,94 oranında artış meydana getirecektir. Sağlıklı yaşama dikkat eden bireyler daha uzun hayatta kalacakları için nitelikli iş gücünün varlığının sürmesine de yardımcı olacaktır. Dolayısıyla insanların uzun süre hayatta kalmalarının daha uzun süre işgücü arzında kalmalarını sağlayacak bu da üretimi destekleyerek ekonomik büyümeyi olumlu etkileyecektir.

Tablo 10 verilerine bakıldığında bebek ölüm oranı ile ekonomik büyüme arasında negatif ilişki olduğu görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü bebek ölüm oranlarının azalması nüfus açısından olumlu bir göstergedir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular bebek ölüm oranlarında yüzde 1’lik düşüşün ekonomik büyüme üzerinde yüzde 0,26’lık bir artış yaratacağını ortaya koymaktadır. Sağlıklı ebeveynlerin bebekleri için yapacakları sağlık harcaması, daha sağlıklı bebeklerin ve daha sağlıklı insanların oluşmasına sebep olacaktır. Sonuç olarak bebek ölüm oranlarında oluşan gerileme, ekonomik büyümeye olumlu yansıyacaktır.

SONUÇ

Sağlık, yoğun rekabet ortamında hayatta kalma, kâr elde etme ve artan iş gücü verimliliği yoluyla ekonomik büyüme gibi göstergelerde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle sağlık ve sağlık harcamaları bir ülkenin ekonomik kalkınmasında giderek daha önemli hale gelmektedir. Sağlık, üretim sürecinin kesintisiz devam etmesi ve toplumdaki refah düzeyinin arttırılması için de oldukça önemlidir. Sağlığa ve dolayısıyla insana yapılan her türlü yatırım, insan yaşamının kalitesini artıracak ve bu nedenle sosyal yaşamın tüm alanlarını doğrudan veya dolaylı olarak olumlu yönde etkileyebilecektir.

Ekonomik büyüme devletlerin ve dolaylı olarak toplumların odaklandığı en önemli konular arasında yer almaktadır. Çünkü ekonomik büyüme üretim sektörüne, teknolojiye ve işsizlik oranına olan etkisi ile devletlerin gelişmişlik göstergelerini belirlemektedir. Bu bağlamda devletlerin ekonomilerini geliştirebilmeleri adına fiziki ve beşeri sermaye üzerine yatırımlar yapmaları gerekmektedir. Fiziki sermayeye yapılan yatırımlar ile teknolojik gelişmede, sanayi sektöründe ve üretim stokunda artışlar meydana gelebilmektedir. Bununla birlikte beşeri sermayeye yapılacak olan yatırımlar ise sağlıklı, güçlü, zinde ve zihnen rahat bir iş gücüne sahip olunmasına yardımcı olabilecektir. Bu doğrultuda, fiziki ve beşeri sermaye yatırımının ekonomik büyüme üzerine olumlu yönde etkisinden söz edilebilmektedir.

Günümüzde sağlık ve sağlık harcamalarına verilen önem giderek artmaktadır. Sağlık harcamalarının beşeri sermayeyi koruyarak oluşabilecek sağlık sorunlarını azaltmadaki rolü bunun temel nedenidir. Ayrıca bu sayede, gelecekte daha yüksek maliyetli sağlık harcaması ile karşılaşılmasından da kaçınılmış olunacaktır. Bu durum beşeri sermayenin daha çok tasarruf yapmasını sağlayabilecektir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların beşeri sermaye stokuna yapılan yatırım harcamaları olarak kabul edildiği göz önüne alınabilmektedir. Teknolojinin gelişimi ile birlikte sağlık sektörüne yapılan fiziksel yatırımlar da artmakta bu da iş gücünün daha verimli hale gelmesini desteklemektedir. Tüm bunların sonucunda da ekonomik büyümenin olumlu yönde etkilenmesi beklenmektedir. Başka bir deyişle, sağlık harcamasında oluşan artış, iş gücü verimliliğini arttırmaktadır.

Dolayısıyla artan iş gücü verimliliği de ekonomik büyüme üzerinde doğrudan bir etki sağlayabilecektir.

Bir toplumun sağlık ile ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında yakın bir ilişkiden bahsedilebilmektedir. Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde; genel eğilimin bu iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişkiye sahip olduğu yönündedir. Genel olarak araştırmacılar, etkili sağlık politikalarının uygulanabilmesi durumunda; bunun daha verimli sağlık harcamalarına yol açabileceği ve ekonomik kalkınma üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği düşüncesindedirler. Bu nedenle, özellikle gelişmekte olan ülkelerin, sağlık politikalarına önem vermesinin ve insan odaklı düzenlemeler yapmasının ekonomileri için oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin D8 ülkeleri için araştırıldığı bu çalışmada; D8 ülkelerindeki genel eğilimin KBCSH yükseldikçe kişi başına GSYH'nin arttığı biçiminde olduğu görülmüştür. Örneğin, Endonezya'nın 2000 yılında KBCSH'sı 15,54 dolar iken 2020 yılında 132,96 dolara yükselmiştir. Bu artış ile birlikte Endonezya'nın 2000 yılında KBNMG 546,81 dolardan 2020 yılında 2.965,44 dolar olmuştur. Bangladeş KBCSH'sını 2000 yılından 2020 yılına kadar yüzde 487, Nijerya yüzde 295 ve Malezya yüzde 274 oranında arttırmıştır. Bu ülkeler KBNMG oranlarını da Bangladeş yüzde 496, Nijerya yüzde 313 ve Malezya yüzde 232 oranında arttırmıştır. Bu durum D8 ülkelerinde ekonomik büyüme de oluşan artışın beşeri sermayeye sağlık üzerinden yatırım yapıldığını düşündürmektedir. Bir başka bakış açısı ile artan ekonomik büyümenin beşeri sermaye gelirini arttıracak ve böylelikle bireylerin sağlık harcamasına yöneleceği sonucunu da vermektedir. Artan kişi başına GSYH, dolaylı olarak beklenen toplam yaşam süresini de olumlu etkilemektedir. Belirtildiği üzere bireylerin gelirlerinde oluşan artış, beşeri sermayenin sağlık için kendilerine ve ailelerine yatırım yapmalarına yardımcı olmaktadır. Farklı bir açıdan artan ekonomik büyüme ile ülkelerin beşeri sermayeye yatırım yapması, beşeri sermayeyi daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü olmalarını sağlayabilecektir. Ayrıca geliri artan bireylerin beslenme, barınma ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmeleri sonucunda bebek ölüm oranlarının da daha düşük seviyede gerçekleşmesini getirebilecektir.

Bu çalışmada, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisi D8 ülkeleri için panel veri analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Panel veri analizinde kullanılacak modelin belirlenmesine ilişkin yapılan testler sonrasında sabit etkiler modeli etkin tahminci olarak tespit edilmiştir. Sabit etkiler modeline ilişkin yapılan varsayım testleri (değişken varyans,

otokorelasyon ve yatay kesit bağımlılığı) sonucunda modelin güçlü tahminciler ile tahmin edilmesi gerekliliği belirlenmiştir. Bu nedenle analizin son aşamasında model Driscoll-Kraay tahmincisi ile analiz edilmiştir. Analizde çalışmanın yüzde 85 oranında anlamlılık seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Analiz sonucuna göre, kişi başına GSYH'nin KBCSH ve beklenen toplam yaşam süresi ile doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir. KBCSH'de oluşacak yüzde 1 oranında artışın ekonomik büyümeyi yüzde 0,15 oranında arttıracığı sonucuna ulaşılmıştır. Işık (1997), Çoban (2009), Dağdemir (2009), Arısoy vd. (2010), Tekabe (2012), Atasayar (2021) ve Armağan (2022) çalışmalarında sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Beklenen yaşam süresinde oluşacak yüzde 1 oranındaki artış ise ekonomik büyümeyi yüzde 1,94 oranında arttıracaktır. Akın (2007), Çoban (2009), Güven (2017) ve Aygün (2020) ise yapmış oldukları analiz çalışmalarında bu sonucu destekler nitelikte bir sonuca ulaşmışlardır. Yapılan analiz sonucuna göre bebek ölüm oranlarında yüzde 1 oranında gerçekleşecek bir düşüşün ekonomik büyümeyi yüzde 0,26 oranında arttıracığı yönündedir. Bağımlı değişken kişi başına GSYH'nin bebek ölüm oranı ile ters orantılı olduğu analizler sonucunda görülmüştür. Literatürde yer alan Akın (2007), Çoban (2009), Güven (2017) ve Özavcı (2019) çalışmaları, bebek ölüm oranı ile ekonomik büyümenin ters yönde ilişkisi olduğu bulgularına sahiptirler. Bu bağlamda da çalışmada elde edilen sonuçlar ile literatürde yer alan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir.

Ekonomik büyümenin artması ülkelerin gelişmişlik seviyesine ve toplumun refah seviyesine olumlu yönde etki etmektedir. Çalışmanın geneline bakıldığında; sağlıklı bireylerin daha uzun süre yaşama ihtimaline sahip olmalarının ve dolayısıyla iş gücüne olan katkılarının daha fazla olabileceği vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra bu kişilerin gelirlerinin de olumlu yönde etkilenebileceği ifade edilmiştir. Beşeri sermayenin iş gücü hayatına ara vermeden devam edeceği ve dolaylı olarak ekonomiye katkı sağlayacağı analiz sonucu ile gösterilmeye çalışılmıştır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin D8 ülkeleri için incelendiği çalışma 2000-2020 dönemini kapsamaktadır. D8 ülkelerine ilişkin sağlık harcaması verilerine 2020 yılı sonrası erişilememesi çalışmanın kısıtıdır. Bu konunun önemi göz önünde bulundurulduğunda, konuya ilgi duyan araştırmacılara farklı ülke grupları ve analiz teknikleri ile inceleme yapmaları önerilmektedir. Ülkelerin sağlık harcaması yapmasının beşeri sermayenin gelişimindeki olumlu etkileri dikkate alındığında karar vericilerin bu konuya önemiyet vermeleri tavsiye edilmektedir. Çünkü bir ekonomide beşeri sermayeye yapılan yatırımlar, toplumun daha zinde, güçlü ve sağlıklı olmasını

sağlayabilecektir ki bu ekonomiyi olumlu etkileyebilecek önemli bir unsurdur. Son olarak yinelemek gerekirse; ülkelerin refah seviyesinin yükselmesi, sanayi sektörünün gelişmesi ve üretim stokunun artması için karar vericilerin; daha zinde, daha güçlü ve daha sağlıklı bir hayat yaşamaları için ise bireylerin sağlığa ve sağlık harcamalarına gereken önemi vermeleri daima göz önünde bulundurulmalıdır.



KAYNAKÇA

- Acar, A. ve Yeğenoğlu, S. (2006). Sağlık ekonomisi perspektifinden farmakoekonomi. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(1), 39-55.
- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: panel nedensellik analizi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 34-102.
- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi*, 21(1), 311-322.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Adana.
- Akıncı, A. ve Tuncer, G. (2016). Türkiye’de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki. *Sayıştay Dergisi*, 102, 47-61.
- Akıncı, M. (2013). *Ekonomik özgürlükler ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler üzerine bir uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Erzurum.
- Aksu, L. (2014). İktisat ekollerinin iktisadî büyüme konusundaki düşünceleri ve modellerinin analizi. *Türk Dünyası Araştırmaları Dergisi*, 208, 351-392.
- Alacahan, E. (2015). *Sağlık sektörü harcamalarının Türkiye’nin kalkınmasındaki rolü*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Alkin, E. (2008). *İktisada giriş*. İ. Şıklar (Ed.), Anadolu Üniversitesi Yayını No:1472, 7. Baskı, Kasım, Eskişehir.

- Appleton, S. ve Teal, F. (1998). *Human capital and economic development*, A background paper prepared for the African Development Report. <https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/00157612-FR-ERP-39.PDF> (19.09.2023).
- Arısoy, İ., Ünlükaplan, İ. ve Ergen, Z. (2010). Sosyal harcamalar ve iktisadi büyüme ilişkisi: Türkiye ekonomisinde 1960-2005 dönemine yönelik bir dinamik analiz. *Maliye Dergisi*, 158, 398-421.
- Armağan, H. (2022). *Sağlık harcamaları ve ekonomik kalkınma: OECD ülkeleri için bir değerlendirme*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ.
- Atalay, F. (2023). *Seçilmiş MENA ülkeleri açısından büyüme modellerinin değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Aydın.
- Atasayar, Y. (2021). *Sağlık harcamaları, fiziki sermaye birikimi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerinde bir inceleme*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Nevşehir.
- Ay, A., Kızılkaya, O. ve Koçak, E. (2013). Sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Türkiye örneği. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1), 163-172.
- Aydemir, C. ve Baylan, S. (2015). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7(13), 471-435.
- Aygün, A. (2020). *Seçili OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin ekonometrik analizi*. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Aydın.
- Aytürk, K. A. (2010). *Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerine etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge analizi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Kocaeli.
- Bağcı, E. (2019). *Dışa bağımlılığın makroekonomik sonuçları, Türkiye örneği*. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.

- Bakaç, B. (2019). *Türkiye’de cari işlemler dengesi ve ekonomik büyüme ilişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve sosyolojik bakış açısıyla sağlık ve hastalık*. İstanbul: Der Yayınevi.
- Balsak, M. (2004). *Türkiye’de sağlık sektörünün kalkınma sürecinde yeri ve önemi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.
- Başol, K., Durman, M. ve Çelik, M. Y. (2005). Kalkınma sürecinin lokomotif; doğal kaynaklar. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 14, 61-71.
- Bekir, M. (2003). *Türkiye’nin Sağlık Sorunları - Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*. Ankara.
- Berber, M. (2011). *İktisadi büyüme ve kalkınma-büyüme teorileri kalkınma ekonomisi*. 4. Baskı, Trabzon: Derya Kitabevi.
- Birinci, E. (2015). *AR-GE harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: İçsel büyüme modeli zaman serisi analizi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Boussalem, F., Boussalem, Z. ve Taiba, A. (2014). The relationship between public spending on health and economic growth in Algeria: Testing for cointegration and causality. *International Journal of Business and Management*, 2(3), 25-39. https://www.iises.net/download/Soubory/soubory-puvodni/pp25-39_ijobmV2N3.pdf (15.08.2023).
- Breusch, T. S. ve Pagan, A. R. (1980). The lagrange multiplier test and its applications to model specification in econometrics. *The Review of Economic Studies*, 47(1), 239-253.
- Cassama, M. S. (2019). *Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı: Türkiye’de sağlık harcamalarının analizi (2005-2017)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Birimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Bursa.
- Cichon, M. ve Normand, C. (1994). Between beveridge and bismarck-options for health financing in Central and Eastern Europa. *World Health Forum*, 323-328. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/45367/WHF_1994_15%284%29_p323-328.pdf?sequence=1&isAllowed=y (18.01.2024).

- Culyer, A. J. ve Newhouse, J. P. (2000). Introduction: The state and scope of health economics. Culyer, A. J. ve J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*, (pp.1-7). Amsterdam: Elsevier.
- Çakmak, E. ve Gümüş, S. (2005). Türkiye’de beşeri sermaye ve ekonomik büyüme: Ekonometrik bir analiz (1960-2002). *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 60(1), 59-72.
- Çelik, A. (2020). G20 ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin analizi. *Yönetim ve Ekonomi*, 27(1), 1-20.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çetin, M. (2012). Sabit sermaye yatırımları ve ekonomik büyüme: Ampirik bir analiz. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 211-230.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir.
- Dağdemir, Ö. (2009). Sağlık ve ekonomik büyüme: 1960-2005 döneminde gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı ilişkinin analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 64(2), 76-96.
- Dağlı, G. H. (2006). *Türkiye’de sağlık sektörünün yapısı*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Ankara.
- Daşdemir, A. M. (2008). *AB üyesi ülkelerde beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi: Panel veri analizi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, İzmir.
- Demir, Ö. ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 89-119.
- Deniz, M. ve Sümer, K. K. (2016). *Türkiye’de sağlık sektörü ve sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki etkisinin 2000-2014 yılları için analizi*. Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı 2016, Sağlık Ekonomisi, 471-478 Kaposvar-Hungary.

- Doğan Çulha, E. (2019). *Türkiye’de sağlık harcamalarını etkileyen faktörler üzerine araştırma (2003-2017)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Dumitrescu, E. ve Christopher, H. (2012). Testing for Granger non-causality in heterogeneous panels. *Economic Modelling*, 29(4), 1450-1460. <https://shs.hal.science/halshs-00224434/document> (23.02.2024).
- Ertürk, E. (2020). *G-20 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin analizi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ.
- Gençdağ, R. (2021). *Kamu harcamalarında verimlilik ilkesi ve ekonomik etkileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye (Kamu Ekonomisi) Anabilim Dalı, Ankara.
- Getzen, E. T. (2000). Forecasting health expenditures: Short, medium and long (long) term. *Journal of Health Care Finance*, 26(3), 56-72. https://www.researchgate.net/publication/12586568_Forecasting_health_expenditures_Short_medium_and_long_long_term/link/5b6c93a8299bf14c6d97cdc8/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19 (19.05.2023).
- Gömleksiz, M.ve Alagöz, M. (2012). İktisadi büyüme olgusuna ekonometrik bir yaklaşım: "BRIMCH" ülkeleri ve Türkiye örneği. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 24(1), 121-148.
- Grossman, M. (1999). The human capital model of the demand for health. *NBER Working Paper Series*. <https://www.nber.org/papers/w7078> (15.01.2024).
- Gürak, H. (2006). *Ekonomik büyüme ve küresel ekonomi*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Güven, D. (2017). *Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: MENA ülkeleri üzerine bir uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Tokat.
- Güvenek, B. (2015). *Sağlık ekonomisi: makro ve mikro boyutları*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Hayaloğlu, P. ve Bal, H. Ç. (2015). Üst orta gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.

- Hsiao, C. (2003). *Analysis of panel data*. Cambridge: Cambridge Press.
- Işık, A. (1997). *Sağlık ekonomisi: Finansmanı ve ekonometrik bir analiz çerçevesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kar, M. ve Ağır, H. (2006). Türkiye’de beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi: Eşbütünleşme ile nedensellik testi. 1926-1994. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 11, 51-68.
- Kar, M. ve Taban, S. (2005). *İktisadi kalkınmada sosyal, kültürel ve siyasal faktörlerin rolü*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Karakayalı, H. ve Dilber, İ. (2013). *Ekonomik büyüme ve kalkınma teorileri*. Manisa: Emek Yayınevi.
- Karataş, M. ve Çankaya, E. (2010). İktisadi kalkınma sürecinde beşeri sermayeye ilişkin bir inceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 29-55.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi (3. Baskı)*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaynak, M. (2005). *Kalkınma iktisadı*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Khanolkar, V., Khan, S. A. ve Gamba, M. (2016). *An insight on health care expenditure*. <https://www.usi.edu/media/3654761/Insight-on-Health-Care-1.pdf> (15.01.2023).
- Kibritçiöğlu, A. (1998). İktisadi büyümenin belirleyicileri ve yeni büyüme modellerinde beşerî sermayenin yeri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 53, 1-5.
- Kibritçiöğlu, A. ve Dibooğlu, S. (2001). Long-Run economic growth: An interdisciplinary approach. *University of Illinois at Urbana-Champaign, College of Commerce and Business Administration Office of Research*, 1-13. https://www.researchgate.net/publication/23747168_Long-Run_Economic_Growth_An_Interdisciplinary_Approach (23.04.2022).
- Koç, Ö. E. (2019). *Türkiye’de sağlık harcamaları ve özel kesim uygulamaları*. Bursa: Ekin Yayınevi.

- Kök, R. ve Şimşek, N. (2009). *Panel veri analizi*. https://docplayer.biz.tr/44058878-Panel-veri-analizi-prof-dr-recep-kokk-dr-nevzat-simsek.html#google_vignette (20.03.2024).
- Kurşun, A. ve Rakıcı, C. (2014). Türkiye ve sosyal refah devletleri'ndeki sağlık harcamalarının analizi. *İnsan Hakları Yıllığı*, 32, 77-105. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1734132> (10.05.2021).
- Loş, N. (2016). *Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmeti ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.
- Lustig, N. (2004). Investing in health for economic development: The case of Mexico. *Report By The Mexican Commission On Macroeconomics and Health, 1st Edition*, 1-60. https://web.archive.org/web/20180722064339id_/https://www.econstor.eu/bitstream/10419/63484/1/510836623.pdf (15.05.2023).
- Mutlu, A. ve Işık, K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Özavcı, M. (2019). *Kamu politikası aracı olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ardahan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ardahan.
- Özbay, F. ve Oğuztürk, B. (2020). Panel veri modellerinde sapmalara karşı alternatif yaklaşımlar: Statik ve dinamik panel veri modelleri üzerine bir inceleme. *İktisadi ve İdari Bilimlerde Teori ve Araştırmalar II*, 373-392. https://www.researchgate.net/publication/348009379_panel_veri_modellerinde_sap_malara_karsi_alternatif_yaklasimlar_statik_ve_dinamik_panel_veri_modelleri_uzerine_bir_inceleme (27.03.2024).
- Özel, H. A. (2012). Ekonomik büyümenin teorik temelleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 63-72.
- Özer, M. ve Çiftçi, N. (2009). Ar-Ge harcamaları ve ihracat ilişkisi: OECD ülkeleri panel veri analizi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23, 39-49.
- Özgüven, A. (1988). *İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması*. İstanbul: Filiz Kitabevi.

- Öztekin, Z. (2001). Türkiye’de sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 39(2), 60-64.
- Özyurt, M. (2020). *Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Pesaran, M. H. (2004). General diagnostic tests for cross section dependence in panels. *University of Cambridge Faculty of Economics Cambridge Working Papers in Economics*. <https://docs.iza.org/dp1240.pdf> (21.02.2024).
- Pesaran, M. H., Ullah, A. ve Yamagata, T. (2008). A bias-adjusted Lm test of error cross-section independence. *The econometrics journal*. 11(1), 105-127. <https://www.mcgill.ca/economics/files/economics/ullahpaper1.pdf> (21.02.2024).
- Pesaran, M. H. ve Yamagata, T. (2008). Testing slope homogeneity in large panels. *Journal of Econometrics*, 142(1), 50-93. https://www.econstor.eu/bitstream/10419/18802/1/cesifo1_wp1438.pdf (21.02.2024).
- Romer, P. M. (1994). The origins of endogenous growth. *Journal of economic perspectives*. 8(1), 3-22. <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.8.1.3> (10.08.2023).
- Saraçoğlu, S. ve Songur, M. (2017). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Avrasya ülkeleri örneği. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 353-372.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-423.
- Serageldin, I. ve Dasgupta, P.(Eds). (1999). Social capital: A multifaceted perspective. The World Bank, Washington .
- Seyidoğlu, H. (2003). *Uluslararası iktisat*. İstanbul: Güzem Can Yayınları
- Söğüt, Y. (2019). *Sağlık harcamaları ve iktisadi büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir inceleme*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Kars.
- Şahin, E. B. (2012). *Kamu harcamaları içinde ilaç harcamalarının yeri ve ekonomik büyümeye etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.

- Şimşir, N. C., Çondur, F., Bölükbaş, M. ve Alataş, S. (2015). Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi: ARDL sınır testi yaklaşımı. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(604).
- Taban, S. ve Kar, M. (2006). Beşeri sermaye ve ekonomik büyüme: Nedensellik analizi, 1969-2001. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 159-182.
- Taban, S., Günsoy, B., Günsoy, G., Erdinç, Z. ve Aktaş, M. (2013). İktisadi büyüme. *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları*. <https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/IKT410U/ebook/IKT410U-17V1S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf> (05.06.2022).
- Tekabe, L. F. (2012). Health and long run economic growth in selected low income countries of Africa South of The Sahara. *Cross Country Panel Data Analysis*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:579350/FULLTEXT01.pdf?cv=1> (05.06.2023).
- Tıraş, H. H. (2018). *Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Panel nedensellik analizleri*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Turan, Z. ve Gül, H. (2014). 2002-2012 yılları arasında kamu ve özel sektör harcamalarının ülke ekonomisine etkileri. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 26-40.
- Turhan, S. E. (2007). *Enflasyon ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Uçan, O. ve Atay, S. (2016). Türkiye’de sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 215-222.
- Ülgener, S. (1991). *Milli gelir, istihdam ve iktisadi büyüme*. İstanbul: Der Yayınevi.
- Ünsal, E. M. (2014). *Mikro iktisat*. Ankara: Big Bang Yayınları.
- Üzümcü, A. ve Söğüt, Y. (2020). Kamu sağlık harcamaları - iktisadi büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir inceleme (1983-2019). *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 275-295.

- Williams, A. (1987). *Health economics the cheerful face of the dismal science*.
<https://www.scribd.com/document/402820749/Williams-1987-Health-Economics-The-Cheerful-Face-of-the-Dismal-Science> (23.07.2023).
- Yalçın, A. Z. ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-723.
- Yerdelen Tatoğlu, F. (2021). *Panel veri ekonometrisi*. İstanbul: Beta Basımevi.
- Yıldırım, K. (2000). *Ekonomik büyüme iktisat teorisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yıldız, Ü. Ve Timurlenk, M. S. (2020). *Ekonometrinin temelleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Yılmaz, H. (2018). Türkiye’de sağlık harcamalarının makroekonomik değişkenler üzerindeki etkileri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Aydın.

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:		EYET
Kapak		
1	Tez Başlığı tutanaktaki başlıkla aynı mı?	
2	Kapaktaki ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
3	Kapak format kılavuzdaki kapak formatına uygun mu?	
4	Kapakta yazılan tüm yazılar doğru olarak verilmiş mi?	
İçindekiler		
5	Sayfa numaraları tam verilmiş mi?	
6	Şekil, Çizelge vb. listeleri verilmiş mi? Sıralaması doğru mu?	
7	Özet, Abstract, Giriş, Sonuçlar vb. bölümler var mı?	
8	Yazım hataları kontrolü yapıldı mı?	
Giriş		
9	Hazırlanan tezin önemini anlatıyor mu?	
10	İkinci ve Üçüncü dereceden başlık içermemeli kuralına uyuldu mu?	
Özet/Abstract		
11	Kılavuza uygun mu?	
12	Ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
13	Özet; tek sayfa, tek aralık, tek paragraf kuralına uygun olarak yazıldı mı?	
14	Bilim kodu, sayfa adedi, anahtar kelimeler ve tez danışmanı yazıldı mı?	
Kaynakça		
15	Kaynakların tamamına metin içinde atıf yapıldı mı?	
16	Kaynak formatı Kılavuzdaki kaynak formatına uygun olarak hazırlanmış mı?	
17	Atıf formatı kılavuzdaki atıf formatına uygun mu?	
Atıf Yöntemi APA 6 ☐ CMS ☐ İSNAD ☐		
Genel Değerlendirme		
18	Etik Beyan açıklaması okundu, uyuldu ve imzalandı mı?	
19	Kabul/Onay sayfası kılavuzdaki formata uygun olarak düzenlenmiş mi?	
20	Kabul /Onay sayfasında belirtilen oy birliği/oy çokluğu seçeneklerinden uygun olanı savunmayla tutarlı olacak şekilde belirlenmiş mi?	
21	Sayfa kenar boşluklar ve sayfa numaraları kılavuzdaki formatına uygun mu?	
22	Paragraf boşlukları ve metin satır aralığı kılavuza uygun olacak şekilde düzenlenmiş mi?	
23	Başlık yazımları kılavuzdaki başlık formatlarına uygun mu?	
24	Yazı tipi ve boyutu kılavuzdaki yazı tipi ve boyutu formatına uygun mu?	
25	Şekil, Çizelge vb. açıklama ve numaralandırmaları kılavuzdaki formata uygun olarak yazılmış	

Bu tezin tarafımdan “Tez yazım kuralları” okunarak dikkatlice hazırlanmış olduğunu ve doğabilecek her türlü olumsuzluktan sorumlu olacağımı kabul ederim.

Öğrencinin imzası