

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ
EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ahmet UĞUR

HAZIRLAYAN
Çağla İZGİ

MALATYA-2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK
BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇAĞLA İZGİ

Danışman
PROF. DR. AHMET UĞUR

MALATYA-2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK
BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ahmet UĞUR

HAZIRLAYAN

Çağla İZGİ

Jürimiz 25.07.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda bu yüksek lisans/ doktora tezini (oybirliği /oyçokluğu) ile başarılı bulunarak İktisat.....Anabilim, İktisat Bilim dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvan Ad Soyadı

imzası

1. Prof. Dr. Ahmet UĞUR.....

2. Doç. Dr. Yusuf Ekrem AKSAF.....

3. Doç. Dr. A. Fahime AYDIN.....

4.

5.



İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun tarih vesayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet KUBAT

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ONUR SÖZÜ

Prof. Dr. Ahmet UĞUR'un danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek herhangi bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Çağla İZGİ

ÖNSÖZ

“Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlanmıştır. Çalışmanın hazırlanmasında başta ilgili mevzuat düzenlemeleri olmak üzere, kitaplardan, makalelerden, ilgili tez çalışmalarından ve sağlıkla ilgili istatistiki verilerden yararlanılmıştır.

Öncelikle Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek geçen sürecin tamamında yönlendirme ve önerileri ile bana yol gösteren ve yardım eden değerli danışmanım Prof. Dr. Ahmet UĞUR’a teşekkürlerimi sunarım. Bu zorlu tez sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Öğr. Gör. Mübeyna DOĞAN ve Arş. Gör. Dr. Esra CANPOLAT GÖKÇE’ye, benden desteğini ve yardımlarını esirgemeyen kıymetli eşim Mustafa İZGİ’ye ve tüm hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim babam Yılmaz KORKMAZ’a teşekkürlerimi borç bilirim.

Çağla İZGİ

ÖZET

Dünyadaki bütün ülkeler, sağlıklı bireylerden meydana gelen bir toplum oluşturmayı hedeflemektedirler. Çünkü bir ülke ekonomisinin güçlü olması ve sürdürülebilirliği için sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum gereklidir. Bir ülkenin gelişmişliğinin ölçülmesinde en önemli ölçütlerden biri de sağlık göstergeleridir. Ülkenin sağlık göstergeleri ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.

Bu çalışmada, ekonomik büyümenin temel göstergelerinden biri olan sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık göstergesi olarak; genel ilaç giderleri, toplam sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla değişkenleri kullanılmıştır. Değişkenlere birim kök testleri, Granger nedensellik testi ve ARDL sınır testi uygulanmıştır. Değişkenler arasında tek ve çift yönlü nedensellik olduğu ve eş bütünleşme olduğu sonucuna varılmıştır. Genel olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü bir etkisi bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcaması, Ekonomik Büyüme, Birim Kök Testi, Granger Nedensellik, ARDL Sınır Testi.

ABSTRACT

All countries in the world aim to create a society of healthy individuals. Because, for a country's economy to be strong and sustainable, a society of healthy individuals is necessary. One of the most important criteria for measuring the development of a country is health indicators. There is a close relationship between the country's health indicators and economic development.

In this study, the relationship between health, which is one of the main indicators of economic growth, and economic growth, is examined. As health indicator; general pharmaceutical expenditures, total health expenditures, current health expenditures, gross domestic product, per capita health expenditures and per capita gross domestic product variables were used. Unit root tests, Granger causality test and ARDL bound test were applied to the variables. It was concluded that there was one and two-way causality and co-integration between the variables. In general, health expenditures have a positive effect on economic growth.

Key Words: Health Expenditure, Economic Growth, Unit Root Test, Granger Causality, ARDL Bound Test.

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI	iii
ONUR SÖZÜ.....	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR	xv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1. Sağlık Hizmetleri.....	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	4
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	5
1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	7
1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	8
1.3. Sağlık Hizmetlerini Arttıran Etkenler	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Göstergeleri.....	9
1.4.1. Demografik Göstergeler.....	9
1.4.2. Ekonomik Göstergeler	10
1.4.3. Hastane Göstergeleri.....	10
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	11
1.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Özellikleri	11
1.6. Sağlık Harcamalarının Tanımı	12
1.6.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	13
1.6.1.1. Kişi Başına Düşen Gelir	13
1.6.1.2. Nüfusun Yaş Ortalaması	14

1.6.1.3. Eğitim Düzeyi	14
1.6.1.4. Teknolojik Gelişmeler	15
1.6.1.5. Şehirleşme	16
1.6.1.6. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	16
1.6.1.7. Sağlık Hizmetlerinde İrrasyonel Davranışların Bulunması	17

İKİNCİ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME

2.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı	18
2.2. Ekonomik Büyümenin Özellikleri	18
2.3. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri	19
2.4. Ekonomik Büyümenin Çeşitleri	21
2.5. Ekonomik Büyümenin Etkileri	21
2.6. Ekonomik Büyümenin Ölçülmesi	23
2.7. Ekonomik Büyüme Teorileri	25
2.7.1. Klasik Büyüme Teorileri	25
2.7.1.1. Adam Smith'in Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı	26
2.7.1.2. Thomas R. Malthus'un Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı	28
2.7.1.3. Jean Baptiste Say'ın Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı	30
2.7.1.4. David Ricardo'nun Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı	32
2.7.2. Keynesyen Büyüme Teorileri	35
2.7.2.1. Roy F. Harrod'un Büyüme Teorileri	35
2.7.2.2. Evsey D. Domar'ın Büyüme Teorileri	41
2.7.3. Neo-klasik Büyüme Teorileri	44
2.7.4. İçsel Büyüme Teorileri	50
2.7.4.1. Ar-Ge Faaliyetlerine Dayalı İçsel Büyüme Teorileri	50
2.7.4.2. Beşeri Sermayeye Dayalı İçsel Büyüme Teorileri	57
2.7.4.3. Kamusal Altyapıya Dayalı İçsel Büyüme Teorileri	59
2.7.4.3. AK Modeline Dayalı İçsel Büyüme Teorileri	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	63
3.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	63
3.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri’nde Karşılaşılan Sorunlar	63
3.1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sunum Yöntemleri.....	65
3.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Finansman Yöntemleri	67
3.1.4.1. Doğrudan Finansman Yöntemi	68
3.1.4.2. Dolaylı Finansman Yöntemi	68
3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerin Yıllara Göre Gelişimi.....	70
3.2.1. 1923-1945 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	70
3.2.2. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	71
3.2.3. 1961-1980 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	73
3.2.4. 1981-1990 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	74
3.2.5. 1991-2000 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	75
3.2.6. 2001-2018 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	76
3.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	79
3.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	81
3.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları	82
3.3.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları	83
3.3.1.3. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları	85
3.3.1.4. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) Sağlık Harcamaları.....	86
3.3.1.5. Belediyelerin Sağlık Harcamaları	87
3.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları	87
3.4. Türkiye’deki Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi....	88
3.4.1. Türkiye’nin Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması	88
3.4.2. Türkiye’nin Yıllara Göre Hastane ve Müracaat Sayısı	89
3.4.3. Türkiye’nin Yıllara Göre Sağlık Personellerinin Sayısı ve Hekim Sayısının Değerlendirilmesi	91
3.4.4. Türkiye’nin Yıllara Göre Hastane Yatağı Sayısı	95
3.4.5. Türkiye’nin Yıllara Göre Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi ve Kaba Ölüm Hızı	96

3.4.6. Türkiye'nin Yıllara Göre Ambulans Sayısı ve Türleri	99
--	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ

4.1. Literatür	101
4.1.1. Türkiye Dışında Sağlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar	101
4.1.2. Türkiye'de Sağlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar	103
4.2. Veri ve Değişkenler	108
4.3. Metodoloji	109
4.3.1. Birim Kök Testleri.....	109
4.3.1.1. Augmented Dickey Fuller (ADF) Birim Kök Testi.....	109
4.3.1.2. Philips-Perron (PP) Birim Kök Testi	110
4.3.2. Granger Nedensellik Testi	111
4.3.3. ARDL (Otoregresif Dağıtılmış Gecikme Modeli) Sınır Testi Eş Bütünleşme Yaklaşımı.....	112
4.4. Bulgular.....	113
4.4.1. ADF ve PP Birim Kök Test Sonuçları	115
4.4.2. Granger Nedensellik Test Sonuçları.....	119
4.4.3. ARDL Sınır Testi Sonuçları	121
4.4.3.1. KBDGSYİH ve KBDSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu	121
4.4.3.2. GSYİH ve TSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu.....	123
4.4.3.3. GSYİH ve CSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu.....	124
4.4.3.4. GSYİH ve GİG Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu	126
SONUÇ	129
KAYNAKÇA.....	132

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Malthus'un nüfus ve gıda artışıındaki bağlantısı	29
Tablo 3.1. 1923-1945 Yılları Arasında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları	71
Tablo 3.2. 1946-1960 Yılları Arasında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları	73
Tablo 3.3. Türkiye'de Yapılan Sağlık Harcamaları ve Karşılama Oranları	80
Tablo 3.4. Türkiye'de Yapılan Sağlık Yatırım Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	81
Tablo 3.5. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Hizmet Sunumu Finansmanı (2016) (Milyon TL).....	83
Tablo 3.6. Sosyal Güvenlik Reformu Öncesi Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumlardan Yararlananlar	84
Tablo 3.7. 1999-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH'ye Oranı.....	89
Tablo 3.8. Toplam Sağlık Kurumu Sayısı.....	90
Tablo 3.9. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı	90
Tablo 3.10. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı	91
Tablo 3.11. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler	91
Tablo 3.12. 2009-2017 Yılları Arası Hekim Sayısının Değerlendirilmesi	92
Tablo 3.13. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Sayısının Dağılımı, (%).....	93
Tablo 3.14. Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı.....	95
Tablo 3.15. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı.....	95
Tablo 3.16. Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı	99
Tablo 3.17. Özellikle Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2017	99
Tablo 4.1. Testte Kullanılan Değişkenler	108
Tablo 4.2. KBDGSYİH ve KBDSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	114
Tablo 4.3. GSYİH ve TSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri	114
Tablo 4.4. GSYİH ve CSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	115
Tablo 4.5. GSYİH ve GİG'nin Tanımlayıcı İstatistikleri	115
Tablo 4.6. KBDGSYİH ve KBDSH'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları	116
Tablo 4.7. GSYİH ve TSH'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları.....	117
Tablo 4.8. GSYİH ve CSH'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları	118
Tablo 4.9. GSYİH ve GİG'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları	119

Tablo 4.10. KBDGSYİH ve KBDSH Nedensellik Testi Sonuçları	119
Tablo 4.11. GSYİH ve TSH Nedensellik Testi Sonuçları	120
Tablo 4.12. GSYİH ve CSH Nedensellik Testi Sonuçları	120
Tablo 4.13. GSYİH ve GİG Nedensellik Testi Sonuçları	121
Tablo 4.14. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi	122
Tablo 4.15. ARDL (1,0) Modeli Uzun Dönem Katsayıları	122
Tablo 4.16. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi	123
Tablo 4.17. ARDL (1,0) Modeli Uzun Dönem Katsayıları	124
Tablo 4.18. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi	125
Tablo 4.19. ARDL (4,3) Modeli Uzun Dönem Katsayıları	126
Tablo 4.20. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi	127
Tablo 4.21. ARDL (4,1) Modeli Uzun Dönem Katsayıları	128

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Temel Solow Büyüme Modeli	48
Şekil 3.1. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler	93
Şekil 3.2. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016	94
Şekil 3.3. Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	96
Şekil 3.4. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırılması	97
Şekil 3.5. Yıllara Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı, Tüm Sektörler, (‰).....	98



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ADF	: Augmented Dickey Fuller (Genişletilmiş Dickey Fuller)
AIC	: Akaike Bilgi Kriteri
ARDL	: Otoregresif Dağıtılmış Gecikme Modeli
Ar-Ge	: Araştırma ve Geliştirme
CSH	: Cari Sağlık Harcamaları
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	: Dünya Ticaret Örgütü
GATS	: Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
ĞİG	: Genel İlaç Giderleri
GSMH	: Gayrisafi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
KBDGSYİH	: Kişi Başına Düşen Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
KBDSH	: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
LM	: Lagrange Çarpanları
OECD	: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
PP	: Philips Perron
Prob.	: Probability (olasılık)
RGSYİH	: Reel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SIC	: Schwarz Bilgi Kriteri
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları

TÜİK : Türkiye İstatistik Enstitüsü
UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VAR : Vektör Otoregresif
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
yy. : Yüzyıl



GİRİŞ

Teknoloji ve ekonomideki değişikliklerin çok hızlı gerçekleştiği günümüz yaşantısında, ülke ekonomileri üzerinde sağlık sektörünün ve bu sektör ile ilgili harcamaların önemli bir yeri vardır. Sağlık sektörüne yapılan yatırımlar esasında insana yapıldığı için, bu yatırımların karşılığı beşerî sermayenin güçlenmesidir.

Beşeri sermaye, bireylerce hayat boyu kazanılan bilgi, beceri ve tecrübelerin tamamı şeklinde tanımlanabilir. Ancak, kavramın kapsamı geniş düşünüldüğünde beşeri sermaye, hem toplumu meydana getiren bireylerce üretimle alakalı süreçte kazanılan bilgi, beceri, tecrübe, özveri, davranış ve değer yargılarının ulaştığı seviye; hem de sahip olunan fiziksel ve ruhsal sağlık veya dayanıklılık anlamına gelmektedir. Sağlıklı olan, yaşamlarını sağlıklı sürdüren bireyler, ekonomik ve sosyal açıdan verimli olmaktadırlar. Beşeri sermayenin verimliliğini artırmak açısından bakıldığında, sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaçlayan her harcamanın aslında ekonomik kalkınma ve gelişme hızını artırmayı amaçladığını veya buna neden olduğu söylenebilir.

Diğer sektörlerle de ilişkili olan sağlık sektöründeki harcamalar arttığı zaman ekonomik büyümeye de etkileri olmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüksek oluşu, ülkelerin gelişmişliği ve refah düzeylerinin belirlenmesinde önemli ölçütlerdendir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve sağlık hizmetlerinde finansmanın verimliliği artıracak şekilde gerçekleştirilmesi ve bunları yaparken kişi başına düşen gelir, ülkenin demografik özellikleri, teknolojik gelişmeler ve toplumun sosyal ve kültürel yapısının göz önünde bulundurulması oldukça önemli hususlar olup, şüphesiz bunların ekonomik büyümeye pozitif etkileri olmaktadır.

20. yy. ın son çeyreğinden beri ülke ekonomilerinin büyüme ve gelişiminde sağlık harcamalarının etkisi sürekli artmaktadır. Sağlığın ülke bütçelerindeki payı ile birlikte bu sektörde yetişmiş insan gücü ve istihdam sayısı da hızlı artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaş ortalamasının yüksek oluşu, bu ülkelerdeki sağlık harcamalarının yüksek olma nedenlerinden biridir. Ancak gelişmiş ülkelerde beşeri sermaye verimliliğinin yüksek oluşu, ekonomik büyüme ve kalkınmanın sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır.

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadırdır. Çalışmada Türkiye'nin sağlık göstergeleri ile ekonomik büyümesi arasındaki ilişkinin varlığı ve yönü tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık hizmetlerinin tanımı ve sınıflandırması yapılmış, sağlık hizmetlerinde etkinliğin hangi göstergelerle ölçüldüğü, finansman sistemlerinin neler olduğu açıklanmış ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin neler olduğundan bahsedilmiştir.

İkinci bölümde; ekonomik büyüme kavramının tanımı yapılarak özellikleri, belirleyicileri, eşitleri, etkileri ve nasıl ölçüldüğü açıklanmış ve ekonomik büyümeye ilişkin klasik, Keynesyen, Neo-klasik ve içsel büyüme teorileri incelenmiştir.

nc bölümde Türkiye'nin sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından genel durumu irdelenmiş ve dördüncü bölümde Türkiye'nin GSYİH, kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcamaları, genel ilaç giderleri, toplam sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları gibi göstergeleri test edilerek sağlık sektörünün ekonomik büyümeye üzerindeki etkileri incelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri; sağlığı korumak, hastalıkların oluşumunu engellemek, hastalanan kişilere mümkün olduğunca erken tanı koyarak tedavilerini sağlamak, sakatlıkları engellemek ve kişilerin daha iyi, mutlu ve sağlıklı bir hayat sürmeleri için gerçekleştirilen hizmetlerin tamamıdır (Pala, 2008: 18-19).

Sağlık hizmetleri, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2'nci maddesinde; *“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.”* şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin birçok özelliği bulunmaktadır. Bu özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfidir.
- Bir sağlık hizmetinin yerine bir başka sağlık hizmeti kullanılamaz; yani ikamesi söz konusu değildir.
- Sağlık hizmetlerinin kullanımı ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin boyutunu ve içeriğini hizmetlerden yararlanacak bireyler için doktorlar belirlemektedir.
- Sağlık hizmetlerini tüketen bireylerin davranışları irrasyoneldir.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlamış olduğu fayda ve niceliği önceden tespit etmek zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsal nitelik ve kamu malı olma özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanacak bireylerin elde edeceği çıktı paraya çevrilemez.
- Sağlık hizmetlerinin garantisi bulunmamaktadır.

- Sağlık hizmetlerinden yaralanacak olan bireyler bu hizmetleri önceden test edemez.
- Sağlık hizmetlerindeki eksiklikler toplumsal sorunlara sebep olmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri daha önceleri dünyanın birçok yerinde yalnızca hastalıkların tedavi edilmesi biçiminde algılanmış ve bu nedenden dolayı tedavi hizmetlerine yönelik artışlar söz konusu olmuştur. Lakin zaman ilerledikçe hastalık veya bireylerin sağlığını bozan etkenlerin öğrenilmesi ile çevre sağlığı, kişisel hijyen vb. konular giderek önem teşkil etmeye başlamıştır. Bu ilerlemeler sonucunda sağlık hizmetleri gün geçtikçe daha farklı biçimde algılanmaya başlanmıştır (Akdur, 1998: 12). Bu algılama sonucu değişen ve gelişen sağlık hizmetlerini dört grupta toplamak mümkündür.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin hastalık ya da sakatlık durumlarının söz konusu olmadan, bu durumlara karşı önceden verilen bir mücadele şeklidir. Bu sebepten dolayı koruyucu sağlık hizmetleri devlet aracılığı ile verilmesi zorunludur. Bu hizmetlerin amacı toplumdaki hastalık oluşum riskini en aza indirmek ve bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın daha sağlıklı bir toplum oluşturmak için hizmetlerin sunulmasıdır (Tengilimoğlu vd., 2009: 44). Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 47):

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha etkin ve ucuzdur.
- Sunumunda çok fazla çalışana ve araç-gerece gerek yoktur.
- Bireylere uygulanması daha kolaydır.
- Koruyucu sağlık hizmetini sunmakta görevli çalışanın niteliğinin çok iyi olması şart değildir.
- Kullanılan teknoloji anlaşılması kolay ve ucuzdur.
- Hastanelerdeki hasta yoğunluğunu azaltmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık evi, sağlık ocağı, laboratuvarlar, işyerlerindeki sağlık odaları ve çevre sağlık birimleri aracılığı ile sunulmaktadır. Temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

1) **Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Bireylerin üzerinde olumsuz etki yaratan sosyolojik, biyolojik, ekonomik ve fiziksel çevre koşullarının en aza indirilmesine yönelik yapılan davranışların tamamı çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında girmektedir. Bu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri alanında eğitim almış kimyager, mühendis, veteriner vb. meslek erbapları aracılığı ile yürütülür (Tengilimoğlu vd., 2009: 44). Bu hizmetlerin bir kısmı şunlardır (Sözen ve Özdevecioğlu,1999:2):

- Su kaynaklarının temin edilmesi ve kontrolü,
- Katı atıkların kontrolü,
- Zararlı canlılara yönelik müdahaleler,
- Hava kirliliği kontrolü,
- Gürültü kirliliği kontrolü,
- İş, konut, endüstri sağlığı,
- Radyolojik zararlılara yönelik kontrol.

2) **Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Bireyleri ve dolayısı ile toplumu hastalıklara karşı dirençli ve güçlü olmayı, hastalıklara yakalanması durumunda ise erken evrede tanı konularak hastalığı en az yan etki veya hiçbir yan etki bırakmadan tedavi etmeyi amaçlayan hizmetlere kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir. Bu sağlık hizmetlerinden bazıları şunlardır (Tengilimoğlu vd., 2009: 46):

- Bireyler için erken tanı ve uygun tedavi,
- İlaçlar yardımı ile koruma,
- Aşılama,
- Kişisel hijyen.
- Bireylere yönelik sağlıkla ilgili eğitimler,
- Anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması,

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığını kaybeden bireylerin, önceki sağlık düzeylerine ulaşması için verilen hizmetlere denilmektedir. Bu sağlık hizmetleri doktor kontrolü altında, diğer sağlık personelleri ile gerçekleştirilmektedir (Kısa, 2002: 31).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli fark bireye yönelik uygulanmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Tengilimoğlu vd., 2009: 47):

- **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Bireylerin hastalıklarının evde veya ayakta teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi için sunulan hizmetleri içermektedir (Tokay, 2000: 12). Türkiye’de “Sağlıkta Dönüşüm Programı” 2003 yılında uygulamaya konulmuş ve bu program çerçevesinde birinci basamak tedavi hizmetinde aile hekimliği sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu şekilde bireye birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlerde “tek pencere” sistemiyle yaklaşılarak sorumluluğunun üstlenilmesi hedeflenmiştir. Bu ilkeler doğrultusunda bireylere birinci basamak tedavi hizmetlerini hangi doktorun vereceğini seçme hakkı tanınmıştır (Akdağ, 2008: 143).

Türkiye’de birinci basamak tedavi hizmetlerini “Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları” ve “Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları” vermektedir. Bunlar Sağlık Bakanlığı’nın genelge ve tebliğlerinde; “*Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu; kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, birinci basamak resmi sağlık kuruluşları olarak kabul edilir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşu ise; Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, birinci basamak özel sağlık kuruluşları olarak kabul edilir.*” şeklinde tanımlanmıştır (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 23.10.2008).

- **İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Çok fazla tıbbi bilgi ve teknolojiye gerek duyulmadan bireylerin hastalıklarının teşhis edilmesi ve yatırılarak tedavi edilmesi için sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2009: 48). Türkiye’de ikinci basamak tedavi hizmetlerini “İkinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları”

ve “İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları” vermektedir. Bunlar Sağlık Bakanlığı’nın genelge ve tebliğlerinde; *“İkinci basamak resmi sağlık kurumu; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, ikinci basamak resmi sağlık kurumu olarak kabul edilir. İkinci basamak özel sağlık kurumu ise, Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ikinci basamak özel sağlık kurumları olarak kabul edilir.”* şeklinde tanımlanmaktadır (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 23.10.2008).

- **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:** Eğitim hastaneleri aracılığı ile verilen, ileri düzey bilgi ve yoğun teknoloji kapsayan ve ileri derecede tetkik ve kişiye özel tedavi gerektiren hizmetlere denilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 48). Türkiye’de üçüncü basamak tedavi hizmetlerini “Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları” vermekte olup, bunlar Sağlık Bakanlığı’nın genelge ve tebliğlerinde; *“Üçüncü basamak sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumu olarak kabul edilir.”* şeklinde tanımlanmaktadır (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 23.10.2008).

1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bireylerin hastalık ve kaza neticesinde kaybetmiş olduğu bedensel ve zihinsel yeteneklerini yeniden elde etmesine yönelik verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler bir bütünlük içerisinde tıbbi, sosyal, mesleki ve eğitsel faaliyetler vasıtası ile kaza ve hastalık nedeniyle sakatlanan bireylere bedensel ve zihinsel becerilerini en yüksek

düzyeyde kazandırmayı hedeflemektedir. Rehabilitasyon hizmetleri kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, 2009: 48):

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bireylerin bedenlerindeki kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların giderilmesi, yaşam standartlarının yükseltilmesi amacı ile sunulan hizmetleri kapsamaktadır.
- **Sosyal Rehabilitasyon:** Sakatlığı ve engeli olan bireylerin yaşamlarını aktif olarak sağlayabilmesi, bir başkasına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilmesi amacı ile sunulan, bireylerin işe uyum sağlaması, yeni bir iş bulması veya öğrenmeleri için öğretme işlemlerini içermektedir (Hayran, 1997: 18).

1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi sözcüğü ilk kez Henry E. Sigerist tarafından sağlığın dört temel görevinin açıklanması esnasında kullanılmıştır. Bu dört temel görev aşağıdaki gibidir (Terris, 1992: 268):

- Sağlık koşullarının geliştirilmesi,
- Hastalıkların önlenmesi,
- Hasta olan bireyin iyileştirilmesi,
- Rehabilitasyondur.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı olan bireylerin sağlık durumlarını bir üst seviyeye yükseltmek amacı ile sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerde asıl sorumluluk kişinin kendisindedir (Kısa, 2002: 37).

1.3. Sağlık Hizmetlerini Arttıran Etkenler

Sağlık hizmetleri; bireylerin sağlık düzeylerinin bozulmasını engelleyerek sağlıklarını korumak ve hasta olan bireylere erken tanı koyarak tedavi işlemlerini gerçekleştiren, bireylerin kendilerini iyi ve sağlıklı hissetmeleri için sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Bireylerin sağlık düzeylerinde herhangi bir olumsuz değişimin meydana gelmemesi için yıllar itibarıyla sağlık hizmetlerinde de artış meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerini arttıran birtakım faktörler aşağıdaki gibi belirtilebilir:

- Sağlık ve nüfus artışıındaki değişimler paralel olarak gelişmektedir. Toplumdaki bireylerin mevcut sağlık düzeylerinin nüfus artışlarındaki değişime paralel olarak koruna bilmesi için sağlık hizmetlerinin artması gerekmektedir. Bu durumda sağlık harcamalarında da artış meydana gelmektedir.
- Bireylerin beslenme alışkanlıklarının sağlık düzeyleri üzerinde etkileri söz konusudur. Beslenme bozukluğu sebebiyle ciddi hastalıklar meydana gelmektedir. Bireylerin topluma yeniden kazandırılması ve sağlık düzeylerinin eski haline tekrardan getirile bilmesi için sağlık hizmetleri artmaktadır.
- Sağlık hizmetlerini arttıran etkenlerden biride çevre unsurudur. Şehirlerde yaşayan bireylerin sanayileşme ile birlikte ortaya çıkan çevre, su, hava ve gürültü kirliliği ile sağlık durumlarında bozulmalar söz konusu olmaktadır. Sağlık durumlarındaki bozulmaları tedavi etmek için ise sağlık hizmetlerinde bir artış olmaktadır.

1.4. Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Göstergeleri

Sağlık hizmetleri ile ilgili kıyaslamaların yapılabilmesi için bazı göstergeler söz konusudur. Bu göstergeler demografik göstergeler, ekonomik göstergeler ve hastane göstergeleri olmak üzere üç başlıkta incelenmektedir (Üçdoğruk, 1996: 102).

1.4.1. Demografik Göstergeler

Nüfus ve yaşam göstergeleri, demografik göstergeler olarak ele alınabilir ve bu göstergeler bir ülkenin sağlık politikalarının etkinliğinin belirlenmesinde ve gelecekteki etkinliğinin yönlendirilmesinde önemli unsurlardır. Bir ülkenin nüfus ve yaşam düzeyleri ekonomik koşullara bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bu yönde bakılırsa, gelişmiş olan ülkelerde birçok hastalık engellenebiliyor olmasına rağmen nüfus artış oranlarını belirli bir seviyede tutmak isterken, gelişmekte olan ülkeler nüfus artış oranlarını gelişmiş olan ülkeler ile aynı düzeye getirmeye çaba göstermektedir. Çünkü bireylerin yaşam düzeyleri ile kişi başına düşen gelir arasında bir ilişki söz konusudur. Kişi başına düşen gelir arttıkça bireylerin yaşam düzeyleri de artış göstermektedir. Bu sebeple, ülkeler nüfus ve yaşam göstergeleri ile uygulanan sağlık politikalarının işlerliğini görmek, geleceğe yönelik düzenlemeler yapmak ve sağlık

harcamalarını nüfus artış oranı ile uyumlu bir şekilde yapmak istemektedir (Karabulut, 1998: 23).

1.4.2. Ekonomik Göstergeler

Bir ülkenin sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeleri arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Çünkü sağlıklı bireylerden oluşan bir topluma sahip olabilmek için ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla yer ayırmalıdır. Buda ülkelerin güçlü bir ekonomiye sahip olması ile mümkündür (Karabulut, 1998: 23).

Ekonomisi güçlü olan ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla yer verebilecektir. Örneğin, gelişmiş ülkelerde bireylerin ortalama ömrü az gelişmiş ülkelerde yaşayan bireylerin ortalama ömründen 22 yıl daha fazladır. Bu durumun en önemli sebebi güçlü bir ekonomi ve iyi planlanmış sağlık politikalarıdır (Griffin, 1991: 45). Ülkelerin sağlık hizmetlerine vermiş olduğu önem kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarına vermiş oldukları yer ile gözlemlenebilir.

Sağlıkla ilgili ekonomik göstergeler, genel sağlık sigortasının sosyoekonomik açıdan değerlendirilebilmesi ve sağlık harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki payının toplumun refah düzeyiyle bağlantısını tespit etmek gibi amaçlara hizmet etmektedir (Üçdoğruk, 1996: 103).

1.4.3. Hastane Göstergeleri

Hastaneler yatarak tedavi hizmetlerinin sunulduğu yerlerdir. Sağlık planıcuları hastanelerin teknik yenilikler, maliyet-hasıla analizi, etkinliğin ölçülmesi gibi konularda hastanelerden toplanan verilerden faydalanmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinde etkinliğin ölçülmesi açısından bölgedeki özel hastane ve kamu hastaneleri sayıları, hastanelerdeki personel sayıları, personel başına düşen hasta sayıları; tedavi maliyeti, süresi ve başarı oranları; hastanelerin sahip olduğu tıbbi ekipmanlar, kullandıkları teknolojiler, tedavi yöntemleri gibi veriler önem teşkil etmektedir.

Ayrıca sağlıkta yüksek maliyetlerin nedeninin doğru tespiti açısından da hastane verileri en temel kaynaktır. Sağlık sektöründe gelişen teknoloji hastanelerde yaygın olarak kullanılmakta ve bu durum maliyetlerin hızlı bir şekilde artmasına neden

olmaktadır (Holfman, 1996: 497-507). Ancak maliyet artışının değerlendirilmesinde fayda maliyet analizi yapılarak değerlendirmede bulunmak daha doğru sonuçlar verecektir.

Hastane verileri sağlıklı insan gücü planlanması açısından da önem arz etmektedir. İhtiyaç duyulan ve nüfus artış hızına göre gelecekte ihtiyaç duyulacağı öngörülen personel sayılarının tespiti eğitim planlaması içinde kaynak olmaktadır.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık sektörü için makro seviyede finansman, sunulan sağlık hizmetleriyle alakalı harcamaların karşılanacağı kaynakların neler olduğuna, kaynakların nasıl kullanılacağına ve sağlık yatırımlarına yeterli seviyede, miktarda, zamanında ve en etkin şekilde kaynak yönlendirilmesiyle ilgili ilkeleri içermektedir. Mikro seviyede finansman ise, bütün seviyelerdeki sağlık işletmelerinde sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için gerekli fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara dönüştürülmesi ve elde edilen gelir ya da karların dağılımıyla alakalı işlemleri içeren fonksiyonlardır (DPT, 2001: 44).

Sağlık hizmetlerinin finansmanının ana teması, kaç liraya ihtiyaç duyulduğu, ihtiyaç duyulan bu paranın kimler tarafından ödeneceği, hangi hizmetler için harcanacağını ve kimler tarafından kontrol edileceği ile ilgilidir (Uz, 1998: 91).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında tercih edilen yöntemler sağlık hizmetlerinin performansını, verimliliğini ve bu hizmetlere erişimi üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri bulunmaktadır (Tatar, 2006: 4).

1.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Özellikleri

İyi bir finansman sisteminin şu özellikleri taşıması gerekmektedir (Balbay, 1997: 45):

- Sağlık finansman sistemi bireyleri ödeme eksikliği sebebiyle sağlık hizmetlerinden yoksun bırakmamalıdır.
- Bireyler önceden belirlenemeyen bir hastalık veya kazanın sebep olduğu sağlık harcamalarının karşılarken finansal yetersizlik ile karşılaşmamalıdır.

- Sağlık hizmetleri finansman sistemi, kaynak kullanımında etkinliği sağlamalı ve hastalar maliyeti yüksek hastane hizmetleri yerine düşük maliyetli ayakta sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelidirler.
- Doktorlar, hastaların sigortalarının olması sebebiyle vizite ücretlerini yükseltmemeli ve gereksiz hizmet üretimine sebep olmamalıdır.
- Sağlık hizmetleri finansman sistemi; karmaşık ve yüksek maliyetli işlemleri gerektirmemeli veya kaynakların etkin kullanımını engelleyecek kararlara dayandırılmamalıdır.
- Finansman sistemi doktorlar, bütün sağlık birimleri ile toplumun geneli tarafından kabul edilebilir düzeyde olmalıdır.

1.6. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Ekonomi ve sağlık terimleri yaklaşık olarak son 40 yıldır beraber kullanılmaktadır. Devlet bütçesinde ve toplam harcamalardaki sağlık harcamalarının payının artmasından dolayı sağlığın finansmanı konusuna olan ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Aynı zamanda araştırmacılar için Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içerisinde sağlık harcamalarının önemli bir yer tutmasıyla birlikte sağlık harcamalarının etkin ve adaletli bir şekilde dağılımı da bu konuya olan ilgiyi artırmıştır (Tekin, 2007: 36).

Bir ülke sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ve güçlü bir ekonomiye sahip ise o ülke sağlıklı bir topluma sahip olabilir. Bununla beraber, sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için sağlık hizmetleri toplumun ihtiyaçları göz önünde bulundurarak sunulmalıdır. Sunulan bu sağlık hizmetlerini karşılayabilmek için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları kapsamında yer almaktadır (Akın, 2007: 29).

Ülkelerin sağlık sektörüne ait yapılan harcamaları bilmesi, hem sağlık sektörü için ayrılan kaynakların bilinmesi hem de ülkeler ve sektörler arasında karşılaştırma yapılabilmesi bakımından önem arz etmektedir. Ülkeler gelişmiş ya da gelişmekte olma kriteri bakımından değerlendirilirken, yapılan sağlık harcamaları sonucunda elde edilen çıktılar göz önüne alınır (Balsak, 2004: 102).

Sağlık harcamalarının bir ülkedeki iktisadi olayları doğrudan etkilediği varsayılır. Sağlık harcamaları sadece bir tüketim harcaması değil aynı zamanda bir yatırım

harcamasıdır. Sağlık harcamalarının eksikliği dolayısıyla oluşacak olumsuzlukları gidermek kolay olmamaktadır (Gülcan, 2008: 24).

Sağlık alanında gerçekleştirilen araştırmalarda hangi harcamaların sağlık harcaması olarak belirleneceği, karşılaşılan en önemli problemlerden biridir. Son dönemlerde hızla artan saç ektirme, yağ aldırma vb. tıbbi bakım ve kozmetik harcamaları ile birlikte tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen harcamaların her birinin sağlık harcamaları konusuna katılıp katılmayacağı tartışma konusu olmaktadır (Tokalaş, 2006, 25).

Kamu harcamalarının büyük bir bölümünü sağlık harcamaları teşkil etmekte ve dünyanın her yerinde sağlık harcamaları hızlı bir biçimde artış göstermektedir. Bu sebeple yapılan sağlık harcamalarının sebeplerinin bulunması önem arz etmektedir (Karagöz, 2015: 23).

1.6.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arttıkça GSMH içerisindeki payları da yükselmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları üzerinde etki yapan faktörler ortaktır (Karagöz, 2015: 23-24). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler aşağıda başlıklar halinde özetlenmiştir.

1.6.1.1. Kişi Başına Düşen Gelir

Bireyler ülkelerin üretim ve gelirlerindeki yükselmeye birlikte yaşamlarını daha rahat devam ettirmelerini sağlayacak hizmetleri talep edeceklerdir. Bireylerin temel ihtiyaçlarının devlet veya başka kuruluşlar aracılığıyla güvence altına alınmasından dolayı insanlar bu ihtiyaçları dışındaki mal ve hizmetlere yönelmektedir. Kişinin sağlıklı ve eğitilmiş olması yaşamdan daha çok zevk almasını, uzun ve rahat bir yaşam sürmesini etkilemektedir. Böylelikle gelirden meydana gelen bir yükseliş bireylerin daha kaliteli bir yaşam standarttı sürmesi için sağlık hizmetlerine olan talepte bir artış meydana getirmektedir (Şin, 1999: 24). Başka bir deyişle kişi başına düşen gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Toplum içerisindeki bireylerin gelirlerinde meydana gelen artışla iyi bir yaşam koşullarını sağlamak isteyen bireyler daha kaliteli bir hizmet talep ederler. Böylece

bireylerin gelirlerindeki artışla birlikte özel sağlık hizmetlerinde bir artış söz konusu olmakta ve bu artış sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Yapılan sağlık harcamaları toplum hayatının her aşamasında kullanıldığından sağlık sektörü için gerçekleştirilen harcamalarda bir engelleme söz konusu olmamaktadır (Görgün, 1993: 74).

Yani kişi başına düşen gelirin artmasıyla birlikte bireyler daha kaliteli bir yaşam standardı sürmeyi arzu edecek ve sağlık koşullarının daha iyi olması için sağlık hizmetlerinden faydalanacaklardır. Bu durumda sağlık harcamalarının artmasına neden olacaktır.

1.6.1.2. Nüfusun Yaş Ortalaması

Sağlık harcamalarını etkileyen bir diğer faktör nüfus yapısındaki değişimlerdir. Özellikle dünya nüfusu göz önüne alındığında, gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusu giderek artmakta ve bu durum sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Balsak, 2004: 112). Yaş ortalaması yükseldikçe sağlık harcamalarının ülkenin mili hasılasından aldığı pay artmaktadır. Yani, nüfusun yaş ortalaması ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Yaşlı nüfustaki artışın sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir etkisi söz konusudur. Bu durum sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçta arttırıcı bir etki yaratmaktadır. 20 ve altındaki yaş gruplarının sağlık hizmetlerine olan kullanım ihtiyacı, 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki bireylerin kullanım ihtiyacına göre daha azdır. Gelişmiş ülkelerde toplam nüfusun yaklaşık olarak %25'ini 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmakta ve bu ülkelerdeki yapılan sağlık harcamalarının yarısı yaşlı nüfus için gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gelecek yüzyıllarda rastlayacağı en önemli sorunların başında; hızlı nüfus artışı ve sağlık alanlarındaki gelişmeler neticesinde yaşam süreci uzayan genç yaştaki bireylerin ölüm sayılarının azalması sonucunda yaşlı nüfusta artacaktır (Bolat, 1997: 98).

1.6.1.3. Eğitim Düzeyi

Eğitim ile sağlık bir ülkenin dinamizmini gösteren temel yapıtaşlarındandır. Şüphesiz bu iki unsur, ülkelerin kalkınma düzeyi açısından da önemli göstergelerdir ve birbirlerini besleyen bileşenlerdir. Eğitim, sağlıklı bireyleri beraberinde getirmektedir.

Bununla birlikte, sağlıklı bireyler de daha fazla eğitim alabilme imkânına sahiplerdir (Webber, 2002: 1635; Stacey, 1998: 56). Yani eğitim ile sağlık arasında pozitif dışsallık ilişkisi bulunmaktadır

Bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi ve sağlık alanında bilinçlenmesi ile beraber sağlık harcamalarında artış meydana gelebilmektedir. Aynı şekilde bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi sağlıklarına daha çok dikkat etmelerine ve sağlık harcamalarının azalmasına da neden olabilmektedir.

Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, sağlık hizmetleri beklentileri de artacak ve yaşam konforunu artırmak için sağlık hizmetlerine daha sık başvuracaklardır. Bu durum sağlık harcamalarında artışa neden olabilecektir. Ancak, hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda daha bilinçli bireyler ihmalkâr davranışlar sergilemeyeceklerdir. Bu da tanı ve tedavi konusunda daha düşük maliyetler ortaya çıkaracaktır.

Eğitim düzeyi daha düşük olduğunda ise bireyler önleyici sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda isteksiz olabilecek, bilinçsizce sağlık hizmeti almaktan korkabilecek veya çekinebilecektir. Bu durumda hastalıkların düşük maliyetle önlenmesi yerine, yüksek maliyetle tedavi edilmesi zorunluluğuna sebep olabilecektir. Benzer şekilde bilinçsizce hareket edilmesi, daha büyük sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilecektir. Örneğin; bilinçsiz bir şekilde, doktora başvurmadan antibiyotik ilaçlar kullanılması sonucunda sindirim sistemi ve organlar zarar görebilmekte, buda daha büyük sağlık sorunlarına ve sağlık harcamalarına neden olabilmektedir.

1.6.1.4. Teknolojik Gelişmeler

Bireylerin yaşam standartlarını daha iyi hale getirebilmek için sunulan sağlık hizmetleri, yüksek maliyetli teknolojik altyapı ve aletler ile yerine getirilebilmektedir (Tokalaş, 2006: 29).

Teknolojik gelişmelerin yüksek maliyetli, uzun süren araştırma ve çalışmalara dayanması harcamaları arttırmaktadır. Artan harcamalar aynı zamanda sağlık harcamalarında da bir yükselişe sebep olmaktadır. Buna ek olarak yapılan araştırma ve çalışmalar sonucunda üretilen makine ve ürünlerin kullanılması için personellerin

yetiştirilmesi ve bu ürünlerin bakım masrafları da harcamaları arttıran bir diğer nedenlerdendir (Mutlu ve Işık, 2005: 216).

1.6.1.5. Şehirleşme

Ekonomik gelişme ve sanayileşme şehirleşme olgusunu meydana getirmektedir. Şehirde yaşayan bireyler ile tarım alanlarında yaşayan bireylerin yaşam şartları arasında farklılıklar söz konusudur. Bu farklılıklara örnek olarak; şehirleşmiş alanlardaki sağlık kurumları ve uzmanlaşmış personel sayısı daha fazla iken tarım alanlarında bu sayı daha azdır. Ayrıca tıbbi ekipmanların sayısı ve niteliği de buna paraleldir. Bu durum eğitim, ulaşım ve benzeri alanlarda benzer şekilde örneklendirilebilir (Mutlu ve Işık, 2005: 214).

Şehirleşme beraberinde göç artışını da meydana getirmektedir. Bu göç artışı ülke içerisinde olabileceği gibi ülkeler arasında da olması mümkündür. Göçün meydana geldiği bir durumda yeni gelen bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanmaya ihtiyaç duyacak ve böylece gerekli teknolojik alt yapı, personel ve aletler için sağlık harcamalarında artış söz konusu olacaktır (Mutlu ve Işık, 2005: 214).

1.6.1.6. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

İnsanoğlu tüketim çağında yaşıyor olması sebebiyle mevcut bütün her şeyi kısa zamanda tüketmekte ve bu tüketilen şeylerin yerine yenileri gelmektedir. Tüketim çağından sosyal değer yargıları da etkilenmekte ve bu değer yargıları değişime uğramaktadır. Örneğin; daha önceden kabul edilen değer yargıları ve fikirlerin günümüz koşullarında yerini yenileri almıştır. Bu durum sağlık harcamalarında da geçerlidir ve bu yüzden geçmişte kabul edilen sağlık harcamaları ile ilgili görüşler günümüzde yerini yeni görüşlere bırakmıştır. Mesela geçmişte lüks olarak nitelendirilen bir teşhis yöntemi şu anda gerekli bir yöntem olarak nitelendirilebilir (Işık, 1998: 79).

İnsan sağlığının söz konusu olması durumunda basit sağlık sorunlarının nedenleri incelenirken toplumun sağlık hakkındaki endişelerinden dolayı en pahalı teşhis yöntemleri tercih edilebilmektedir. Bununla birlikte toplumdaki bireylerin eğitim düzeyinin artmasından dolayı bireyler daha bilinçli duruma gelmiş ve bu durum yaşam endişesinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bireylerin yaşam biçimlerinin değişmesiyle birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları sağlık harcamalarında artışa neden

olan etkenlerdendir. Örneğin; bireyler arasındaki alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanımının artması sağlık harcamalarında artışlara sebep olmaktadır (Akın, 2007: 33).

1.6.1.7. Sağlık Hizmetlerinde İrrasyonel Davranışların Bulunması

Rasyonel davranış biçimi insanların kendilerine en makul gelen, en fazla faydayı sağlayacakları kararları almalarını gerektirirken, irrasyonel davranış biçiminde insanın duygusal özellikleri baskın gelebilmekte, akla ve mantığa çok uymayan veya aşırılığa kaçan davranış biçimleri ortaya çıkabilmektedir. Olaylar karşısında bireyler, mantıklı ve makul olan kararlar alarak rasyonel davranışlar sergilerken söz konusu sağlık olduğunda irrasyonel davranışlar gösterebilmektedirler.

Bireylerin sağlık hizmetlerinin sunumundaki irrasyonel tutumlarının fazla olması sebebiyle sağlık harcamalarında artış olabilmektedir. Bireyler etrafındaki insanlar veya kendileri hastalandığı zaman, sağlık hizmetleri piyasasında diğer piyasalara göre daha az rasyonel tutumlar sergileyebilmektedir. Sağlık harcamaları konusunda bireyin kendisi ve etrafındakiler için yapamayacağı hiçbir şey yoktur ve bu yüzden bireyler sağlık hizmetlerinde çok fazla bir tüketim yapabilmektedir. Sağlık hakkındaki eksik bilgilerinden dolayı bireyler, aşırı irrasyonel tutumlar gösterebilmektedir. Bu irrasyonel tutumları, sağlık güvencesi olan bireyler daha fazla gösterebilir. Çünkü sağlık güvencesi olan bireyler bu güvenceyi bir hak olarak görüp en basit rahatsızlıklarda bile sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için doktora başvurmaktadır (Bolat, 1997: 106). Benzer şekilde, özel hastanelerin hastalardan daha fazla gelir elde edebilmek için hasta yatış sürelerini daha fazla göstermeleri özel sağlık kuruluşlarının irrasyonel tutumlarına örnek olarak verilebilir. Bu durum hastaneler için gelir kaynağı oluştururken bireylerin ve kamunun sağlık harcamalarında da bir artışa neden olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

EKONOMİK BÜYÜME

2.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı

Teknik olarak bir ülke ekonomisinde üretim olanakları eğrisinin genişlemesine ekonomik büyüme denilmektedir (Filiz, 2010: 6). Bu tanım dışında ekonomik büyüme aşağıdaki şekillerde de tanımlanmaktadır:

Ekonomik büyüme; bir toplumun ekonomisindeki iktisadi faaliyetlerinde oluşan büyüme olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda iktisadi faaliyetlerin toplam değerinde meydana gelen büyüme, nüfus artışından fazla olduğundan dolayı kişi başı hasıladaki gerçekleşen artış ekonomik büyüme olarak tanımlanır (Tezel, 1989: 12).

Ekonomideki üretim kapasitesinin arttırılmasının sonucunda daha fazla mal ve hizmet elde edilmesi ekonomik büyüme olarak ifade edilir (Ertek, 2005: 55).

Bir diğer tanıma göre ekonomik büyüme; bir ülkenin belirli bir zaman diliminde GSYİH'sında veya Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'sında meydana gelen artış olarak tanımlanmıştır (Kaynak, 2015: 2).

Tüm bunlardan yola çıkarak ekonomik büyümeyi; bir ülke ekonomisinin parasal büyüklüğünü oluşturan mal ve hizmetler toplamının belirli bir zaman aralığında pozitif yönlü değişmesi olarak tanımlayabiliriz.

2.2. Ekonomik Büyümenin Özellikleri

Ekonomik büyümenin birtakım özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler içerisinden belirgin olanları şöyle sıralayabiliriz (Acar, 2002: 35-36):

- Ekonomik yapının değişmesi, yatırımların arttırılması ve üretimde artışın sağlanması yalnız uzun dönemde meydana gelmektedir. Bu yüzden ekonomik büyüme uzun döneme dayanmaktadır.
- Yıllar içerisinde GSYİH, milli gelir, safi milli gelir ve ekonomik büyümede ortaya çıkan değişimler rakamlar ile açıklandığından dolayı ekonomik büyüme kantitatif bir olgudur.

- Ekonomik büyüme söz konusu olan bir duruma ek artış iken, fiyat yükselmelerinden dolayı meydana gelen GSYİH'deki artışları açıklamaz. Yani ekonomik büyüme nominal bir artış değil gerçek (reel) artıştır.
- Ekonomik büyüme ile ikame yatırımlar arasında bir bağlantı söz konusu değildir. Örneğin altı katlı bir işletmenin yıkılıp tekrardan yerine altı katlı bir işletmenin yapılması durumunda burada ikame yatırımdan bahsedebiliriz. Yani ekonomik büyüme söz konusu değildir. Fakat yıkılan işletmenin yerine altı kattan daha fazla bir işletme yapılsaydı, buradaki her bir ek kat büyümeyi belirtecekti.
- Ekonomik büyümede meydana gelen bir değişim bireylerin gelirleri üzerinde iyileştirici veya kötüleştirici bir etkisi söz konusu değildir. Örneğin reel GSYİH' da meydana gelen bir artış, bireylerin gelirleri üzerinde de aynı oranda artış yarattığını ifade etmez.
- Ekonomik büyüme ekonominin tamamını kapsadığından dolayı makro bir olgudur.
- Bir ekonomide ekonomik büyüme ile birlikte hareketlilik ve istikrarsızlığın olması doğal bir durumdur. Çünkü ekonomik büyüme dinamik bir yapıdadır. Ekonomide bazı bölümlerde büyüme söz konusu iken diğer bölümlerde gerilemenin yaşanması doğal bir durumdur.

2.3. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri

Bir ülkedeki ekonomik büyümeyi belirleyen birçok unsur bulunmaktadır. Ancak bunları kısaca üç temel başlık altında toplayabiliriz. Çünkü yapılan çeşitli çalışmalar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme ve kalkınmanın belirleyicisi olarak; sermaye birikimleri sayesinde meydana gelen yatırımlar, nüfus ve işgücü artışı ve teknolojik gelişmeler görülmektedir. Bütün bu belirleyiciler arasında tamamlayıcı bir ilişki söz konusudur (Saygılı ve Cihan, 2008: 22-27).

- **Sermaye Birikimi ve Yatırım:** Gelecekteki üretimi ve geliri arttırmak amacıyla var olan gelirin bir kısmının tasarruf edilip yatırım yapılmasına sermaye birikimi denilmektedir. Bir ulusun fiziki sermaye stokunu makineler, yeni kurulan fabrikalar ve araç-gereçler arttırmakta ve bu artış üretim seviyesinin artmasını

etkilemektedir. Bu şekilde artan üretim seviyesine üretken yatırımlar denilmektedir (Berber, 2006: 28).

- **Nüfus ve İşgücü Artışı:** Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerdeki nüfus artış hızı farklı sonuçlar doğurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde meydana gelen nüfus artış hızı ile ekonomik gelişmeler arasında pozitif bir ilişki söz konusudur. Çünkü bu ülkelerde meydana gelen nüfus artışı; gelir artışı, eğitim ve sağlık hizmetlerindeki artış gibi durumlarla ilgilidir. Bunun yanı sıra az gelişmiş ülkelerdeki nüfus artışı ile ekonomik gelişmeler arasında negatif bir ilişki görülmektedir. Bu negatif ilişkinin sebebi ise az gelişmiş ülkelerdeki yüksek doğum oranlarından dolayı artan nüfus ile ölüm oranlarındaki azalmalar, salgın ve bulaşıcı hastalıkların fazla olması, tüketim mallarındaki üretimin eksik kalması, düşük gelir dağılımı ve işsizlik gibi sebeplerdir (Kar ve Taban, 2005: 20-22).

Nüfus artışı ile birlikte işgücünde ortaya çıkan artış, ekonomik büyümeyi etkilemede önemli bir etken olmuştur. Büyüme kaynaklı nüfus artışı iç pazarların gelişmesini sağlarken aynı zamanda nitelikli işgücü sayısının da artmasına olanak tanımıştır (Berber, 2006: 29).

- **Teknoloji Düzeyi:** Kıt kaynaklar ile maksimum üretimin sağlanması ve bu kaynakların kullanımı sonucunda verimliliğin artması ekonomik büyümenin gerçekleşmesi olarak görülmektedir. Bu verimlilikte meydana gelen artış; diğer faktörlerin etkisi sabit iken teknoloji düzeyinin gelişmesi ve etkisinin artması ile olabilir (Kibritçioğlu, 1998: 212).

Teknolojik gelişmeler; işgücü ya da sermaye tasarruf edilerek ve bunların niteliğinde iyileştirmeler yapılarak gerçekleştirilebilmektedir. Dünyada teknolojik ve bilimsel Ar-Ge faaliyetlerinin neredeyse tümünü gelişmiş ülkeler gerçekleştirdiği ve bu Ar-Ge faaliyetlerinin de sermaye üzerinden tasarrufu değil işgücü üzerinden tasarrufu amaçlar nitelikte olması nedeniyle sermaye tasarruf edici bir teknolojik gelişme beklemek olanak dışı bir durumdur (Berber, 2006: 31).

2.4. Ekonomik Büyümenin Çeşitleri

Ekonomik büyümenin birçok çeşidi bulunmaktadır. Bu çeşitleri bir grup halinde bir araya getirmek mümkündür. Bunlar (Özgüven, 1988: 85);

- **Spontane Büyüme:** Devlet tarafından ekonomiye müdahalenin minimum seviyede olduğu ve üretim bileşenlerinin kendiliğinden aktifleşerek belirli bir oranda gerçekleşen büyümedir.
- **Planlı Büyüme:** Bir plan dahilinde kıt kaynakların üretime hangi oranda tahsis edileceği ve üretilecek malların belirlendiği büyüme türüdür.
- **Kapalı Büyüme:** Devletin her alanda ekonomiye müdahale ederek dışa bağımlılığı yok etmek amacıyla dış ticaret ile herhangi bir dış yardım olmadan ülkenin öz kaynaklarıyla ekonomik büyümeyi sağlamasıdır.
- **Açık Büyüme:** Yabancı sermaye için uygun yatırım ortamının sağlanarak ülkenin milli ekonomisinde uluslararası sermayenin daha fazla yer almasıyla büyüme sürecinin hızlandırılmasıdır.
- **Durgun Büyüme:** Kişi başı milli gelir değişmeden ekonominin nüfus artış oranıyla aynı oranda büyümesidir.
- **Üstel Büyüme:** Bir ekonomideki büyümenin her yıl büyüme oranı artarak devam etmesidir. Bu büyüme türü bazı ülkelerde dönemsel olarak gerçekleşse de sürekli olarak bu büyüme türünün gerçekleştiği bir ülke ekonomisine rastlanılmamıştır.
- **Biyolojik Büyüme:** Ekonomik büyümenin biyolojik varlıkların yaşamsal evrelerine benzetildiği büyüme türüdür. Yani, ekonomik büyüme önce hızlı sonra yavaş gerçekleşmekte ve bir yerde durduktan sonra ekonomik daralma başlamaktadır.

2.5. Ekonomik Büyümenin Etkileri

Ekonomik büyümenin sosyal ve ekonomik etkileri söz konusudur. Bunları şu şekilde belirtebiliriz (Acar, 2002: 36-37):

- Ekonomik büyüme ile birlikte GSYİH'nin sektörler arasındaki dağılımı değişebilmektedir. Yani GSYİH'nin bir sektörde olan payı azalırken, diğer sektördeki payında artış meydana gelebilir.
- Ekonomik büyüme ile birlikte sanayi sektöründe iş gücü alımında artışlar meydana gelmektedir. Bu artışlarla birlikte, sanayi sektörünün çoğunlukla şehirlerde yoğunluk göstermesinden dolayı şehirleşme oranı da artmaktadır.
- Ekonomik büyüme sektörler arasındaki iş gücü dağılımında artış ve azalışlara sebep olmaktadır. Sanayi sektöründe çalışanların sayısında artış olurken, tarım sektöründe çalışanların sayısında azalış görülür.
- Ekonomik büyüme ile birlikte tarım sektöründe meydana gelen gerileme sonucunda; pazara sunulmayan ürünlerin payı azaltılırken, pazarlanabilir ürünlerin sayısında artış olmaktadır.
- Ekonomik büyümeyle şehir nüfusunda artışlar olmaktadır. Böylece bireylerin davranış biçimlerinde ve inançlarında değişiklikler meydana gelmekte ve yeni davranış biçimleri geleneksel davranış biçimlerinin yerini almaktadır.
- Ekonomik büyüme bireylerin gelirlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Böylece bireylerin tüketim alışkanlıklarında değişimler olmaktadır.
- Ekonomik büyüme ile birlikte üretici sınıfın bilgi ve beceri düzeyinde artış olmakta ve yeni teknolojiler ile donatılmış yeni bir üretici sınıf ortaya çıkacaktır.
- Ekonomik büyüme nitelikli elemanların ve yeni meslek dallarının gelirinde artış sağlarken, eski meslek dallarındaki işgücünün gelirlerinde azalmaya sebep olur. Yani büyümenin gelir dağılımında etkileri söz konusudur.
- Ekonomik büyüme verimliliğin ve üretim düzeyinin artmasını sağladığından dolayı işgücünün çalışma süreleri üzerinde de etkisi söz konusudur.
- Ekonomik büyüme ile birlikte üretim düzeyinde ve yatırımlarda artış olurken diğer taraftan çarpık kentleşme, çevre, hava ve gürültü kirliliği gibi birtakım problemler olmaktadır. Bu problemlere yönelik yapılan harcamalarda gün geçtikçe artış söz konusudur.

2.6. Ekonomik Büyümenin Ölçülmesi

Ekonomik büyümenin ölçülmesinde nüfus artışı, uzman personel sayılarındaki artış, bazı mal ve hizmet üretimindeki artış gibi birçok farklı kriterler bulunmakta ve bu kriterler içerisinde en çok milli gelir kullanılmaktadır. Milli gelir denilince akla GSMH gelmektedir. GSMH, bir ülke vatandaşlarının belirli bir dönem için üretmiş oldukları toplam mal ve hizmetlerin, belirli bir para birimi karşılığındaki toplam değeridir. Sık kullanılan diğer bir kriter ise GSYİH olup; yurt içinde üretilmiş olan tüm nihai mal ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Taban, 2016: 5). GSMH denklem 1'deki gibi ifade edilebilir:

$$\text{GSMH} = \text{GSYİH} + \text{Net Dış Faktör Gelirleri} \quad (1)$$

Dış faktör gelirlerini; kâr transferleri, faiz gelirleri, girişimci gelirleri ile iş gücü dövizleri yani, Türkiye vatandaşlarının ülke sınırları dışındaki çalışmaları karşılığında elde ettikleri kazançlarını, Türkiye'de değerlendirmeleri nedeniyle ülkeye sağladıkları döviz girdisi oluşturur. Net dış faktör gelirleri, bir ülkeye giren ve çıkan faktör gelirleri arasındaki farkı göstermektedir. GSMH değeri GSYİH değerinden daha fazla ise, ülkenin yurt dışında faaliyet gösteren vatandaşlarının ürettikleri mal ve hizmetlerin toplam değeri ülke içindeki yabancılara ürettikleri mal ve hizmetlerin toplam değerinden fazladır (Taban, 2016: 6).

GSYİH'nin hesaplanması üretim, harcama ve gelir üzerinden olmak üzere üç farklı şekilde yapılmaktadır (Taban: 2016: 6):

- **Üretim Yöntemi:** Bir yıl içerisinde bir ekonomide üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin miktarları ile fiyatlarının çarpımı sonucu elde edilen parasal değerler toplamıdır.
- **Harcama Yöntemi:** Bir ekonomide tüketim ve yatırım mallarına yapılan harcamalar, kamu tarafından alınan mal ve hizmetlerin alım değeri ve yurt dışı tüketicilere satılan mal ve hizmetlerin toplanmasıyla hesaplanır.
- **Gelir Yöntemi:** Üretim faktörlerinin üretimden kaynaklı gelirlerinin toplanmasıyla hesaplanır.

Reel GSYİH'deki büyüme oranı ile ekonomik büyüme oranı aynı şeyi ifade etmektedir. Bir ülkede belirli bir zamanda üretilen nihai mal ve hizmetlerin belirli bir

yılın fiyatları temel alınarak elde edilen değerine reel GSYİH denilmektedir ve bu değer enflasyon sebebiyle oluşan fiyat artışlarından arındırılmıştır. Brüt büyüme oranı denklem 2’deki gibi ifade edilmektedir (Kaynak, 2005: 38):

$$g_t = \frac{RGSYH_t - RGSYH_{t-1}}{RGSYH_{t-1}} \times 100 \quad (2)$$

Denklem 2’deki formülde t hesaplanacak olan büyüme hızı dönemini, g_t t dönemindeki büyüme hızını, $RGSYH_t$ hesaplanacak olan t dönemindeki reel GSYİH değerini ifade ederken $RGSYH_{t-1}$ ise t-1 döneminde hesaplanan reel GSYİH değerini belirtmektedir.

Brüt büyüme oranı, üretim gücündeki artışı ya da üretim gücünü gösterdiğinden dolayı toplumdaki refah seviyesi ile ilgili bilgi vermemektedir. Bu refah seviyesinde meydana gelen artışlar ve azalışlar hakkında net büyüme hızı göstergesi kullanılmaktadır. Bu gösterge brüt büyüme hızından nüfus artış hızı göstergesinin çıkarılması ile elde edilir. Nüfus artış hızı denklem 3’teki gibi hesaplanmaktadır (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 11):

$$n_t = \frac{N_t - N_{t-1}}{N_{t-1}} \times 100 \quad (3)$$

Denklem 3’teki nüfus artış hızı formülünde; t dönemindeki artış hızını n_t ile, t dönemindeki nüfusu N_t ve t-1 dönemindeki nüfus ise N_{t-1} olarak gösterilmiştir. Brüt büyüme oranı ve nüfus artış hızı formüllerinin yardımı ile net büyüme hızı (g^*) denklem 4’deki gibi oluşmuştur.

$$g^* = \frac{RGSYH_t - RGSYH_{t-1}}{RGSYH_{t-1}} \times 100 - \frac{N_t - N_{t-1}}{N_{t-1}} \times 100 \quad (4)$$

Bir ekonomide brüt büyüme hızı ile nüfus büyüme hızları arasında şu ilişkiler söz konusudur (Berber, 2006: 23);

- Brüt büyüme hızı < Nüfus büyüme hızı = Refah azalışı,
- Brüt büyüme hızı > Nüfus büyüme hızı = Refah artışı,
- Brüt büyüme hızı = Nüfus büyüme hızı = Mevcut durumun devamı olacaktır.

2.7. Ekonomik Büyüme Teorileri

Dünyadaki ulusların büyüme sürecinde etkili olan kaynaklarının ve yapılarının analiz edilmesi ile bazı ülkelerin diğer ülkelere daha zengin veya fakir olmasının nedenleri açıklanmaktadır. Ulusların büyüme süreci dinamiklerinin analizi; yaklaşık iki yüzyıl önce Adam Smith ile başlayıp, Keynes ile devam ederken; Robert Solow'un yapmış olduğu analizler ile daha cazip hale gelmiştir. Daha sonraları bütün yapılan analizlerden hareketle geliştirilen içsel büyüme teorileri en güçlü dönem olmuştur. Yapılan analizler sonucunda ortaya konan her bir teori, bir önceki teorisin devamı ve birbirlerini tamamlayıcı nitelikte olmuştur (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 21). Bu teoriler; klasik büyüme teorileri, Keynesyen büyüme teorileri, neoklasik büyüme teorileri ve içsel büyüme teorileri olarak sıralanabilir.

2.7.1. Klasik Büyüme Teorileri

Klasik büyüme teorileri; Adam Smith, David Ricardo ve Thomas R. Maltus tarafından yapılan analizler ile geliştirilmiştir. Bu iktisatçılar büyüme kavramını ilk defa ele almaları bakımından önemlidirler. Söz konusu iktisatçıların yapmış oldukları analizlerin ortak noktası; ekonomide ortaya çıkarılan gelirin sınıflara dağıtımı ve sermaye birikiminin uzun dönemde gerçekleşme sürecini konu edinmeleridir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 15).

İktisatçılar arasında uzun dönemde gerçekleşen büyüme sürecini çözümleyen ve sebeplerini araştırmayı deneyen ilk iktisat ekolü olarak klasik okul görülmektedir. Klasik büyüme teorilerini savunan iktisatçılar, bir ekonomide sektörler arasındaki illiyet bağının önemini belirtmeye ve bu bağın ekonomik büyümeye olan etkisini açıklamaya çaba göstermişlerdir. Klasik iktisatçılara göre ücret, rant ve kâr; bir ülkenin milli hasılasının tarım, sanayi ve ticaret sektörlerindeki etkinliği ile meydana gelmektedir.

Bütün bu ifadeler doğrultusunda ekonomik büyüme sürecini hızlandıracak politikalar oluşturulmaya çalışılmış ve bu büyüme süreci analiz edilmiştir (Gupta, 2009: 2).

Klasik büyüme teorisinin; sermaye birikimi, nüfus ve iş bölümü, teknolojik gelişim olmak üzere üç önemli özelliği söz konusudur. Ekonomik büyüme sürecinin temel noktasını sermaye birikimi oluşturmaktadır. Bir ekonomide yatırım seviyesinde oluşan artışlar ile sermaye birikimi artacak ve bu durum yeni istihdam alanları yaratacaktır. Böylece çıktı büyümesinde artış meydana gelecek ve ekonomik büyüme söz konusu olacaktır. Sermaye birikiminin yeni istihdam alanları yaratmasından dolayı ücret düzeyi emek talebindeki artıştan dolayı yükselecek ve bu nedenlerden dolayı uzun dönemde nüfus sayısı artacak ve ekonomik büyüme meydana gelecektir. Klasik iktisatçılar teknolojik gelişimi ekonomik büyüme sürecinde arka plana atmışlardır. Çünkü ekonominin durgunluk sürecine girmesi teknolojik gelişmeler ile engellenemeyecektir. Sadece durgunluk sürecine girmenin süresini uzatacaktır (Brewer, 2010: 4-5).

2.7.1.1. Adam Smith'in Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı

İktisat; Adam Smith'in hem yaşamış olduğu hem de kendinden önceki dönemdeki düşünürlerin fikirlerini sistemli bir şekilde bir araya getirmesi ile bir bilim niteliği kazanmıştır. Adam Smith 1776 yılında yayımlanmış olduğu Ulusların Zenginliği isimli eserinde söz konusu olan fikirlere değinmiş ve ekonominin ilerleme sürecine katkıda bulunmuştur. Ülkelerin zenginliğini arttıran unsur olarak, uzun dönemle belirtilebilecek doğal kanunların olduğunu ileri süren Smith'e göre zenginlik; bir ülkenin belirli bir dönemde sahip olduğu sermaye stoğu ile birlikte üretilmiş olan mal ve hizmetlerin değeriyle de ifade edilebilmektedir. Aynı zamanda Smith ülkelerin zenginliğinin ana kaynağının üretim faktörlerinden olan emek olduğunu vurgulamakta ve bu üretim faktörü (emek) ile üretilen mal ve hizmetlerin değeri ölçülebilmektedir (Blaug, 1996: 34).

Adam Smith “görünmez el” görüşünü benimsemiştir. Bu görüşe göre bir ekonomi piyasa güçleri tarafından kendiliğinden yönetilmektedir. Görünmez el, fiyat mekanizması ile arz ve talep eşitliğinin sağlanmasıdır (Gupta, 2009: 2-3). Fiyat mekanizması bir ekonominin denge unsurudur. Bu denge unsuru; üretimde meydana gelecek olan azalış ile fiyatların yükselmesine neden olacak ve fiyatların yükselmesi ile

arz ve talebin eşit olacak biçimde firmalar üretimde artış meydana getirecek ve böylece artan üretim fiyatları yeniden düşürecektir. Bu sayede fiyatlar piyasada denge unsuru teşkil edecektir (Özgüven, 2001: 83).

İş bölümü ve sermaye birikimini ekonomik büyümenin temel etkeni olarak gören Smith'e göre iş bölümünün artması emeğin verimliliğini arttıracak ve bu durum iş gücü başına düşen üretimde artış meydana getirecektir. İş bölümünün üretim miktarını arttırmasının sebepleri şunlardır (Brue, 1994: 75):

- Her işçinin tek bir iş üstünde yoğunlaşması o işçinin uzmanlaşmasını sağlayacak ve böylece üretimde artış olacaktır.
- Bir işçinin başka bir işe geçmesi esnasında oluşabilecek zaman kaybı iş bölümü sayesinde önlenecek ve zamandan sağlanan tasarruf üretim sürecinde kullanılacaktır.
- İşçiler iş gücünün verimliliğini arttıracak yeni buluşlar gerçekleştirebilirler. Yani, yeni makine ve aletleri üretim esnasında kullanıp verimliliği arttırabilirler.

Smith'in vurgulamış olduğu bir diğer ekonomik büyüme etkeni ise sermaye birikimidir. Kâr ve tasarruflar ise sermaye birikiminin kaynağını oluşturmaktadır. Bu nedenden dolayı bir ekonomide tasarruflardaki artış kârları arttıracak ve böylece yatırım miktarında artış meydana gelip sermaye stoğunu arttıracaktır. Bir ekonomide oluşan tasarruflarla Smith'e göre muhakkak yatırım yapılır ve ekonomik büyüme gerçekleşir. Bir girişimcinin tasarruflarını ya sermayesine katması ya da bir başkasına borç olarak vermesi durumlarının her ikisinde de daha çok kişinin geçimi sağlanacaktır (Berber, 2006: 59).

Smith, bir ekonomideki büyüme sürecini incelerken, doğal kaynak bakımından zengin fakat sermaye stoğu bakımından küçük bir ekonomi varsayımı üzerinden hareket etmektedir. Bu ekonomide sermaye stoğu doğal kaynaklara oranla küçük olduğu için başlangıçtaki kâr oranı yüksek olmaktadır. Bununla birlikte ortaya çıkan yeni yatırım olanakları kâr oranlarını arttıracak ve bu durum sermaye stoğundaki artışı etkileyecektir. Sermaye stoğundaki bu artış iş gücü gereksinimini arttıracak ve bu durum ücretlerde bir artış yaratacaktır (Clarke, 1982: 22).

Smith'e göre sermaye azalan verimler kanununa tabidir. Sermayenin azalan verimler kanununa tabi olmasından dolayı ekonomide durgun duruma ulaşılmaktadır. Sermaye stoğu ekonominin nihai zenginliğe ulaşması ile yavaşlar ve böylece kâr oranları düşer, ücretler azalır ve ekonomi durgunluk sürecine girer. Durgunluk sürecinde iken; kârlar en alt düzeye ve ücretler ise asgari seviyeye düşer, net yatırımlar yapılmaz, nüfusta değişme meydana gelmez ve toplam gelir aynı düzeyde olur (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 40).

2.7.1.2. Thomas R. Malthus'un Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı

Klasik iktisat okulunun diğer bir öncüsü olan Malthus, iktisadi kanunlar arasında bir çatışmanın söz konusu olduğunu ve bu kanunların engellenemeyeceğini ifade etmiştir. Malthus, yaşamış olduğu dönemde meydana gelen Napolyon savaşları, kıtlık ve mali sorunlarla alakalı olarak ortaya koymuş olduğu teoriler dolayısıyla kötümser bir iktisatçı olarak tanınmıştır. Malthus, 1798 yılında “Nüfusun İlkeleri Üzerine Bir Deneme”, 1815'te “Rantın Niteliği ve Artışı Üzerine Bir Deneme” ve 1820 yılında ise “Politik İktisadın İlkeleri” olmak üzere birçok önemli eseri yayımlamıştır (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 41).

Malthus'un eserleri içerisinde en önemlisi 1798 yılında yayımlanmış olan “Nüfusun İlkeleri Üzerine Bir Deneme” olmuştur. Bu eserde Malthus; devamlı bir nüfus artışının, gelecek yıllardaki gıda arzında meydana gelecek olan yetersizliklerden dolayı toplum refahının olumsuz yönde etkileneceğini ifade etmiştir (Savaş, 1997: 342). Aynı zamanda bu eserde iki ana “doğa yasası” yer almaktadır. Bu yasalara göre, nüfus geometrik bir şekilde artarken gıda üretimi ise aritmetik olarak artış yönündedir. Doğada bulunan kaynakların artan nüfusun isteklerini karşılayamaması sebebiyle bu durum “sefalet ve ahlaksızlık” krizine sebep olacaktır (Malthus, 1985: 67-80).

Malthus, her yirmi beş yılı bir dönem olarak kabul etmekte ve buna göre nüfus artışı ile gıda üretimindeki artış arasındaki bağlantıyı şu şekilde belirtmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 17-18):

Tablo 2.1. Malthus'un nüfus ve gıda artışındaki bağlantısı

Yıl	1	25	50	75	100	125	150	175	200	225
Nüfus	1	2	4	8	16	32	64	128	256	512
Gıda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kaynak: Pehlivan ve Utkulu, 2015: 17.

Tablo 2.1'deki bağlantıya göre; eğer nüfus artışı kontrol altına alınmayıp kendi haline bırakılması durumunda, nüfus 225 yılda 512 katına çıkacaktır. Fakat gıda miktarı bu dönem içerisinde 10 katı artacaktır.

Malthus, tarım sektöründe azalan verimler kanununun işleyeceğini ve doğanın devamlı artmakta olan nüfusun gıda talebini karşılayamayacağını dolaylı olarak ifade etmiştir (Deliktaş, 2001: 3). Malthus'a göre ekonomik hayatta azalan verimler kanununun geçerli olmasının nedeni; üretime sokulacak arazi miktarını artırma maliyetinin giderek artmasıdır (Tezel, 2003: 154).

Malthus'a göre nüfusun doğal artış oranları, doğum ve ölüm oranları arasındaki farka bağlıdır. Bu yüzden Malthus, ölüm oranlarını arttıran veya doğum oranlarında azalış yaratan rasgele bir eğilimin nüfus doğal artış oranını azaltabileceğini belirtmiştir (Cypher ve Dietz, 2009: 115). Bu durumda, doğum oranları üzerinde etkili olan ve yoksulluğu önlemede etkili olan kontroller "önleyici" ve ölüm oranları üzerinde etkili olan kontroller ise "pozitif" kontroller olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Önleyici kontroller; çoğunlukla gelir düzeyi yüksek sınıflar içerisinde gerçekleşme olanağı bulabilecek ve daha sonra tüm topluma yayılacaktır. Önleyici kontroller içerisinde bireyler, toplum içerisindeki statü kaybı ya da gelir kaybı gibi endişeler sebebiyle evlenme dönemlerini daha ileriye erteleyecek ve bu durum nüfusta azalma yaratacaktır. Pozitif kontroller ise; genellikle gelir düzeyi düşük sınıflar içerisinde uygulama imkânı bulabilecektir. Yoksul sınıf içerisinde uygulanan bu kontroller, doğal afetler, salgınlar, savaş ve beslenme yetersizliği gibi faktörlerle beraber nüfus oranlarında azalış yönünde bir değişim görülecektir (Spiegel, 2002: 273).

Malthus'un büyüme modelinde; gelir dağılımı, sağlık ve teknolojik ilerlemeler hakkındaki savları şunlardır (Taban, 2008: 30):

- Gelir dağılımındaki bozuklukları gidermek amacıyla hükümetin işçilere, arazi sahiplerinden kaynak aktarımı sağlaması, daha çok insanın fakir bir şekilde yaşamını sürdürmesine yol açtığını düşünmektedir.

Gelir adil olarak iki şekilde dağıtılmaktadır. Birincisi; taşınmaz malların bölünmesi gelir dağılımının daha adil bir biçimde olmasına neden olacaktır ve böylece efektif talepte artış meydana gelecektir. Efektif talepte meydana gelen bu artışla birlikte üretim potansiyeli artacak ve bu durum ekonomik büyümeyi canlandıracaktır. İkincisi ise; bir ekonomideki iç ve dış ticaret miktarında ortaya çıkan artışlar, piyasa hacminin genişlemesiyle birlikte sermaye birikim sürecini ve ekonomik büyümeyi hızlandıracaktır (Gupta, 2009: 33-34).

- Kişi başına düşen gelir; sağlık alanındaki ilerlemelerin ölüm oranlarını azaltması ile düşüş gösterecektir. Bu sebepten dolayı Malthus, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kullanımının yaygınlaştırılmasını ve çok görülen hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların imal edilmesindeki önceliğini anlamsız bulmaktadır.
- Teknolojik ilerlemelerin sonucu olarak, uzun dönemde üretim ve nüfus artışı paralel olarak aynı oranda artış sergileyecek ve bu durum kişi başına düşen gelir seviyesini değiştirmeyeceğinden dolayı; teknolojik ilerlemeler kişi başına düşen gelir seviyesini ve ortalama yaşam standardını etkilemeyecektir.

Malthus'a göre yoksul kesim için gerçekleştirilecek bütün yardımlar ekonomik büyüme sürecini tersine döndürecektir. Çünkü ekonomik büyüme sürecinden nüfus artışına doğru bir yönelim söz konusudur. Kamu ya da özel sektör fark etmeksizin yapılan yardımlar neticesinde, yoksul kesim içerisinde geçim sıkıntısı azalarak yerini üşengeçliğe bırakacak ve böylece bireylerin çalışma arzusu azalacaktır. Bu durum sonucunda, toplam üretim hacmindeki daralmalar sebebiyle hasılda azalış meydana gelecek ve asgari yaşam düzeyine doğru bir eğilim oluşacaktır (Cypher ve Dietz, 2009: 116).

2.7.1.3. Jean Baptiste Say'ın Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı

İngiltere'de klasik okul Adam Smith ile gelişim gösterirken Fransa'da ise klasik okul, Say ile temelleri atılmıştır. Adam Smith'in bir öğrencisi olarak kendisini göre Say, onun fikir ve düşüncelerini sistematik bir hale getirip, düzeltmeler yaparak Smith'in

Avrupa ve Amerika’da tanınmasını sağlamıştır. Say 1803’te yayımlamış olduğu “Politik İktisat Üzerine Bir İnceleme” isimli eserinde Smith’in yapmış olduğu bazı çalışmalara değinip ondan övgü ile bahsetmiş ve klasik iktisadın temelini “Say Kanunu” olarak bilinen teori ile meydana getirmiştir (Hunt, 2002: 135).

Say, özellikle üretim alanında gerçekleşen teknolojiadaki gelişmelerin durmaksızın devam etmesinin ve bu gelişimlerin üretim miktarında yapmış olduğu hızlı artış üzerinde durmuştur. Teknolojik gelişim ve üretim miktarındaki hızlı artıştan etkilenen Say, ileriki dönemlerde bütün malların “serbest mal” niteliği kazanacağını varsaymıştır (Savaş, 2000: 298). Üretim miktarı, teknoloji seviyesi ile birlikte aynı zamanda sanayileşme ile de artmaktadır. Say, sanayide artan verimler kanununu benimsemekte ve ona göre, faaliyet alanı üretim miktarıyla birlikte genişledikçe talep miktarı da artacak ve böylelikle ekonomi canlanarak büyüme gösterir (Özgüven, 2001: 106).

Klasik teorinin temelini oluşturan ve Say tarafından geliştirilen “Mahreçler Kanunu” olarak da bilinen en önemli teori “Say Kanunu” dur. Say’a göre, mal ve hizmetlerin elde edilmesinde satın alma gücüne sahip olan tüketiciler için mahreçler, yani mal ve hizmetlerin talebe arz edileceği yer, kolaylıkla kurulabilir (Özgüven, 2001: 107). Say Kanunu, “her arz kendi talebini yaratır” şeklinde açıklanabilmekte ve bu kanuna göre; üretim sürecinden geçip piyasaya sunulan her mal, kendi değerine eşit sayıda talep yaratmaktadır. Adam Smith tarafından ortaya atılan iki varsayımın Say Kanunu ile tekrardan değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu varsayımlardan ilki, uzun dönemde teknolojik yeniliklerin üretim hacminde artış yaratması ve nüfusun yaşam standartlarındaki iyileşme ile birlikte mal ve hizmetlere yönelik talebin artmasıdır. İkinci varsayım ise ekonomik büyüme sürecinin tasarruflar ve yatırımlar ile sağlanacağıdır. Say bu iki varsayımdan hareket ederek, paranın spontane şekilde bir talep faktörü ortaya çıkarmayacağını, üretilen malların yalnızca toplam arzı meydana getireceğine ve bu toplam arza karşılık eşit seviyede bir toplam talebin oluşması koşuluyla ekonomide fazla üretim sebebiyle bir krizin ortaya çıkmayacağını ifade etmiştir (Roncaglia, 2005: 166).

Say, kısa dönemde bir ekonomide geçici olarak birtakım düzensizliklerin oluşabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte, bu düzensizlikler Say’a göre; aşırı bir

toplam arz sebebiyle değil üretim bileşiminin, tüketicinin talebinin dışında belirlenmesi sebebiyle ortaya çıkmıştır (Savaş, 2000: 300).

2.7.1.4. David Ricardo'nun Klasik Büyüme Teorisine Yaklaşımı

Klasik iktisatçılar içerisinde Malthus'tan etkilenen Ricardo, bilhassa milli hasılanın üretim faktörleri içerisinde ne şekilde dağıtıldığını ve faktör oranlarını tespit eden etkenleri araştırmıştır. Bu konuda, iktisadi düşünce tarihi içerisinde gelir dağılımı, yeni bir konu alanı olarak ortaya çıkmış ve böylece gelir dağılımı teorisi Ricardo'nun iktisat teorisine katmış olduğu en önemli yenilik olmuştur (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 47).

Ricardo modelinin birtakım varsayımları söz konusudur. Bu varsayımlar şunlardır (Taban, 2016: 64-65):

- Başlangıç kâr oranının yüksek olması sebebiyle tasarruf ve sermaye birikimi hızlı bir ivmeye sahiptir.
- Sanayi alanında teknik ilerleme seri bir şekildedir. Bu yüzden sanayi kesiminde iş gücü için artan verim kanunu, teknik ilerlemenin hızlı bir şekilde yükselmesiyle geçerli olmuştur.
- Tarım alanında teknik gelişim çok düşüktür. Tarım alanlarının kıt olması ve tarım yapılan araziler arttırıldığında toprak kalitesi düştüğünden dolayı tarım sektöründe azalan verimler kanunu geçerlidir. Tarım alanındaki azalan verim durumunun, sanayi alanındaki teknik gelişim ve artan verimi yendiğinden dolayı bir ekonominin tamamı için azalan verimler kanunu geçerli olmaktadır.
- Üretim fonksiyonu veri kabul edilmektedir. Üretim; işgücü, sermaye ve toprağın bir fonksiyonu olmakla birlikte toprağın arzı sabit iken, işgücü ve sermaye içsel olarak büyümektedir.
- Ekonomi daima tam rekabet ve tam istihdam koşulları altında çalışma göstermektedir.

- Malthus'un nüfus teoremi geçerli olduğundan dolayı; işgücü arz ve talebine göre ücretler kısa dönemde değişim gösterse dahi, uzun dönemde geçimlik ücret düzeyinde sabit kalma eğilimi içerisindedirler.
- Nüfus gelirin bir fonksiyonu olarak görülmektedir (Kaynak, 2015: 27).

Ricardo iktisadi analizlerde, topraktan sağlanan ürünlerin ücret, rant ve kâr şeklinde sınıflar arasındaki paylaşımını temel almaktadır. İktisadi analizlerde Ricardo, toprağın azalan verimler kanununa tabi olma sürecini ele almış ve iktisadi büyüme sürecinde değişen gelir dağılımının, ekonomik büyümenin sürekliliğinin olup olmayacağını araştırmıştır. Bu konuda, büyümenin temel belirleyicisi toprağın verimi varsayılmıştır (Meier ve Baldwin, 1957: 44). Ricardo, ekonomik faaliyetlere katılan işçi, kapitalist ve toprak sahiplerinin elde etmiş oldukları gelir gruplarını üç farklı şekilde ele almıştır. Bunlar:

- İşçiler emekleri karşılığında almış oldukları ücret ile geçimlerini sağlamaktadırlar. Verilen emeğin piyasa ve doğal olmak üzere iki ayrı fiyatı söz konusudur. Emeğin piyasa fiyatı; emeğe olan arz ve talep aracılığıyla tespit edilir. Emeğin doğal fiyatı ise; işçiler nesillerini devam ettirebilmeleri ve koruyabilmeleri amacıyla çoğalmakta ve bunlar için gerekli olan asgari ücret düzeyidir (Kaynak, 2015: 27). Ayrıca, Ricardo'ya göre iktisadi büyüme, üretim aşamasında kullanılan üretim faktörlerinin maliyetiyle ilgilidir. Buradaki maliyet sadece işçiye ödenen ücretten oluşmamaktadır. Emeğin maliyeti, ekonomik büyüme sürecinin tamamına tesir etmektedir. Bununla birlikte üretim maliyeti ise; üretim aşamasında kullanılan sermayenin kârını ve dolaylı ya da doğrudan emeğin maliyetlerini kapsamaktadır. Üretim maliyetlerini; sermaye ve emeğe ödenen değerler belirlemektedir. Buradaki sermaye kâr sağlamak, emek ise ücret elde etmek için üretim sürecine katılmaktadır (Ersoy, 2008: 338-339).
- Kapitalistlerin milli hasıladan almış oldukları pay kâr olarak gösterilmiştir. Ekonomik büyümenin ana dinamiğini meydana getiren sermaye birikimi ve kârlar kapitalist sınıf yoluyla oluşturulduğundan dolayı Ricardo, sosyal sistem içerisinde kapitalistlere farklı bir önemle yaklaşmıştır. Hareketli bir

etmen olduğu için sermaye, tarım ve imalat sektörlerinin her ikisinde de kolaylıkla değerdendirilecektir (Gudeman, 1984: 95). Kapitalistler, ellerinde bulunan sermayeyi daha fazla kâr sağlayacakları alanlara harcamaktadırlar. Kâr nerede daha fazlaysa sermaye o yöne doğru kayacaktır. Çünkü kâr, serbest bir piyasada sermayeyi yönlendiren bir unsurdur. Böylece sermaye, kârlı olan malın üretimine yönleneceğinden dolayı üretim miktarı artış gösterecektir (Ersoy, 2008: 339).

- Ricardo, Smith'in modeline toprağın azalan verimler kanununa tabii olduğu fikrini getirerek tekrardan incelemiştir. Azalan verimler kanunu, teknolojiyi veri kabul edip, değışken unsurları sabit unsurlar üzerine ekleyerek üretim yapıldığında, her ek unsurun üretime olan katkısının giderek azalacağını açıklamaktadır. Ricardo, üretim unsurları içerisinde olan toprağın; kıt ve değışken kalitede bir faktör olduğunu belirtmektedir. Ekonomi geliştikçe, nüfus artışı topraktan daha fazla olacak ve bu toprak alanlarında çalışan emeğin verimliliğinde azalış olacaktır. Böylece, üretim miktarında daralma olacak ve fiyatlar artış gösterecektir (Grabowski vd., 2007: 14). Ricardo, emeğin ilk önce verimli olan toprakları işleyeceğini ve bu topraklar artmakta olan nüfusun gıda talebine yetişemeyeceği zaman ise; daha az verimli olan toprakların işlenmek için açılmasına vurgu yapmıştır. Aynı kalite ve verimdeki toprakların maliyetinde değışme olmayacağı ve eş olan mallar tam rekabet piyasasında eş fiyatlara satılacağı için toprak sahiplerinin kazanacağı rant henüz oluşmayacaktır. Verimli toprak alanlarının çok olması toprak sahiplerinin rant sağlamasını engelleyecektir. Fakat nüfus artışıyla birlikte işgücü daha az verimli toprakları işleyecek ve toprak sahipleri rant sağlayacaktır. Nüfus artışının devam etmesiyle birlikte, üçüncü nitelikte olan topraklar işlemeye açılacak ve bu durumda ikinci niteliğe sahip olan toprak sahipleri üçüncü nitelikte olan toprak sahiplerinden daha fazla rant elde edecektir. Birinci nitelikteki toprak sahiplerinin ise rantı yükseliş gösterecektir (Özgüven, 2001: 97).

19. yy. da İngiltere'de nüfusun hızlı artmasıyla birlikte buğday fiyatları yükseliş göstermiştir. Toprak sahiplerinin, buğday fiyatlarının artmasıyla birlikte rantında artış meydana gelmiş ve bu durum toprak sahiplerinin gelirlerinde artış sağlamıştır. Ülkede

giderek artan buğday talebini karşılayabilmek için ithalat yapılması gerekli hale gelmiş ve bu yüzden ithalat yapılabilmesi için ihracatı arttırmak zorunda kalınmıştır. İhracat; sanayi mallarının fiyatlarının düşürülmesi ile arttırılabilmektedir. Fakat fiyatlar, İngiltere’de üretim maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı düşürülememiştir. Bu sebeple “Buğday Kanunları” ile yerli buğday üreticilerini, yüksek gümrük tarifeleri ile buğday ithalatına mani olunarak muhafaza eden uygulamalar koyulmuştur. Ricardo, bu uygulamaların İngiltere’de kısa bir süre zarfında ekonomik durgunluğa sebep olacağını ispatlamaya çalışmıştır (Berber, 2006: 60-61).

Ricardo, dış ticaret ile ilgili fikirlerinde Malthus’tan farklılık göstermektedir. Ricardo, Buğday Kanunlarıyla yapılan sınırlama ve tarifelere karşı olmuştur. Ricardo’ya göre toprak sahipleri, daha fazla buğday ithal ederek buğday fiyatlarını düşürmek yoluyla nakdi ücretleri düşürerek daha çok kâr sağlayabilirler ve böylece daha güçlü ekonomik büyüme gerçekleşebilmektedir. Ayrıca Karşılaştırmalı Üstünlük Yasası’nı ortaya koyan Ricardo bu yasada; serbest dış ticaretin her iki ülke içinde fayda getireceğini, belirli ürünlerde mutlak üstünlüğe sahip olan bir ülkenin uzmanlaşma yoluyla her iki ülkenin de kazançlı bir durum olacağını ortaya koymuştur (Skousen, 2005: 100-101).

2.7.2. Keynesyen Büyüme Teorileri

Roy F. Harrod ve Evsey D. Domar’ın geliştirmiş olduğu büyüme teorilerinin temelini Keynesyen analizler oluşturmaktadır. Bu teoriler arasında fazla bir farklılık olmadığı için Harrod-Domar Teorisi olarakta bahsedilebilmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 20).

2.7.2.1. Roy F. Harrod’un Büyüme Teorileri

Harrod, 1939 yılında yayınlanan “Dinamik Teori Üzerine Bir Deneme” (An Essay in Dynamic Theory) isimli makalesi ile Keynesyen büyüme teorisinin dinamikleştirilebilmesi için çoğaltan ve hızlandıran teorisinden faydalanılması gerektiğini söylemiştir. Ayrıca Harrod, uzun dönemde istikrarlı bir büyümenin koşullarını da belirtmiştir. Harrod’un öne sürmüş olduğu bu dinamik büyüme modeli kısa ve uzun dönemin her ikisini de kapsamaktadır (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 20).

Harrod büyüme modelinin varsayımları şunlardır (Kaynak, 2015: 93-94):

- Belirli bir dönemdeki net tasarruflar (S_t), aynı dönem içerisindeki milli gelirin (Y_t) sabit bir payıdır. Yani:

$$S_t = sY_t$$

Marjinal tasarruf eğilimi: s ve $0 < s < 1$ 'dir. İlaveten, $\frac{S_t}{Y_t} = \frac{\Delta S_t}{\Delta Y_t} = s$ ' dir.

Bu formüllerden anlaşılacağı üzere ortalama ve marjinal tasarruf eğilimleri (s) birbirlerine eşit olmaktadır.

- İş gücündeki (L) artış oranı, sistem dışından belirlenmekte ve n sabit bir oranda büyüme göstermektedir.
- Gelir, tasarruf ve yatırım terimleri toplulaştırılmış terimlerdir ve net biçimde açıklanmaktadırlar.
- Ekonomide bir tek ürün üretilmekte ve bu ürünün üretim aşamasında gecikme söz konusu değildir.
- Fiyatların genel seviyesinde değişiklik olmamaktadır.
- Dışa kapalı bir ekonomidir. Buna ilaveten bu ekonomide teknik bir gelişme mevcut değildir ve sermaye stoğunda aşınma olmamaktadır.
- Üretim sadece sermayenin bir fonksiyonu olmaktadır. Ayrıca, sermaye (K) ile iş gücü (L) arasında sabit ve tek bir etken birleşiminin var olduğu, etkenler arasında bir ikamenin var olmadığı, böylece üretim faktörleri arasında tam tamamlayıcılık bağlantısının uygulandığı üretim faktörleri onaylanmaktadır. Ekonominin tamamı için sabit katsayılı bir üretim fonksiyonu geçerli kabul edildiğinden dolayı, işgücü-hasıla (L/Y), sermaye-işgücü (K/L) ve sermaye-hasıla (K/Y) katsayıları sabit olmaktadır.

Harrod, fiili, gerekli ve doğal büyüme oranlarının ayrımını yaparak modelini şu şekilde oluşturmuştur (Harrod, 1939: 16):

Gerekli büyüme oranı G_w ile gösterilmektedir. Harrod, gerekli büyüme oranını, eğer olursa bütün tarafların doyum sağlayabileceği, gerekli olan miktardan ne daha çok nede daha az üretmemiş olacağı yani optimum miktarda üretime denk gelen büyüme oranı anlamına gelmektedir (Harrod, 1939: 16). Harrod, keynesyen analizlerde ex-ante yatırım ile denge ex-ante tasarrufun bire eşit olduğu durumu gerekli büyüme oranı ile açıklamıştır. Keynesyen denge analizindeki bu eşitlik durumuna Harrod, statik bir durum olarak değil de ilerleyen bir durum olarak değinmiştir. Bu durum; gerekli büyüme oranı mutlak miktar olarak artış gösteren tasarruf miktarının, mutlak miktar olarak artış gösteren ex-ante yatırımlara eşit olması anlamına gelmektedir. Böylece devamlı gelişen bir ekonomi için denge şartı (Akt. Savaş, 2000: 821):

$$G_w \cdot C_r = s \quad (5)$$

şeklindedir. s , toplum içerisindeki birey ve kuruluşların gelirleri içerisinde tasarruf için ayırmış oldukları paydır. Gelirin büyüklüğü, kurumsal değişiklikler ve konjonktür dalgalanması gibi faktörler dolayısıyla s 'ler değişiklik gösterebilmektedir (Harrod,1939:16). s , uzun dönemde tasarruf eğilimini göstermekte, ortalama ve marjinal tasarruf eğilimi birbirine eşit ve sabittir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 21):

$$s = \frac{S}{Y} = \frac{\Delta S}{\Delta Y} \quad (6)$$

Harrod'a göre planlanan tasarruflar (S_p) muhakkak gerçekleşecektir. Harrod modelinde, üretim planları satıştan önce gelmekte ve gerçekleşmektedir. Fiili veya dönem sonu meydana gelen (ex-post) tasarruflar (S_F), planlanan tasarruflara (S_p) eşit olmaktadır (Taban, 2016: 94):

$$S_F = S_p \quad (7)$$

Önemli bir diğer kavram ise planlanan yatırımlardır. Planlanan yatırım (I_p) ile gösterilmekte ve bu planlanan yatırımlar; fiili tasarruf, planlanan tasarruf ve fiili yatırım (I_f) gibi etkenlerden tümüyle bağımsız varsayılmaktadır. Bu sebeple, her koşulda planlanan tasarrufların planlanan yatırımlara eşit olması mümkün olmamaktadır. Çünkü yatırım yapanlar ile tasarruf yapan kişiler farklıdırlar ve bu kişiler farklı sebeplerle davranışlarda bulunmaktadır. Planlanan yatırım ve planlanan tasarrufların birbirlerine eşit olmaması ekonomide dengesizlikler meydana getirir. Eğer dönem başı planlanan yatırım fiili yatırımdan küçük ise ($I_p < I_f$) , veya planlanan tasarruf planlanan yatırımdan fazla ise ($S_p > I_p$), istenmeyen bir üretim (yatırım) fazlası meydana gelecektir. Bu durumda, arzın talepten daha fazla olmasına sebep olacak ve böylece stoklarda artış ve atıl kapasite oluşacaktır. Bütün bu durumların tersinde ekonomide yine dengesizlikler olacaktır (Taban, 2016: 94).

Dönem başı planlanan tasarruf planlanan yatırımdan daha az ise ($S_p < I_p$), veya planlanan yatırım fiili yatırımdan fazla ise ($I_p > I_f$), bu defa da ekonomide üretim (yatırım) eksikliği meydana gelecektir. Böylece talep arzdan daha fazla olacak ve stoklarda azalma olacaktır.

C_r , sermaye ihtiyacını ifade etmekte ve hızlandıran olarak tanımlanabilir. Üretim miktarındaki bir artış için gerekli yatırım miktarıdır. C_r 'nin değeri, bir seviyeye kadar faiz oranlarına bağlı olmasıyla birlikte, gelir farklılaştıkça ve konjonktür dalgalanmalarının farklı aşamalarına göre değişiklik gösterebilir (Harrod, 1939: 17).

$$C_r = \frac{\Delta K}{\Delta Y} = \frac{I_n}{\Delta Y} \quad (8)$$

Ekonomi, eğer sistemde net yatırım gerçekleşiyor ise $G = \Delta Y/Y$ kadar büyümesi gerekir ve böylece denklem şu şekilde açıklanabilir (Kregel, 1982: 44):

$$\Delta Y/Y = \frac{S/Y}{I_n/\Delta Y}$$

$$\frac{\Delta Y}{Y} \cdot \frac{I_n}{\Delta Y} = \frac{S}{Y}$$

$$I_n/Y = S/Y \quad (9)$$

Ex-ante tasarrufun ex-ante yatırıma eşit olduğu denklem 9, gerekli büyüme hızını göstermektedir.

Harrod'un modelinde bahsetmiş olduğu bir diğer kavram ise fiili büyüme oranıdır ve bu oran (G) ile gösterilmektedir. Fiili büyüme oranı, gerekli büyüme oranından rassal ve mevsimsel sebeplerle uzak kalmaktadır. Aynı zamanda fiili büyüme oranı, seçilen zaman dilimiyle beraber değişmekte ve sistemdeki çıktı ya da gelir büyümesinin geometrik tahmini yerine geçmektedir. İlaven, dönem sonunda meydana gelen ex-post bir değeri de göstermektedir (Harrod, 1939: 16). Buna göre:

$$G = \frac{Y_1 - Y_0}{Y_0} = \frac{\Delta Y}{Y} \quad (10)$$

Denklem 10'da; Y_0 , 0 dönemdeki çıktıyı; Y_1 , 1 dönemindeki çıktıyı göstermektedir. Harrod'a göre bir ekonomideki fiili büyüme basit olarak şöyle gösterilebilir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 22):

$$G \cdot C = s \quad (11)$$

$$\frac{\Delta Y}{Y} \cdot \frac{I_n}{\Delta Y} = \frac{S}{Y} \quad (12)$$

$$I_n/Y = S/Y \quad (13)$$

Denklem 11'deki C , fiili veya ex-post sermaye miktarını; S , fiili tasarruf oranını; denklem 12'deki I_n , ex-post yatırımı göstermektedir. Denklem 13'e göre ex-post tasarruflar ex-post yatırımlara denktir. Harrod'a göre gelir düzeyi her ne olursa olsun bu denklik oluşacaktır (Akt. Savaş, 2000: 823). Fiili büyüme oranının gerekli büyüme oranına denk olması ($G = G_w$) durumunda kapasite ya da yatırım eksikliği oluşmaz. Bu durum, girişimcilerin tatmin olduğu bir hâldir. Böylece girişimciler, aynı oranda fiili büyüme hızını gelecek dönem için de planlarlar ve bu durumda gelecek dönemde de $G = G_w$ olacaktır (Hiç, 1988: 90).

Fiili büyüme oranının gerekli büyüme oranından küçük olması ($G < G_w$) hâlinde sermaye ihtiyacı, fiili veya ex-post sermaye miktarından küçük ($C_r < C$) olacak ve ekonominin büyüme hızı dönem başında planlanan büyüme hızından daha geride kalacaktır. Başka bir ifadeyle, ex-ante yatırım ex-post yatırımdan daha az olacak ve böylece fazla kapasite oluşacaktır. Geçmiş dönemlerdeki büyüme hızının bu şekilde devam ettirilemeyeceğinden göre $G < G_w$ olması hâli ekonomik durgunluğa işaret etmektedir. Tersî hâlinde, fiili büyüme oranının gerekli büyüme oranından büyük olması ($G > G_w$) hâlinde ex-ante yatırım ex-post yatırımdan fazla olduğundan dolayı ekonomide sermaye yetersizliği meydana gelecektir. Toplam talepteki artış üretim miktarındakinden daha fazla bir artış sergileyecektir. Artmakta olan bu talep miktarını karşılayabilmek için girişimciler daha çok yatırım yapmaya yönelecektir. Bununla birlikte, ekonomi bir sonraki dönemde denge noktasından daha da geride kalacaktır. Bu hâl, kararsız denge hâlidir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 23).

Harrod'un öne sürdüğü başka bir kavram ise, doğal büyüme oranıdır ve (G_n) ile gösterilmektedir. Doğal büyüme oranı; nüfus artışı, sermaye birikimi ve teknolojik ilerlemenin müsaade ettiği maksimum büyüme oranını ifade etmektedir. Harrod'a göre sistem, doğal oranın müsaade ettiğinden daha süratli bir gelişme kaydedemez. Eğer gerekli büyüme oranı (G_w) doğal büyüme oranından (G_n) daha az olursa ekonomide kârlarda artış meydana gelecektir. Çünkü gerekli büyüme oranı, doğal büyüme oranına doğru yaklaşacaktır. Doğal büyüme oranının gerekli büyüme oranından küçük olması ($G_n < G_w$) hâlinde ekonomide süregelen bir depresyon eğilimi mevcut olacak ve gerekli büyüme oranının azaltılması yalnızca süregelen bir işsizliğin var olması ile muhtemeldir (Harrod, 1939: 30). Bu sebepten dolayı, gerekli büyüme oranının doğal büyüme

oranından küçük olması, doğal büyüme oranının üzerinde olmasına tercih edilmiştir. Aynı zamanda Harrod, ekonomik büyümenin durağan bir süratle gerçekleşip gerçekleşmeyeceği meselesi ile alakalı olmuş ve büyümenin dengesiz bir durum olduğunu, istikrardan sapmaların olacağını belirtmiştir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 23).

2.7.2.2. Evsey D. Domar'ın Büyüme Teorileri

1946 yılında yayınlanan “Sermaye Yayılımı, Büyüme Oranı ve İstihdam” (Capital Expansion, Rate of Growth and Employment) isimli eserinde Domar; yatırım, büyüme oranı ve istihdam arasındaki bağlantıyı öne sürmüştür. Domar, analizini gerçekleştirirken birtakım varsayımlar belirtmiştir. Bunlar (Domar, 1946: 137-138):

- Fiyatlar genel seviyesi durağandır.
- Olaylar arasında herhangi bir gecikme söz konusu değildir.
- Yatırımlar ve tasarruflar aynı dönemdeki gelirler ile alakalıdır.
- Ekonominin üretim kapasitesi ölçülebilmektedir.
- Gelir, yatırım ve tasarruflar net büyüklükler olarak görülmektedir.

Bütün bu varsayımlar etrafında, ekonominin üretim kapasitesi (P), ulusal gelire (Y) denk olduğu durumda ekonominin dengede varsayılabilir. Sermaye verimliliği (σ) ile gösterilmekte ve sermaye miktarındaki bir birimlik artışın üretim kapasitesinde yaratacağı artış miktarını ifade etmektedir. Bu artış miktarı $\Delta Y/\Delta K$ oranı ile açıklanmaktadır. Domar σ 'nın ana özelliklerini şu şekilde belirtmiştir (Domar, 1946: 140):

- σ 'nın kullanılıyor olması, diğer üretim faktörleri ve teknolojinin durağan olduğunu göstermez. Tam tersine, çoğunlukla teknolojik gelişme ile alakalıdır.
- σ , potansiyel yani, gizil kapasitedeki artışı açıklamaktadır.
- σ , bütün toplumdaki üretim kapasitesinin artması ile alakalıdır. Bu nedenle σ , gelir dağılımında meydana gelen farklılıklardan doğrudan etkilenmemektedir.

- σ ve S arasındaki ayırım, bir taraftan yatırım oranlarının büyüklüğü ile alakalı iken diğer taraftan iş gücü, doğal kaynak ve teknolojik gelişme gibi başka unsurların büyümesi ile alakalıdır.

Domar'ın büyüme literatürüne yapmış olduğu en önemli katkı, yatırımın ikili karakteri tanımlamasıdır. Yatırım, eğer hem üretim kapasitesini hem de gelirden artış yaratırsa, denklemin her iki yanı içinde gereken büyüme oranını sağlamaktadır. Ekonomide oluşan bir yatırım artışı, σ 'yla tespit edilen marjinal verimliliğe eğer sabit ise ekonominin üretim kapasitesi şu şekilde artış gösterecektir (Domar, 1946: 139):

$$\frac{dP}{dt} = I\sigma \quad (14)$$

Veri bir σ ile dP/dt , I 'nin bir fonksiyonunu göstermektedir. dI/dt 'nin bir fonksiyonu değildir. dP/dt , σ ve I pozitif olduğu sürece daima pozitifken, dI/dt negatif ya da pozitif olabilmektedir (Domar, 1946: 140). Denklem 14, sistemin arz yönünü gösterirken, sistemin talep yönünde çarpan teorisi bulunmaktadır. Aynı zamanda dY/dt dI/dt 'nin bir fonksiyonunu ifade etmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 25).

Marjinal tasarruf eğilimi α ile gösterilmektedir. Domar'a göre marjinal ve ortalama tasarruf eğilimleri zaman içerisinde sabit ve birbirine denktir (Taban, 2016: 104).

$$\alpha = \frac{S}{Y} = \frac{\Delta S}{\Delta Y} \quad (15)$$

Denklem 15'e göre (Domar, 1946: 141):

$$\frac{dY}{dt} = \frac{dI}{dt} \frac{1}{\alpha} \quad (16)$$

Basit Keynesyen çarpanı $\frac{1}{\alpha}$ ile gösterilmekte ve talep veya gelir düzeyi, yatırımdaki bir birimlik artıştan çarpan katsayısı kadar artacaktır (Taban, 2008: 61).

Bir ekonomide denge koşulu bulunuyor ise (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 25):

$$P_0 = Y_0 \quad (17)$$

$$\frac{dP}{dt} = \frac{dY}{dt} \quad (18)$$

$$I\sigma = \frac{dI}{dt} \frac{1}{\alpha} \quad (19)$$

$\alpha\sigma$: denge büyüme oranını göstermektedir.

Bütün problemler α ve σ değişkenleri ile halledilebilir ve bu değişkenlerin durağan olduğu varsayımı tamamıyla lüzumlu değildir (Domar, 1946: 141). Tam istihdam durumunun devam ettirilebilmesi için, gelir ve yatırımın her sene yatırımın ortalama verimliliği ile marjinal tasarruf eğiliminin çarpımına denk bir süratle artıyor olması lazımdır (Akt. Savaş, 2000: 829). Domar 'a göre gelirin, tam istihdamın ve yatırımın yıllık olarak $\alpha\sigma$ genişlemesi durumunda olabileceğini açıklamış ve buna ilaveten belirli bir oranda uyarılmış yatırıma, yatırımın yeterli bulunmaması hâlinde gerek duyulacağını ifade etmiştir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 25).

Ekonomi eğer bir denge hâlinde başlar ise gelirdeki beklenmekte olan artışın $(Y\alpha\sigma)$ yatırımın $Y\alpha\sigma/s$ 'a denk olmasını şart kılacaktır. σ eğer s 'ye denk ya da yakın olması durumunda $Y\alpha$ 'nın yatırım miktarı neticesinde denge devam ettirilebilmektedir. Ayrıca, σ eğer s 'den düşük yani altında ise ekonomik dengede bozukluklar meydana gelecektir (Domar, 1946: 145-146).

Büyüme modelinde denge büyüme hızını açıklayan Domar'a göre denge büyüme hızı, boş kapasite oluşturmayan gelir ya da yatırım artış hızını ifade eder (Hiç, 1988: 74). Bununla birlikte Domar, tam istihdam koşulları altında devamlı bir büyümenin nasıl sağlanacağını ifade etmeyi denemiş ve bu sebepten dolayı, Domar'ın büyüme teorisi Harrod'un teorisinden ayrılmıştır (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 26).

2.7.3. Neo-klasik Büyüme Teorileri

Büyüme teorileri 1960'lı yıllarda genelde Neo-klasik Teorilerden yararlanmaktadır. Neo-klasik büyüme teorilerine en önemli katkı Robert M. Solow tarafından yapılmıştır. 1956 yılında yayınlanan Solow “Ekonomik Büyüme Teorisine Bir Katkı” (A Contribution to the Theory of Economic Growth) isimli eserinde Harrod ve Domar’ın büyüme teorilerini temel birtakım sebeplerle eleştirilerde bulunmuştur. Bu eleştiriler; Harrod ve Domar’ın büyüme teorilerinde sermaye-hasıla katsayılarının sabit farz edilmesi, uzun dönemli sorunları kısa dönem çözümleme araçları ile araştırmaları, büyüme teorilerinin dengesiz bir büyümeye sebep olması gibi birtakım eleştirilerdir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 27).

Bir model eğer şu özellikleri sağlıyor ise Neo-klasik olduğu ileri sürülebilir (Yeldan, 2010: 114-115):

- Tasarrufların yatırım talebine denk olması gerekmektedir. Yani her zaman bu denklik söz konusudur ve tasarruf-yatırım dengesizliği bulunmamaktadır.
- Üretim fonksiyonu devamlı bir fonksiyon olmalı ve devamlı kısmi türevlere sahip olmalıdır. Buna ilaveten içbükey ve sabit getirili olması gerekmektedir.

Neo-klasik büyüme modelinin birtakım varsayımları bulunmaktadır. Bunlar (Tüylüoğlu, 2007: 677):

- Ekonomi her zaman tam istihdam seviyesinde ve potansiyel çıktıya sahip olup, piyasa mekanizması istikrarlı bir şekilde işlemektedir.
- Ekonomide homojen nitelikte tek bir ürün üretilmekte ve tüketilmektedir. Aynı zamanda bu mal üretilmekte olan ülkenin GSYİH’sini meydana getirmektedir.
- Yatırımlar tasarruflara denktir ($S = sY$ ve $S = I$). Bu sebepten dolayı ayrı bir yatırım fonksiyonunun modele dahil edilmesi gerekli değildir.
- Emek, veri ve n kadar durağan bir hızla büyümekte ($\Delta L/L = n$) ve teknolojik ilerleme başlangıçta olmamaktadır ($\Delta A/A = 0$).

- Nüfusun (P) artması ekonomik faktörlerden bağımsız olarak ilerlemektedir.
- Emek stoğu, nüfusun yaklaşık durağan bir oranı olmakla birlikte bu durum, $L = \theta P$ şeklinde gösterilmektedir.
- Emek ve sermaye, piyasa şartları altında birbiri yerine kullanılabilir. Bu sebepten dolayı emek başına sermaye (K/L) azalabilir ya da artabilmektedir.

Solow Büyüme Model’inde sadece tek bir mal üretilmektedir. Emek (L) ve sermaye (K) olmak üzere temelde iki üretim unsuru bulunmakta ve teknolojik gelişme sisteme dahil edilmediğinde üretim fonksiyonu şu şekildedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 27):

$$Y = F(K, L) \quad (20)$$

Sermaye ve emeğin yardımı ile çıktı (Y) üretimi yapılmaktadır. Bu çıktı seviyesinde, sermayeden aşınma payının farkının alınmış hâli olan net çıktı seviyesinden bahsedilmektedir. Bütün bunlar, ölçeğe göre sabit getirini var olduğunu göstermektedir. Bu sebeple, üretim fonksiyonu birinci dereceden homojen olmaktadır (Solow, 1956: 66-67).

Bir ekonomide belirli bir dönemde, sabit bir oranda tasarruf (s) yapıldığı varsayılmaktadır. Bundan dolayı tasarruf oranı $sY(t)$ şeklindedir. Bir toplumdaki sermaye stoğu $K(t)$ malının birikiminden meydana gelmektedir. Bu sebepten dolayı net yatırımlar, sermaye stoğunun artış oranı (dk/dt) ya da $\dot{K}$ şeklindedir. Bu sebeple $\dot{K}$ denklem 21’deki gibi olmaktadır (Solow, 1956: 66).

$$\dot{K} = sY \quad (21)$$

Birinci model ikinci modele uygulandığında:

$$\dot{K} = sF(K, L) \quad (22)$$

olmaktadır. Denklem 21’de iki tane bilinmeyen vardır. L , toplam istihdamı göstermekte ve kullanılabilir emek arzının yerine kullanılmakta, K ise; sermaye stoğunu göstermektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 28).

$$L(t) = L_0 e^{nt} \quad (23)$$

Denklem 23, $\dot{K} = sF(K, L)$ denklemine uygulandığında:

$$\dot{K} = sF(K, L_0 e^{nt}) \quad (24)$$

bulunmaktadır. Ek olarak $L(t) = L_0 e^{nt}$, emeğin arz eğrisini vermektedir. $\dot{K} = sF(K, L_0 e^{nt})$ bir tek değişken $K(t)$ ’de diferansiyel denklemi ifade etmektedir. Reel ücret oranının zaman içerisindeki değişimi, marjinal verimlilik denklemi ile belirlenmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 28).

$$r = \frac{K}{L} \quad (25)$$

r , sermaye emek oranını göstermektedir. Denklem 25'e göre (Solow, 1956: 68):

$$K = rL = rL_0e^{nt} \quad (26)$$

$$\frac{\partial F(K,L)}{\partial L} = w \quad (27)$$

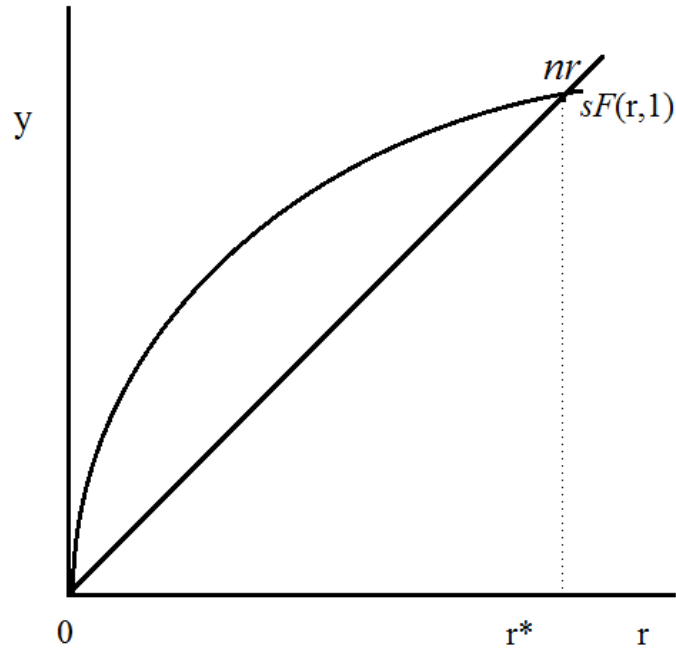
Denklem 26, $\dot{K} = sF(K, L_0e^{nt})$ 'e göre değişiklik yapılırsa:

$$(\dot{r} + nr)L_0e^{nt} = sF(K, L_0e^{nt}) \quad (28)$$

olacaktır. Ölçeğe göre sabit getiri sebebiyle, $(\dot{r} + nr)L_0e^{nt} = sF(K, L_0e^{nt})$ denkleminin her iki tarafı $L = L_0e^{nt}$ 'ye bölünmesi ile şu denklem oluşur (Solow, 1956: 69):

$$\dot{r} = sF(r, 1) - nr \quad (29)$$

Toplam ürün eğrisi $F(r, 1)$ fonksiyonudur. Sermaye-emek oranı, $\dot{r} = 0$ olduğunda sabit olmakta ve emek, sermaye stoğuyla benzer bir oranda genişlemektedir. Orijinden geçmekte olan n eğiminde bir ışın, nr fonksiyonunu temsil etmektedir. $sF(r, 1)$ fonksiyonu ise diğer eğridir. Cobb-Douglas tipi üretim fonksiyonu ($Y = F(K, L) = K^\alpha L^{1-\alpha}$; $0 < \alpha < 1$) geçerli olmaktadır. Emek başına çıktı sabit ve ölçeğe göre sabit getiri söz konusudur (Solow, 1956: 70). Cobb-Douglas tipi bir makro ekonomik üretim fonksiyonunun yardımı ile uzun dönem durağan durum büyüme oranının sıfır olacağı sonucu elde edilmiştir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 29).



Kaynak: Solow, 1956: 70.

Şekil 2.1. Temel Solow Büyüme Modeli

Sermaye oranının $r \neq r^*$ olması durumunda zaman içerisinde nasıl ilerlediğine bakılırsa (Solow, 1956: 70):

- $r > r^*$, $nr > sF(r,1)$ olması durumunda r , r^* 'a doğru düşüş gösterecektir.
- $r < r^*$ olması hâlinde, grafik $sF(r,1)$, $r > 0$ ve r , r^* 'a doğru düşüş gösterir.

Böylelikle denge değeri r^* 'da sabittir. Sermaye emek oranının ilk değeri her koşulda doğal oranda istikrarlı büyüme koşuluna doğru ilerlemektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 30).

Sermaye stoğu eğer başlangıç denge oranının altında ise, sermaye ve çıktı, denge oranına ulaşıncaya kadar emekten daha süratle büyümektedir. Eğer sermaye stoğu başlangıç denge oranının üstünde ise sermaye ve çıktı, emekten daha yavaş büyüyecektir. Çıktı büyümesi her zaman iş gücü ve sermaye arasında oluşmaktadır (Solow, 1956: 71). Neo-klasik Büyüme Teorisi'nin varsayımları etrafında Cobb-Douglas tipi üretim fonksiyonunun yardımı ile sabit durum büyüme oranının sıfır

olduğu sonucu elde edilmektedir. Yani devlet politikalarının uzun dönemli ekonomik büyüme üstündeki etkisi çok zayıf olmaktadır (Kibritçioğlu, 1998: 8). Neo-klasik Büyüme Teorisi, durağan durumu dikkate aldığında iki öngörü öne sürmüştür. Bu teoriye göre, kişi başına düşen gelir ile tasarruf oranı arasında doğru orantı bulunmaktadır. Bir başka deyişle, nispi olarak çok tasarrufta bulunan bir ülke az tasarrufta bulunan bir ülkeye oranla sabit hâlde daha zengin ve daha sermayesi yoğundur. Ama tasarruf oranı her ne olursa olsun teknolojik ilerleme hızı aynı iki ülkenin durağan hâl büyüme hızları birbirlerine denktir (Yülek, 1997: 5).

Solow Büyüme Modelinde ekonomi uzun dönemde kararlı bir büyüme sergileyecektir. Azalan verimler yasası geçerli olduğundan dolayı ekonomik büyümeyi belirleyen ana öğeler, dışsal olarak kabul edilmiş olmalarına rağmen, nüfus hızı ve teknolojik ilerlemelerdir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 30).

Yakınsama terimi, daha düşük kişi başı gelir seviyesine sahip ülkelerin kişi başına kavramlarla daha hızlı ilerlemeleri olarak açıklanabilmektedir (Barro ve Sala-i-Martin, 1995: 31). Solow Büyüme Modeli, ülkelerin istikrarlı ilerlemeye doğru yakınsayacağını tahmin etmektedir. Bu sebeple, iş gücü başına düşen çıktıdaki ayrılıklar, ülkelerin nispi olarak istikrarlı ilerlemeden farklı yerlerde bulunmalarından dolayıdır. Daha düşük kişi başı gelir seviyesine sahip olan ülkelerin daha yüksek gelirli ülkeleri yakalayacağı varsayılmaktadır (Romer, 2006: 31). Ekonomiler eğer; tasarruf, çalışma isteği, teknolojik ilerlemeler ve devlet politikaları gibi birtakım yönlerden değişiklik gösteriyorsa yakınsama gücü yalnızca şartlı bir durumda geçerlidir. Sermayenin ve iş gücü başına çıktının durağan durum seviyeleri, Neo-klasik Büyüme Teorisi'nde nüfusun büyüme oranı, tasarruf eğilimi ve üretim fonksiyonunun konumuna bağlı olduğundan dolayı yakınsama koşulludur (Barro, 1997: 1-2).

Tasarruf fonksiyonu Neo-klasik Büyüme Teorisi'nde negatif eğimli ve ülkeler durağan durumu yakınsamaktadır. Bu teoride yakınsama özelliği, ülkelerin faktör donanımlarının farklı olması ve sermayenin azalan getirisinden dolayıdır. Solow Büyüme Modeli, sermayenin verimlilik oranı, daha çok iş gücü başına sermayeye sahip olan ülkelere daha düşük olmaktadır. İş gücü başına daha az sermayeye sahip olan ülkeler daha fazla getiri ve daha yüksek büyüme sağlama yönündedirler. Bilginin

yayılmasında eğer gecikme söz konusu ise, bazı ülkelerin en uygun teknolojileri kullanamadığından dolayı gelir farklılıkları ortaya çıkacaktır (Romer, 2006: 32).

Solow Büyüme Modeli yakınsamayı tahmin etmemektedir, yalnızca bir ülkenin başka bir ülkenin durağan durum değerine ne şekilde yakınsadığını tahmin edebilmektedir. Başka bir ifadeyle, Solow Büyüme Modeli yakınsamayı, yalnızca birtakım durağan durumun belirleyen kontrol altına alıp tahmin edebilmektedir. Bu durum “koşullu yakınsama” olarak açıklanmaktadır (Mankiw vd., 1992: 422).

2.7.4. İçsel Büyüme Teorileri

İçsel Büyüme Teorileri, ilk defa Paul M. Romer’in 1986’da yayınlamış olduğu “Artan Getiriler ve Uzun Dönem Büyüme” (Increasing Returns and Long Run Growth) isimli makalesi ile teorik olarak ele alınmıştır. İlerleyen dönemlerde Robert E. Lucas (1988) ve Robert J. Barro’nun (1991) çalışmaları ile İçsel Büyüme Teorileri farklı bir aşamaya ulaşmıştır (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 31).

İçsel Büyüme Teorilerinin temel varsayımları şunlardır (Arestis ve Sawyer, 2006: 117):

- Sermaye birikimi; fiziki sermaye, beşeri sermaye, sosyal sermaye ve kamusal altyapı gibi bir sınıflandırmaya tabidir.
- Üretim aşamasında kullanılmakta olan iş gücü ve sermaye birleşimleri artan getiriler elde etmektedir.
- Toplumdaki bireylerin davranışları neticesinde tasarruflar oluşur ve kendisine muadil bir miktarda yatırıma yatırılmaktadır. Daha sonradan gerçekleşecek olan yatırımlarında sermaye birikimine katkısı olacaktır.
- Oluşan sermaye birikimleri ile sonradan oluşacak yeni yatırımlar kâr maksimizasyonu sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Yatırım miktarı, sermayenin fiyatından yani, faizden etkilenmektedir. Bu durumda, tasarruf miktarını ve yatırım seviyesini belirleyen unsur faizdir.

2.7.4.1. Ar-Ge Faaliyetlerine Dayalı İçsel Büyüme Teorileri

Ar-Ge faaliyetlerine dayalı İçsel Büyüme Teorilerine en önemli katkılar; Paul M. Romer (1990), G. N. Grossman ve E. Helpman (1991) ve Philippe Aghion ve Peter

Howitt (1992) tarafından yapılmıştır. Bu kısımda ismi geçen tüm iktisatçılara kısaca yer verilecektir. Romer çalışmasını üç temel varsayıma dayandırmaktadır. Bunlar (Romer, 1990: 72-74):

- Teknolojik ilerleme ekonomik büyümenin temel dinamiğini oluşturmaktadır. Ekonomik büyüme esasta, kısmi olarak dışlanabilir ve rakip olmayan girdilerin birikmesinden meydana gelmektedir.
- Bireyler kişisel menfaatlerine göre davrandıklarından dolayı teknolojik değişim içseldir. Bu sebepten dolayı teknolojideki ilerlemeler kısmi de olsa dışlanabilir.
- Teknoloji rakip olmayan bir girdidir. Ham maddelerle çalışmak için verilen yönergeler, özelliği gereği diğer ekonomik mallardan farklılık göstermektedir. Yeni bir yönerge meydana getirildiği durumda, yeniden ek bir maliyete katlanılmadan kullanılmakta ve sadece toplam sabit maliyeti arttırarak yeni bilgiler üretilebilmektedir.

Romer çalışmasında bazı temel tanımlamalarda bulunmuştur. Bu tanımlamalara göre rakiplik, saf bir teknolojik özelliktedir. Rakip bir saf malı kullanma hakkı bir firma ya da kişiye hasır. Bir başkasının kullanımında engeller bulunmaktadır. Fakat rakip olmayan saf bir malda, kullanma hakkına sahip olmada engel bulunmamaktadır. Dışlanabilirlik, yasal sistemin ve teknolojinin bir fonksiyonu niteliğindedir. Bir mal eğer sahibi tarafından bir başkasının kullanmasından korunabiliyorsa o mal dışlanabilmektedir. Kamu malları, rakip olmayan ve dışlanamayan mallar iken; geleneksel ekonomik mallar rakip ve dışlanabilir mallardır. Büyüme teorisi bakımından rakip olmama iki sebeple mühimdir (Romer, 1990: 73-75):

- Herhangi bir bireyi temel almadan, rakip olmayan bir mal biriktirebilmektedir. Başka bir deyişle, bir bireyin ömrü ve kendisini geliştirebileceği yıllar kısıtlıdır. Fakat birey ölse dahi, bilgilerini kullanıp üretmiş olduğu örneğin bilimsel bir kanun ya da yazılımı ilerde kullanımı sürmektedir.
- Rakip olmayan bir mal gibi işlenen bilgi, bilgi artmasına olanak tanımakta ve bu ekonomik büyüme bakımından önemlidir.

Ekonomik faaliyetler Romer'in modelinde; Ar-Ge sektörü, ara mallar ve nihai mallar sektörü olmak üzere bu üç sektörde gerçekleştirilmektedir. Ar-Ge sektöründe büyümenin sürekliliğini devam ettiren yeni düşünceler üretilirken, nihai mallar sektöründe tüketim ve yatırım malları üretilmekte. Bir firmanın bilgi sermayesinin getiri oranındaki yükselmeler, Ar-Ge faaliyetlerindeki iyileşmeler ile olmaktadır. Ar-Ge sektörünün vermiş olduğu bilgilerin kullanılması ile ara mallar sektöründe üretim meydana gelmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 33).

Romer, İçsel Büyüme Teorilerinde bir ekonominin daha fazla insan sermayesi stoğu ile daha süratli büyüebileceğini söylemektedir. Piyasa genişledikçe Romer'e göre büyüme ve Ar-Ge çalışmaları artacaktır. Bu durum, serbest uluslararası ticaretin gelişme hızını arttırabileceğini göstermektedir (Romer, 1990: 99).

Romer'in modelinde dört ana girdi söz konusudur. Bu girdiler; fiziki sermaye (K), iş gücü (L), beşeri sermaye (H) ve teknoloji düzeyinden (A) oluşmaktadır. Ekonomideki toplam üretimin tüketilmeyen bölümü, sermaye malı olarak kullanıldığından dolayı, sermaye; tüketim mallarının birimi ile belirtilmektedir. L , insan sayısı ile ölçülmekte ve sağlıklı bir bireyden sağlanan göz-el koordinasyonu gibi yeteneklerden oluşur. H , eğitim yılı ya da işteki eğitimin özelliğine göre belirlenmekte ve iş eğitimi ve formâl eğitim gibi faaliyetlerin toplamından meydana gelmektedir. A , engeller olmadan büyüme gösterebilmektedir. İş gücü ve beşeri sermaye unsurlarının toplam arzı durağandır. Y çıktısı, L yani fiziksel emeğin bir fonksiyonunu temsil etmektedir (Romer, 1990: 79).

Ekonomideki fiziksel sermaye stoğu (x) şu şekildedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 33):

$$\int_0^{\infty} x(i)di \quad (30)$$

Denklem 30'a göre, nihai mallar sektörü için Cobb-Douglas tipi üretim fonksiyonu denklem 31 ile açıklanmaktadır (Romer, 1990: 80):

$$Y(H_Y, L, x) = H_Y^\alpha \int_0^\infty X(i)^{(1-\alpha-\beta)} \quad (31)$$

biçimindedir. Bu üretim fonksiyonunda ölçeğe göre sabit getiri söz konusu ve birinci dereceden homojendir. İlaveten üretim unsurları birbirlerinin yerine geçebilmekte yani, tam ikame olabilmektedir. H_Y , nihai mallar sektöründe üretimde yer alan toplam beşeri sermayeyi ifade etmektedir (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 34).

Nihai mallar sektöründe faaliyet gösteren firmalar için kâr maksimizasyonu denklem 32'deki gibidir (Romer, 1990: 86).

$$\max_x \int_0^\infty [H_Y^\alpha L^\beta x(i)^{(1-\alpha-\beta)} - P(i)x(i)] di \quad (32)$$

ve kâr maksimizasyonu şartına göre ters talep fonksiyonu denklem 33'teki gibi ifade edilebilir (Romer, 1990: 86):

$$P(i) = (1 - \alpha - \beta) H_Y^\alpha L^\beta x(i)^{-\alpha-\beta} \quad (33)$$

P , fiyatı ifade etmektedir. Denklem 33, nihai mallar sektöründe kâr maksimizasyonu elde etmeye çalışan firmaların i sermaye malını tercih etmesi hâlinde, bu malları üreten ara malı sektörünün karşılayacağı fiyatlar kümesini ifade etmektedir. Böylece ara mallar sektöründeki kâr maksimizasyonu şöyle gösterilebilir (Romer, 1990, 86):

$$\pi = \max_x P(x) - r\eta x = \max_x (1 - \alpha - \beta) H_Y^\alpha L^\beta x^{(1-\alpha-\beta)} - r\eta x \quad (34)$$

r : getiri oranı

η : üretilecek nihai mal miktarı

$P(x)$, ara mallar sektöründe faaliyet gösteren firmaların yeni bir ürünü ellerinde bulundurmaktan edineceği kira gelirini ifade etmektedir. x malını üretmek için gerekli olan ηx birim çıktının maliyeti ise faiz olmaktadır (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 34).

Grossman ve Helpman (1991), “Küresel Ekonomide Yenilik ve Büyüme” (Innovation and Growth in the Global Economy) isimli eserinde, fazla ülkeli bir dinamik dengeyi üç sektörlü bir yapı çerçevesinde çalışmıştır. Grossman ve Helpman Teorisine göre ekonomi üç sektörden meydana gelmektedir. Bu sektörler (Grossman ve Helpman, 1991: 115-122):

- Birinci sektör, yalnızca iş gücünü kullanarak araştırmayı bir girdi olarak üretmekte ve bu sektöre göre yenilik oranı:

$\gamma > 0$ 'a denktir.

- İkinci sektör, ara malını şu şekilde üretim fonksiyonu ile üretmekte:

$$D = A_D X$$

D , ara malları çıktı göstergesini; X , ikinci sektörde çalışan iş gücü miktarını; A_D , sektördeki verimlilik göstergesini ifade etmektedir. Bu göstergenin büyüme oranı şu şekildedir:

$$\frac{\dot{A}_D}{A_D} = \mu \gamma$$

$\mu > 0$ uzmanlaşma değişkenidir ve pozitif bir parametredir.

- Üçüncü sektör, nihai malları (Y) üretmektedir. Üretim fonksiyonu aşağıdaki gibidir:

$$Y = A_Y K^\beta D^\eta L_Y^{1-\beta-\eta}$$

$$0 < \beta, \eta, \beta + \eta < 1$$

$A_Y > 0$, üretimin sabit değişkenidir. K , birleşmiş sermaye stoğunu; D , ara mallar girdisinin göstergesini; L_Y , üçüncü sektörde istihdam edilen emek miktarını ifade

etmektedir. Bu sektörde ölçeğe göre sabit getiri ve tam rekabet söz konusudur. Nihai çıktının büyüme oranı, ara malların uzmanlaşma göstergesi (μ) ve yenilik oranı (γ) yoluyla, Ar-Ge etkinliği ile pozitif bağlantılıdır. Uzun dönem analizi, yenilik oranının artmasıyla birlikte nihai çıktının fiyat seviyesinin düşmesini göstermektedir (Grossman ve Helpman, 1991: 122).

Az gelişmiş ülkeler Grossman ve Helpman'a göre, dış ticaretlerini serbestleştirdikleri zaman dünya bilgi stoğuna teknoloji transferi vasıtasıyla erişebilecekler ve zaman içerisinde dünya ticaretinde ortaya çıkacak ilerlemenin etkisi ile serbestleşmeden fayda elde edeceklerdir (Ercan, 2000: 133).

Bu teoriye bir diğer katkı ise Aghion ve Howitt (1992) aracılığıyla olmuştur. Aghion ve Howitt'e göre teknolojik yenilikler içsel ve büyüme süreci sadece teknolojik gelişmenin bir neticesidir. Teknolojik yenilikler ise, yenilikler ortaya çıkaran araştırmacı firmaların kendi aralarındaki rekabetin neticesidir. Aghion ve Howitt'e göre ticareti yapılabilir olan nesneler; emek, tüketim malları ve ara mallar olmak üzere üçe ayrılmaktadırlar. Bir yenilik neticesinde yeni bir ara malı meydana gelmektedir. Oluşan bu ara malı da nihai malın üretim aşamasında daha verimli bir biçimde kullanılmasına olanak tanımaktadır. İş gücü kendi içerisinde üçe ayrılmakta ve bunlar (Pehlivan ve Utkulu, 2015: 36):

- Yalnızca tüketim mallarının üretiminde kullanılan emeğe vasıfsız emek denilmektedir.
- Araştırma ya da ara sektörde kullanılan emek, vasıflı emektir.
- Yalnızca araştırmada kullanılan ise uzmanlaşmış emektir.

Sabit bir M miktarında vasıfsız iş gücünün ve ara malının kullanılması ve sabit verimler koşulu altında, tüketim malı üretilmekte ve ayrıca M sabit olduğu durumda üretim fonksiyonu şu şekildedir (Aghion ve Howitt, 1992: 327):

$$y = AF(x) \text{ ki } F' > 0, F'' < 0 \quad (35)$$

y , tüketim malının çıktı akımını; A , ara girdinin verimliliğini; x , ara malı akımını ifade eden değişkenlerdir. Tüketimin marjinal faydası durağandır. Yalnızca vasıflı emek kullanılarak ara malı üretilmekte ve buna göre:

$$x = L \quad (36)$$

L , ara sektörde kullanılmış olan vasıflı emek akımını göstermektedir. Araştırmalar, yeniliklerin rassal sırasında üretilmekte ve bu:

$$\lambda\varphi(n, R) \quad (37)$$

n , araştırmada kullanılmış olan vasıflı iş gücü akımı; λ , sabit bir değişken; φ , sabit getirili konkav bir üretim fonksiyonunu göstermektedir. φ ve λ araştırmanın teknolojisi ile tespit edilmektedir. Bu teknolojiye hafıza söz konusu değildir. Ar- Ge faaliyetlerinde vasıflı emeği kullanmayan bir ekonomide büyüme meydana gelmez. Araştırma için vasıflı emek, gerekli temel üretim unsurudur (Aghion ve Howitt, 1992: 327):

$$\varphi(0, R) = 0 \quad (38)$$

Burada her bir zaman aralığı rassal ve zaman süreklidir. Yeni bir ara malının bulunması ile farklı yenilikler oluşur ve ara malının girdi olarak kullanılmasıyla tüketim malının üretilmesinde daha etkili yolların kullanımını elverişli kılacaktır (Pehlivan ve Utkulu, 2015:37). Yeni ara malının kullanılmasıyla verimlilik değişkeni A 'yı arttıracak ve $\gamma > 1$ olacaktır. Teknolojinin yayılmasında gecikme söz konusu değildir. Bu sebeple en modern ara malı her zaman üretilecektir (Aghion ve Howitt, 1992: 328):

$$A_t = A_0\gamma^t \quad (t = 0, 1, \dots) \quad (39)$$

A_0 , başlangıç değerini göstermektedir. Aghion ve Howitt'e göre durağan durum denge analizine göre temel varsayımlar şunlardır (Aghion ve Howitt, 1992: 334-335):

- Faiz oranlarındaki bir azalış, monopol kârının şu an ki değerini yükseltme yoluyla araştırmanın marjinal faydasını yükseltmektedir.
- Farklı her bir yeniliğin büyüklüğündeki çoğalma, bu dönemin verimliliği ile bağlantılı olarak bir sonraki zaman diliminin monopol kârının büyüklüğünde artış meydana getirerek araştırmanın marjinal faydasını yükseltmektedir. Böylece ortaya çıkan her bir yenilik, verimlilikte daima artış yaratacaktır.
- Vasıflı iş gücü donanımındaki yükseliş, vasıflı iş gücünün ücretini düşürme yoluyla marjinal fayda da artış meydana getirmekle birlikte araştırmanın marjinal maliyetini azaltmaktadır.
- Varış değişkenindeki (λ) bir artış, marjinal maliyet ile birlikte araştırmanın marjinal faydasını da azaltmaktadır.

Araştırma firmaları başarılı bir yenilik patenti aldığı zaman bunun monopol kârını elde etmek isterler ve bu hedef için başvuruda bulunurlar. Fakat bu kiralara daha sonraki bir yeniliğin meydana gelmesi ile birlikte zarar görecektir. Bu modele eğer sermaye dâhil edilirse model, gerçeklik ve zenginlik elde edecektir (Aghion ve Howitt, 1992: 349).

2.7.4.2. Beşeri Sermayeye Dayalı İçsel Büyüme Teorileri

Emek tarafından içerilen tüm bilgi ve becerilerin toplamı beşeri sermaye olarak adlandırılabilir. Dahı iyi bir eğitim görmüş ve beceri kazandırılmış, sağlıklı ve dengeli beslenebilen bir insan kaynağı, daha etkin çalışabilen beşeri sermaye, artan iş gücü verimliliği anlamına gelmektedir. Bu sebeple, beşeri sermaye üzerine yapılacak yatırımlar üretim faaliyetlerini hızlandırarak ekonomik büyümeye neden olacaktır (Kaynak, 2005: 283).

Lucas, Neo-klasik Büyüme Teorisine oldukça yakın bir teoride bulunmuş ve bir ekonomideki çıktı seviyesinin (Y); fiziki sermaye ve etkin iş gücü (N^e) tarafından belirlendiğini söylemiştir. Yani, üretim fonksiyonu şu şekildedir (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 81):

$$N^e = uhN \quad (40)$$

Etkin iş gücüne göre üretim fonksiyonu tekrardan düzenlenecek olursa (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 81):

$$Y = F(K, uhN) \quad (41)$$

meydana gelecektir. Denklem 41'deki üretim fonksiyonuna göre, çıktı ile emeğin yetenek seviyesi, çalışmada geçirilen zaman, emek arzı ve sermaye arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusudur. Lucas'a göre, daha fazla okullaşma oranı ile bağlantılı olan beşeri sermaye birikimi, çalışma süresinin dışında olan zaman ile $(1 - u)$ ilgilidir. Yani, iş gücünün çalışma saatleri dışında kalan zamanlarında bilgi birikimi ve yeteneğinde artış olacaktır. Böylece beşeri sermaye birikimi:

$$\dot{h}(t) = h(t)\delta[1 - u(t)] \quad (42)$$

şeklinde olacaktır. Denklem 42'ye göre, $u(t) = 1$ olması hâlinde, mevcut emek bütün zamanını üretimi ortaya çıkarmak için geçirecek, yeteneklerini geliştirmek ve ortaya çıkarmak için zaman olmayacaktır. Böylece beşeri sermaye birikimi sıfıra eşitlenecektir. $u(t) = 0$ olması hâlinde ise, mevcut emek bütün zamanını yeteneklerini geliştirmek için harcayacak ve beşeri sermaye birikimi maksimum bir değere ulaşacaktır (Lucas, 1988: 17-19).

Beşeri sermaye, teoride sosyal bir faaliyet olarak kabul edilmekte ve fiziki sermayenin doğal bir parçası olarak varsayılmamıştır. Genellikle okullaşma oranı ile bazı özel çaba ve harcamalar ile ilişkilendirilerek çalışma dışı zaman ile bağlanılmıştır. Hâlbuki beşeri sermaye birikimi, bütün bu kişisel yeteneklerin geliştirilmesi ile birlikte aynı zamanda; hizmet içi eğitim, yaparak öğrenme ve fiziki sermaye gibi çalışma içi unsurlarla da yakından alakalıdır. Mesela yaparak öğrenme teorisinde, üretim

aşamasında geçen süre olan $u(t)$ yükseldikçe beşeri sermaye birikimi artış gösterirken, Lucas'ın teorisinde çalışma dışı süre olan $[1 - u(t)]$ arttıkça beşeri sermaye birikimi artış gösterecektir. Çalışma dışı öğrenme ve yaparak öğrenme arasındaki bu paradokstan ve $1 - u(t) + u(t) = 1$ olmasından hareket edilerek beşeri sermaye birikimi denklemi $\dot{h}(t) = \delta h(t)$ şeklinde olacaktır. Bu denkleme göre, beşeri sermaye birikiminin kaynağı yine kendisi olmaktadır (Demir, 2002: 4).

2.7.4.3. Kamusal Altyapıya Dayalı İçsel Büyüme Teorileri

Kamu politikası analizleri, içsel büyüme teorileri kapsamında R. Barro (1990) aracılığıyla yapılan çalışmalar ile ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, kamu sektörü tarafından elde edilen mal veya hizmetlerin bir üretim faktörü olduğu ve üretim fonksiyonu sermaye ile bu üretilen maldan meydana gelmiştir. İlaveten bu teoride, devletin tek gelirinin yalnızca gelir vergisi, tek giderinin de kamu malının üretimi olduğu ve bütçenin her daim eşit olduğu varsayılmaktadır (Yülek, 1997: 10).

Hükümetler bu modelde, ekonomik büyümeyi sağlamak için hem yatırımda bulunacak hem de yatırımların artması için özel sektöre vergi teşviki, sübvansiyon gibi unsurlar ile destekte bulunacak. Sermaye stoğu özel sektör yatırımları ile artarken, artan vergi gelirleri de denk bütçe yolu ile kamu malının üretiminde artış yaratacaktır. Barro'ya göre kamu sektörü tarafından yapılan altyapı harcamalarının özel sektörün sermaye verimliliğinde artış meydana getireceğini ve bu harcamaların vergiler ile finanse edileceğini söylemiştir (Berber, 2006: 183).

Barro, reel kamu yatırımlarının reel GSYİH'ya olan oranını yaptığı çalışmada kullanmış ve bu oranı g'/y şeklinde göstermiştir. Etkin kamusal hizmetlerin (g) oluşturulmasına olanak tanıyan kamusal sermaye stoğu (k^g), kamu yatırımları tarafından meydana gelmektedir. Bu durumda g ifadesi, ulaştırma, elektrik, su, sağlık ve eğitim gibi altyapı hizmetlerini göstermektedir. Barro yapmış olduğu analizde, kamusal sermaye kullanılarak elde edilen hizmet akımlarının daima optimal olmayacağını söylemiştir (Barro, 1990: 123).

Kamu ve özel sektörün üretim fonksiyonları aynı farz edildiği için özel sermaye stoğu ile kamusal sermaye stoğunun birleşmiş olduğu modelde kamusal sermaye stoğu, toplam sermaye stoğunun (k) bir parçasını oluşturmakta ve bu sayede toplam sermaye

stoğu kamusal hizmetlerin üretilmesine olanak tanımaktadır. Bir başka deyişle, $k^g = (g/y).k$ olmaktadır. Bu sebeple (g/y) terimi, (k^g/k) oranı yoluyla tespit edilebilmekte. Barro'ya göre birçok ülkede k^g ve k değerlerinin tespit edilmesinin zor olduğunu söylemiş ve çalışmasında g^l/i oranını k^g/k oranı yerine kullanmıştır. Özel ve kamusal yatırımların toplamını i terimi açıklamaktadır. Ele alınan varsayıma göre, (g/y) oranı belirli bir zaman dilimi içerisinde sabit varsayılmış, kamusal ve özel sermayenin de aynı aşınma oranına bağlı olduğunu söylemiştir. Teoriye göre, büyüme oranının (γ) , g^l/i 'yla olan bağlantısı hükümetin davranışları ile ilgilidir. Devletler, kamu harcama seviyesini optimuma doğru yaklaşırsa, başka bir ifadeyle maksimum büyüme noktasına yaklaşırsa γ ile g^l/i arasındaki bağlantı çok zayıf olmaktadır. Devletler eğer etkin kamusal hizmetleri az bir seviyede yaparsa, g^l/i ile γ arasındaki korelasyon da negatif veya pozitif olmaktadır (Barro, 1990: 123).

Barro'ya göre yapılan bu çalışmada, kamu harcamalarındaki bir artışın aralarında çelişkili iki sonuç ortaya çıkabileceğini söylemiştir. Birincisi, kamu harcamalarında meydana gelen bir artış sermayenin marjinal brüt verimliliğini arttıracaktır. Bu ise ekonomik büyümenin lehine olacaktır. İkinci sonuç ise, kamu harcamaları zorunlu olarak vergide de bir artışa sebep olacaktır. Bunun sebebi ise, Barro'ya göre, kamu harcamalarında meydana gelen bir artış, vergi oranlarındaki bir artıştan etkilenmektedir. Bu ise zaman içerisinde büyüme üzerinde bir azaltıcı etki yaratacaktır. Sonuçta, bu iki etkinin birbirini eşitlediği durumda kamu harcamalarının maksimum olacağı teoride ifade edilmiştir (Parasız, 2003: 210).

2.7.4.3. AK Modeline Dayalı İçsel Büyüme Teorileri

Birçok ülkede son iki yüzyıldır, kişi başına düşen GSYİH değerlerinde devam ettirilebilir artışlar meydana gelmiş ve bununla ilgili olarak büyüme sürecinde oluşan devam ettirilebilir artışları açıklamak modern büyüme teorilerinin ana hedefini belirlemiştir. Bu durumda yapılan ilk çalışmalar, teknolojik ilerleme sürecinin GSYİH büyümesini pozitif yönlü etkilemiş olduğu sonucu elde edilmiştir. “AK Modeli” olarak isimlendirilen bu modeller, sermaye stoğu arttıkça sermaye getirisinin azalmayacağını varsaymaktadır. Bu modeller şunu ifade etmekte; üretim aşamasında azalan verimler söz konusu olmadığından dolayı yüksek sermaye birikimi devamlı olarak yatırımları arttıracak ve böylelikle ekonomik büyüme süreci süreklilik kazanacaktır. Böylece,

ekonomik büyüme ile yatırımlar arasında pozitif yönlü güçlü bir bağlantı olacaktır (McGrattan, 1998: 14).

AK modelinde, hane halkları her dönemde refahlarını (U) maksimum edebilmek için belirli bir seviyede kişi başına tüketim (c) ve yatırım (x) ihtiyacı olur. Yani (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 84):

$$\max_{\{c_t, x_t\}} \sum_{t=0} \beta^t U(c_t) \quad (43)$$

gibi bir bağlantı söz konusudur. Denklem 43'te β katsayısı, $0 < \beta < 1$ arasında değer alan bir sabiti ifade etmektedir. t ise, belirli bir zaman dilimini açıklamaktadır. Yukarıdaki denklem; sermaye kısıtı, kaynak kısıtı ve bir eşitsizlik kısıtından meydana gelmektedir (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 84):

$$c_t + x_t = AK_t \quad (44)$$

$$K_{t+1} = (1 - \delta)K_t + x_t \quad (45)$$

$$c_t \geq 0 \text{ ve } x_t \geq 0 \quad (46)$$

Denklem 44'te K , t dönemdeki sermaye stoğunu; A , teknoloji düzeyini ve denklem 45'te δ ise, sermaye stoğundaki aşınma payını ifade etmektedir. Bu durumda, modeldeki çıktı düzeyi (Yılmaz ve Akıncı, 2012: 84):

$$Y_t = AK_t \quad (47)$$

şeklinde. Üretim teknolojisi, $c_t + x_t = AK_t$ eşitliğine göre ölçeğe göre sabit getiri sağlamaktadır. Yani, sermaye stoğu iki katına çıktığı durumda çıktı düzeyi de iki katına

çıkacaktır. Modelde teknolojik ilerlemenin, azalan verimleri yok edeceği söylendiği için sermaye stoğunda meydana gelen fazla artışların yatırımları ve böylelikle ekonomik büyümeyi istikrarlı olarak hızlandıracağını belirtmiştir. AK modelinde esas olarak üzerinde durulan nokta, teknolojinin zaman içerisinde değişmeyeceği ve böylelikle çıktı büyümesinin sermaye stoğundaki büyümeye denk olacağıdır. $K_{t+1} = (1 - \delta)K_t + x_t$ denkleminde, denklemin her iki tarafı sermaye stoğuna (K_t) bölünmesi durumunda:

$$\gamma_t = 1 - \delta + x_t/K_t \quad (48)$$

$$\gamma_t = 1 - \delta + Ax_t/y_t \quad (49)$$

denklemleri oluşacaktır. γ_t , t dönemdeki sermaye stoğu ve çıktının büyüme birikimini ifade eder. Denklem 49'da, sermaye stoğunun artmasıyla birlikte ekonomide yapılacak olan yatırım ile çıktı büyümesi arasında pozitif yönlü güçlü bir bağlantı olduğu söylenebilir (McGrattan, 1998: 14).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

3.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin en açık özelliği “karmaşık” örgütlenme yapısıdır. Sağlık Bakanlığı, T.C. Anayasası’na göre sağlık hizmetlerinin plan ve sunumunda birinci derecede sorumlu kurumdur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunum ve planını yapan tek kurum değildir. Milli Eğitim Bakanlığı gibi bazı bakanlıklar, bankalar, kamu iktisadi kuruluşları, üniversiteler, silahlı kuvvetler ve özel sektör gibi bazı kurumlarda sağlık hizmetlerinin sunum ve planını yapmaktadır. Oluşan bu karmaşık yapıdan dolayı; nüfusun tespit edilmesi, risk gruplarının belirlenmesi, uygun bir kaynak dağılımı, yapılan hizmetlerin değerlendirilmesi, kayıtların alınıp birleştirilmesi ve planlamaların yapılması gibi önemli hususlarda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Diğer bir taraftan bütün bu karmaşık yapı içerisinde Sağlık Bakanlığı; ülke içerisindeki sağlık hizmetlerinden sorumlu ve geniş hizmet alanına sahip en önemli kurumu temsil etmektedir. Sağlık Bakanlığının dışındaki diğer kurumlar çoğunlukla hastane hizmeti üretmekte ve sınırlı gruplara hizmet vermektedir. Bütün bunlar dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığı Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğu söylenebilmektedir. İlaveten, ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlanmasından yetkili olan kuruluşun yürürlükteki yasalara göre, Sağlık Bakanlığı olduğu görülmektedir (Akdur, 2006: 36).

3.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri’nde Karşılaşılan Sorunlar

Sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların hangi sıra ile hangi bölgelere, programlara, hizmetlere ya da hastalıklara ayrılması gerektiğine önceliklerin belirlendiği süreçte karar verilmektedir (Klein, vd., 1995: 769; Tragekes ve Vionenon, 1998: 1-4; Bobadilla, 1996: 43). Sağlık sektöründe önceliklerin belirlenmesindeki temel neden; bu sektördeki kaynakların sınırlı olması ve bütün sağlık giderlerinin bu sınırlı kaynaklar ile karşılanamamasıdır. Bu sebepten dolayı sınırlı olan kaynaklar etkin ve

verimli bir şekilde kullanılarak, topluma maksimum seviyede fayda sağlanacak önceliklerin tespit edilmesi gerekmektedir. (Top, 2000: 95).

Sağlık sektöründe optimum faydayı sağlayacak şekilde önceliklerin belirlenmesi aynı zamanda sektördeki sorunların asgari düzeye indirgenmesi anlamına gelmektedir. Bu bağlamda önceliklerin belirlenmesi sürecinde karar verici rolü bulunan kişi ve örgütlerin makul seçenekleri tercih etmesi, sektörü etkileyen her türlü etkenlerin doğru analiz edilmesi gerekmektedir. Başka bir deyişle öncelikler belirlenirken durum analizi yapılmalı sektörün temel sorunları göz önüne alınmalıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili karşılaşılan temel sorunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Türkmen, 2015: 11);

- 663 sayılı KHK ve takip eden düzenlemelerle, Sağlık Bakanlığının düzenleyici, planlayıcı ve denetleyici yönleri güçlendirilmek istenmiş, ancak görev, yetki ve sorumlulukların merkez ve taşra arasındaki dağılımı netlik kazanmak yerine daha karmaşık hale gelmiştir. Bu bakımdan özellikle niteliği benzeyen sağlık hizmetlerinin taşrada farklı birimlerce yerine getirilmesi etkinlik ve verimliliği olumsuz etkilemekte ilave bürokrasiye neden olmaktadır.
- Sağlık personeli nicelik olarak arttırılmakla birlikte gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında hemşire/doktor oranı (0.99) oldukça düşüktür. Bu durum en temel sağlık işlemlerinde aksamaya, doktorlar ve hastane altyapısında verimsizliğe neden olmaktadır.
- Hastaların oldukça basit ayakta teşhis ve tedavi işlemlerini görebileceği aile hekimliği sistemi oluşturulmuş olmasına karşın işlevsel bir sevk sistemi oluşturulamamıştır. Bu durum ise hastaların basit işlemler için bile aile hekimliğini değil III. Basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastaneleri (Üniversite Hastaneleri, Eğitim /Araştırma Hastaneleri) tercih etmesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da bu hastanelerde yığılmalar, öncelikli ve acil tedavi gereken süreçlerde aksamalar meydana gelebilmektedir.
- Artan hastane ve yatak sayılarına rağmen nitelikli yatak olarak bahsedilebilecek bir veya iki yatak kapasiteli odalarda bulunan yatak

sayılarının toplam yatak sayılarına oranı henüz %50 ye ulaşmamıştır. Bununla birlikte ülke genelinde hasta yataklarının dağılımının daha dengeli olmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

- Son yıllarda ilaç tüketimi hızlı bir şekilde artmış ve Türkiye kişi başına düşen ilaç tüketimi açısından Avrupa’da ilk sıralarda yer alan ülkelerinden biri olmuştur. İlaç harcamalarını artıran lüzumsuz ilaç tüketimi aynı zamanda ilaçların yan etkileri nedeniyle sağlık kaybına sebep olmaktadır. Bununla birlikte yoğun kullanım nedeniyle ilaç tedavilerine karşı direnç artmaktadır (Antibiyotiklere karşı direnç %44'lere ulaşmıştır.) (WHO, 2014: 63). DSÖ tarafından anti-mikrobiyal dirençle ilgili düzenlenen raporda Türkiye, basit hastalıklara karşısında antibiyotiklerin etkisiz olduğu ülkeler sıralamasında dünyada ilk 3 içinde yer almaktadır (www.gazetevatan.com).

3.1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sunum Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmakta olan yöntemler, hizmeti sunmakta olan sektörün özel ya da kamu sektörü olmasına göre değişiklik göstermektedir. Kamu sektörünün sağlık hizmetlerini sunumunda, merkeziyetçi yöntem ve yerelleştirme yöntemi olmak üzere iki yöntem söz konusudur. Bu yöntemlerin her ikisinde de finansman, devletin toplamış olduğu vergiler ile karşılanmaktadır. Her iki yöntem arasındaki fark ise, yerelleştirme yönteminde; hizmet sunumu devletin yerel kurumlarına bağlı sağlık kurumları tarafından yürütülürken, merkeziyetçi yöntemde; devlet hastaneleri gibi merkezi sağlık kurumları tarafından yürütülmektedir. Özel sektörde ise sağlık hizmetlerini sunmakta kullanılan yöntemler kamu sektöründe kullanılan yöntemlerden daha çoktur. Özel sektörün payı, sağlık hizmetlerinin sunumunda yöntemlerde farklılık yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün kullanmakta olduğu yöntemler; ihale yöntemi, sevk yöntemi, kupon yöntemi, piyasa yöntemi ve sübvansiyon yöntemidir. Bu yöntemler şu şekilde açıklanmaktadır (Aktan ve Işık, 2010b: 4-5):

- **İhale Yöntemi:** Sağlık hizmetlerinin sunumu için bu yöntemde devlet, özel bir işletme ile anlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerini tüketiciye sunması için devlet, özel işletmeye para ödemesi yapmaktadır. Örneğin; devlet,

temiz su sağlanması hizmetini ihale sözleşmesi ile özel bir işletmeye devrini yapabilir.

- **Sevk Yöntemi:** Bu yöntem kamu sektörü ile özel sektörün birlikte hareket etmesi sebebiyle ihale yöntemi ile benzerlik göstermektedir. Sevk yöntemi; bir hastanın tedavisi için özel bir hastaneye yatırılması ve bu sebepten dolayı ortaya çıkacak olan masrafların devlet tarafından ödenmesidir. Bu durum maliyeti arttırıcı bir yöntemdir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin daha geniş alanlara yayılması mümkün olursa, tahmin edilenden daha fazla bir fayda sağlayacağı görülecektir.
- **Kupon Yöntemi:** Devlet bu yöntemde, sağlık hizmeti tüketicilerine destek sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri bu yöntemde, özel sektör tarafından verilmektedir. Örneğin, gelir seviyesi düşük olan bireylere ücretsiz devlet hastanelerinde sağlık hizmeti verilmesi yerine, bu hizmetlerden faydalanması hedeflenen kişilere bir kupon verilerek bu kişilerin sağlık hizmetlerini özel sektörden karşılayabilmeleri sağlanmaktadır. Yalnızca gelir seviyesi düşük olan kişilere devlet tarafından bu hizmetlerin bedelini karşılayan bir kupon verilmektedir. Bu kuponlara sahip olan bireyler, devletin belirlemiş olduğu yerler içerisinde hangi hastane veya hekimden hizmet almayı tercih ediyorsa onu istedikleri gibi seçebilirler. Devletin bu yöntemde; sağlık hizmetlerini sunacak işletmelerin belirlenmesinde, kuponların dağıtımında ve sunulmakta olan hizmetlerin kontrolü bakımından düzenleyici bir görevi bulunmaktadır.
- **Piyasa Yöntemi:** Bu yöntem, sağlık hizmetlerinin kâr elde etmesi amacı ile kısıtlı risk için hareket eden özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, ihtiyaç ve aciliyet ölçütünden önce gelir ölçütü kabul görmektedir. Bu yöntem, kısıtlı bir kesim tarafından faydalandığı için toplum içerisinde adalet duygusunu bütünüyle kaldırdığı varsayılmaktadır.
- **Sübvansiyon Yöntemi:** Sağlık hizmetini devlet doğrudan kendisinin sunması yerine, mal ve hizmetin özel işletmeler tarafından sübvansiyonlar verilerek sunulmasıdır. Devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu için

verilen sübvansiyonlar karşılıksız ve direkt nakit olabileceği gibi, vergi sübvansiyonları, aynı sübvansiyonlar ve garanti sübvansiyonları biçiminde de olabilir. Örneğin, sağlık sektörünü desteklemek amacıyla devletin sağlık hizmeti üreticilerini teşvik etmesiyle birlikte aynı ya da nakdi sübvansiyonlar sağlama örnek verilebilir. Farklı ülkeler de sunulan hizmet bedelinin bir kısmı birey tarafından nakdi ödemelerle karşılanırken, diğer kalan bölümü devlet tarafından sübvansiyonlar ile sağlık tüketicilerine düşük bir bedel ile karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin gönüllü kurumlar ya da sivil toplum kuruluşları vb. kurumlar yoluyla sunulması ise bir diğer yöntemdir. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için herhangi bir gruba dahil olma koşulu olmamalı ve durum bireylere açıklanmalıdır. Bununla birlikte özel sektöre bağlı olarak faaliyette bulunan veya devlet adına hizmet sunan kurumlar, kısıtlı sayıda kişilere kısıtlı ölçüler dahilinde hizmette bulunmaktadır. Örneğin, maliyetli bir ameliyat ihtiyacını bazı kurumlar yerine getiremeyebilir. Bu ihtiyacı birkaç kişi için karşılayabilseler bile sayı arttıkça ihtiyacı karşılama yeteneklerinde azalış olmaktadır (Aktan ve Işık, 2010b: 4-5).

3.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, genellikle sosyal sigortalar içerisinde sosyal güvenlik sisteminin bir kısmı olarak incelenmektedir. Bu sebepten dolayı sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sorunlar sosyal güvenlik politikalarından ayrı olarak ele alınmaktadır (Aktan ve Işık,2010b:1). Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, iyi bir sağlık hizmeti sunumu için modern teknolojiyi sağlık kurumlarının satın alması ve donanımlı personel çalıştırmak için gösterilen çabalar sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumların giderlerinin sistemli bir biçimde sağlanabilmesi için finansmanın hangi kaynaktan ne şekilde sağlanacağı önemli bir durumdur (Orhaner, 2006: 6).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı hususunda dünyada üç temel sistem söz konusudur. Bu sistemler; ulusal sağlık hizmetleri sistemi, özel sağlık sigortası sistemi ve sosyal sağlık hizmetleri sistemidir. Ulusal sağlık hizmetleri sistemi; ülkedeki yaşam süren tüm bireyleri kapsamakta ve sunulan hizmetler ücretsizdir. Bu sistemde toplanan vergiler ile finansman karşılanmaktadır. Özel sağlık sigortası sistemi; ödeme

gücüne sahip olan bireyleri temel almakta ve bu sistemde sağlık hizmetlerinden bireyler kendi olanakları ile faydalanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sistemi ise üye olanların, sunulacak olan sağlık hizmetleri için belirli oranda prim ödemek zorda olduğu bir sistemdir (Sıvacı, 2007: 32).

Dünyadaki bu üç finansman kaynağı ülkemizde, Doğrudan Finansman Yöntemi ve Dolaylı Finansman Yöntemi olmak üzere iki grupta sunulmaktadır.

3.1.4.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Sağlık hizmeti talebinden bulunan bireylerin yararlanmış oldukları hizmetlerin bedelini doğrudan kendisinin ödemiş olduğu finansman yöntemine doğrudan finansman yöntemi denilmektedir. Talep edilen hizmeti sunan kamu kurumu, özel kurum, kişi veya aracılara gerçekleşen hizmetin bedeli doğrudan ödenmektedir. Bu yöntem, serbest piyasa koşulları altında diğer mal ve hizmetlerin bedelinin ödenerek satın alınmasını andırmaktadır. Sağlık hizmetine gerek duyan bireyler, bu hizmetlerin bedelini karşılayarak kurum veya kişilerden talep etmiş oldukları hizmetleri satın alabilirler (Aktan ve Işık, 2010b: 1).

Doğrudan finansman yöntemi; kamu ve özel sektör aracılığıyla üretilmekte olan hizmetin bedelinin ödenmesi şartıyla tüketiciler tarafından elde edilmektedir. Tüketiciler arasında risk paylaşımı söz konusu değildir ve tüketici; hastalık riskinin sebep olduğu mali yükü kendisi karşılamaktadır. Mali yükün yüksek veya düşük olup olmayacağını hastalık riskinin derecesi belirleyecektir (Mutlu ve Işık, 2005: 284).

3.1.4.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde, hizmeti talep eden ve bu hizmeti gerçekleştirenler arasında üçüncü bir ödeyici taraf söz konusudur. Bu yöntem, sağlık hizmetini talep edenler ile bu hizmeti sunan kurumlar arasındaki para ilişkisini tamamen ya da kısmen ortadan kaldırmaktadır. Üçüncü taraf ödeyiciler olarak adlandırılan finansal aracılardan bulunduğu bu tip yöntemlerde tüketiciler arasında risk paylaşımı bulunmaktadır. Hastalık riskinin ortaya çıkarabileceği harcamalar bu sistemde; yalnızca tüketiciler tarafından karşılanmamakta, aynı zamanda, aracı olan kuruma katkısı bulunan herkes tarafından karşılanmaktadır. Bu finansman yönteminin uygulanmasında, tüketicinin sağlık hizmetinden faydalanmasında meydana getirilen ortak fona yapmış olduğu

katkılar hesaba alınmamakta ve bununla birlikte, bireyin belirli bir hizmet seviyesinin üzerindeki talebini gerçekleştirmek için ek bir katkıya gerek duyulabilmektedir (Aktan ve Işık, 2010b: 3).

Dolaylı finansman yöntemi; devlet bütçesi, özel sektör ve kamu sosyal güvenlik kurumları olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir. Bu gruplar şu şekilde açıklanmaktadır:

- **Devlet Bütçesi:** Bütçeye kaynak sağlayan vergiler veya devlet bütçesi, kamu sağlık harcamalarının en önemli finansman kaynağıdır. Sağlık Bakanlığı, bireylerin sağlık güvencesinin olup olmasına bakmaksızın bütün ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta ve bu kurumun geliri; döner sermaye, genel bütçe ve fon gelirlerinden meydana gelmektedir (Orhaner, 2006: 7).
- **Özel Sektör:** Kamu sağlık sigortası çok fazla kişiye belirli sayıda riskler için minimum düzeyde güvence sağlamış olduğundan dolayı, kişilerin daha fazlasını istemesi durumunda özel sağlık sigortası yapılmaktadır. Özel sağlık sigortası; sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birine kayıtlı olunsun ya da olunmasın bireylerin karşılaştığı hastalık ya da kaza neticesinde yararlanması durumunda ihtiyacı olacağı tedavi, muayene ve ilaç masraflarını ödeyen bir sigortadır (Orhaner, 2006: 6-8).
- **Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları:** Sosyal sigortaların ilk ve en önemli kolunu sağlık sigortası oluşturmaktadır. Her insan her yaşta hastalıklara yakalanma tehlikesi ile karşı karşıya olduğundan dolayı sağlık sigortası önem teşkil etmektedir. Sağlık sigortası ile sigortalı bireyin eşi ve çocuklarının tedavi masrafları karşılanmaktadır. Aynı zamanda sağlık sigortası ile bireyler, sağlıklı iken vermiş oldukları prim ve katkılarla, herhangi bir hastalık veya kaza sebebiyle kendilerine yapılacak olan sağlık harcamalarının finansmanına katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında sağlık sigortası kolaylık sağlamak ve diğer sigorta kollarındaki gibi bireyler gelecek endişesinden uzaklaşmaktadır (DPT, 2003: 165). Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında sosyal

güvenlik kurumları (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı) tek çatı altında SGK olarak bir araya getirilmiştir.

3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerin Yıllara Göre Gelişimi

3.2.1. 1923-1945 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Cumhuriyet döneminden öncesinde, geliri iyi olan bireyler özel sağlık hizmetlerinden faydalanır iken, gelir durumu iyi olmayan bireyler sağlık problemlerinde hayır kurumlarına başvuruyordu. TBMM’nin kurulmasından sonra sağlık hizmetleri devletin en önemli görevleri arasından biri sayılmıştır. 3 Mayıs 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş ve bu bakanlığın ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görev almıştır (TTB, 1991: 8). Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanlığı görevini Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar yerine getirmiştir. 1923 yılında Türkiye’de sağlık hizmetleri hükümet, karantina ve belediye tabiplikleri, küçük sıhhiye memurluklarıyla birlikte, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 554 hekim, 4 hemşire, 69 eczacı, 560 sağlık memuru, 136 ebe ve 6.437 adet hasta yatağı ile sağlık hizmetleri verilmekteydi (Akdağ, 2008: 13). Aynı zamanda Refik Saydam belediyelerin, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu yaparak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Böylece numune hastaneleri inşa edilmiş, sıtma, frengi ve tüberküloz gibi hastalıklar ile mücadele için özel kurumlar açılmıştır (Savaş, 2002: 13).

Refik Saydam’ın bakanlık yapmış olduğu dönemde, hekimlerin serbest olarak çalışması yasaklanmış ve nüfusun yoğun olduğu yerlerden başlanarak 1924 yılında 150 ve 1936’da ise 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmıştır. Diğer illere rehber olması için ilk önce 1924’te Erzurum, Ankara, Sivas, Diyarbakır Numune Hastaneleri ve daha sonra 1936 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi, 1946’da Trabzon Numune Hastanesi ve 1970’ te Adana Numune Hastanesinin açılışı yapılmıştır (Akdağ, 2008: 14).

Tablo 3.1. 1923-1945 Yılları Arasında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları

Yılı	Kanun Numarası	Kanun Adı
1920	38 Sayılı	Tababet-i Adliye Kanunu
1927	922 Sayılı	Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
1928	1962 Sayılı	İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
1928	1219 Sayılı	Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
1930	1593 Sayılı	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
1936	3017 Sayılı	Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
1937	3153 Sayılı	Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun
1940	3958 Sayılı	Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2003: 9.

3.2.2. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1946 yılında Sağlık Bakanlığına Behçet Uz atanmış ve bir sağlık planı hazırlatarak bu planın, 20 köye birinci derece koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunan hizmetlerin getirilmesini öngörmüştür (TTB, 1991: 8). Bu sağlık planı Türkiye'nin cumhuriyet dönemi sonrasındaki ilk sağlık planı olarak adlandırılan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”dır. Fakat bu sağlık planı 12 Aralık 1946 yılında açıklanıp, kanunlaşmadan dönemin bakanı olan Behçet Uz görevinden ayrılmak zorunda kalmıştır (Akdağ, 2008: 14).

1954 yılında Behçet Uz ikinci defa Sağlık Bakanı olmuş ve “Milli Sağlık Planı” isminde ikinci bir planı uygulamaya koymuştur (Özdemir, 2001: 261-262). Milli Sağlık Planı, köy ve köylü halkını sağlık örgütlerine kavuşturmayı hedeflemekte ve her 40 köy için 10 adet yatağa sahip tedavi edici bir hekim ile koruyucu sağlık hizmetlerinin beraber sunulmasını içermektedir. Bu doğrultuda köy merkezlerine; 2 hekim, bir adet sağlık memuru, bir ziyaretçi hemşire, bir ebe ve onlu köy gruplarında çalışmak üzere köy ebesi ile köy sağlık memurlarının atanması için çalışmalar yapılmıştır. Sağlık

Merkezi sayısı 1945 yılında 8 adet iken bu sayı 1950’de 22’ye, 1955 yılında 181’e ve 1960’ta 283’e yükselmiştir. 1952 yılında Sağlık Bakanlığının bünyesi içerisinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğünün kuruluşu gerçekleştirilmiştir. 1953 yılında, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası örgütler ile iş birliği ve yardım sağlanarak, Ankara’da Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi kurulmuştur (Akdağ, 2008: 15).

Türkiye, İkinci Dünya Savaşında aktif olarak yer almasa da bu durumun etkisi altında kalmış ve sağlık indeksleri gerilemiş, tifo, sıtma ve çiçek gibi hastalıklar ortaya çıkmıştır. Sıtma ile Olağanüstü Mücadele Yasası 1945 yılında parlamentoda onaylanmıştır. Şehirlerde verem ile mücadele için Verem Savaş Derneğinin, kırsal alanlarda ise veremle savaşta, Sağlık Bakanlığının hizmet sunmasına karar kılınmıştır. Fakat Sağlık Bakanlığı, verem ile mücadelede tahmin edilen başarıyı gösteremediğinden 1960 yılında Verem Savaş Müdürlüğü inşa edilmiştir. Özel sektörde çalışanlar ile kamu sektöründeki bazı çalışanlara sağlık hizmeti sunmak için 1 Ocak 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) oluşturulmuştur (Öztek, 2001: 60).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında koruyucu hizmetler ile birlikte tedavi edici hizmetlerinde sunumunun yapıldığı sağlık ocakları kurulmuştur. Aynı zamanda İkinci Dünya Savaşından sonra bütün sağlık hizmetleri ve Belediye Hastaneleri, Sağlık Bakanlığına aktarılmıştır (Savaş, 2002: 14).

Bebek ölüm hızı 1950 yılında %233 iken bu sayı 1960 yılında %176’ya düşmüştür. Doğum sonrası ortalama yaşam süresi, 1950-1955 yılları arasında 43,6 yıl, 1960-1965 yıllarında 52,1 yıl ve 1970-1975 yılları arasında ise 57,9 yıl olmuştur. 1950 ve 1960 yılındaki hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, ebe sayısı 1.285’ten 3.219’a ve hemşire sayısı ise 721’den 1.658’e çıkmıştır. Aynı zamanda 1950 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan 118 kurumda 14.581 adet yatak var iken, bu sayı 1960 yılında 442 kurumda 32.398 adet yatak sayısına yükselmiştir. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşmekte iken 1960 yılında yüz bin kişiye 16,6 yatak düşmektedir (Akdağ, 2008: 15-16).

30 Eylül 1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. Bu teşkilat sağlamış olduğu koordinasyon ile sağlık sektörü ve beraberindeki bütün sektörler

tekrardan yapılandırılmış ve böylece planlı kalkınma dönemine geçiş olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003: 9).

Tablo 3.2. 1946-1960 Yılları Arasında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları

Yılı	Kanun Numarası	Kanun Adı
1953	6023 Sayılı	Türk Tabipleri Birliği Kanun
1953	6197 Sayılı	Eczacılar ve Eczaneler Kanunu
1954	6283 Sayılı	Hemşirelik Kanunu
1956	6643 Sayılı	Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, 2003: 9.

3.2.3. 1961-1980 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” kanunu çıkmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden karşılanacağı ve hastaların sunulan tıbbi bakım için ücret ödememesi kararı alınmıştır (Turan, 2004: 8). Aynı zamanda bu kanun, hastalar için tıbbi bakımı ve sağlıklı yaşamı doğuştan sahip olduğu bir hak ve bu hak sonucunda devletin yerine getirmesi gereken politikaları net bir şekilde açıklamıştır (Akdur, 2006: 32-33). 1965 yılında çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfus artışı (pro-natalist) politikasından, nüfus artış hızını sınırlayıcı (anti-natalist) politikaya geçiş olmuştur (Akdağ, 2008: 17).

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan planlar, bütün alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve genel olarak sistemin temeli üzerinde belirleyici ve etkin rol oynamıştır. 1961-1980 yılları arası dönemde üç adet beş yıllık kalkınma planı uygulanmış ve bu planlarda, sağlık sektöründe atılacak olan her adım detaylı bir şekilde açıklanmıştır. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış olmasına rağmen Bakanlar Kuruluna sevki gerçekleştirilememiştir. 1969 yılındaki 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortasının kurulması yeniden öngörülmüş ve 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı TBMM’ye

gönderilmiştir. Ancak bu kanun taslağı kabul edilmemiştir. 1974 yılında yeniden TBMM'ye sunulan taslak için görüşme gerçekleşmemiştir (Özbay vd., 2007: 100).

1971 yılında 1479 sayılı kanun ile Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur Kanunu) çıkarılmış ve bu kanun ile esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına dahil edilmiştir (Turan, 2004: 8).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütün topluma yaygınlaştırılması için ciddi çalışmalar yapılmış ve bu doğrultuda ülkenin her yerine sağlık hizmeti sunan kurumların götürülmesi için çaba sarf edilmiştir. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri bu dönemde, devletin vatandaşlarına vermesi gereken bir hizmet olarak görülmekte ve tedavi edici hizmetler koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayıcı nitelikte görülmektedir. İlaveten Avrupa Ekonomik Topluluğu ile gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Ankara Anlaşması imzalanmış ve bu anlaşmadan sonra 1973 yılında yürürlüğe giren Katma Protokolü, sağlık sektöründe yapılacak olan plan ve politikaların daha detaylı hazırlanması üzerine etkin rol oynamıştır (Bulut, 2007: 115).

3.2.4. 1981-1990 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1982 Anayasası ile Türkiye'de sağlık hizmetlerinde dönüşümler olmuştur. Cumhuriyet tarihinde ilk defa bu Anayasa'da, devletin sağlık ile alakalı görev ve sorumluluklarını özel sağlık kurumlarından faydalanarak yerine getirebileceği hükmüne yer verilmiştir. Bu hüküm ile devletin, sağlık alanındaki sorumluluğu denetleyici ve düzenleyici bir rol almıştır. Milli Güvenlik Kurumu'nun yönetimi tarafından alınan önemli kararlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin payını azaltırken özel sağlık kurumlarını destekler niteliktedir. Bununla birlikte, 1981 yılının sonlarında alınmış olan Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık alanındaki yatırımlar teşvik kapsamına alınmış ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren kurumlarla döner sermayenin kapsamı arttırılmıştır. İlaveten, finansmanı vatandaşlardan sağlanacak olan ek primlerle Genel Sağlık Sigortasıyla alakalı çalışmalara başlanılmış fakat bitirilememiştir (Soyer, 2003: 306).

1983 yılında yönetime gelen ANAP Hükümeti, özel sağlık kurumlarının kurulması yönünde teşviklerde bulunmuştur. Bu sebepten dolayı, Beşinci Beş Yıllık

Kalkınma Planı'nda hastane ve özel sağlık kurumlarının kurulması yönünde teşvikte bulunulacağı, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest olacağı ve toplumun tamamının katkı yapacağı Genel Sağlık Sigortası'nın çıkarılacağı ifade edilmiştir. Aynı zamanda bu planda, kamu sağlık kuruluşlarına işletmecilik zihniyetinin getirilmesi, özel sağlık kuruluşlarında ücretlerin serbest olması, kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşları ve özel hekimlerden sağlık hizmeti satın alınması gibi fikirler yer almıştır (Soyer, 2003: 306).

1961 yılında başlayan toplumsallaşma politikaları 1980'li yıllarda gelişmeye başlamıştır. Sağlık finansmanı yönetiminde meydana gelen büyümeden dolayı 1987 yılında genel sağlık sigortası tekrardan gündeme gelmiş ancak bu konuyla alakalı yasal düzenlemeler bitirilememiştir (Özbay vd., 2007: 101).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Bu yasa, kamu sağlık hizmetlerinde işletmecilik anlayışını benimsemesini, piyasaya açılıp devletin sağlık alanından uzaklaşmasını amaçlamaktadır. Aynı zamanda bu yasa ile kamu ve özel sağlık kurumlarına devlet aynı tutum ile yaklaşmaktadır (Soyer, 2003: 307). İlaveyen Milli Savunma Bakanlığı tarafından yürütölen sağlık hizmetleri hariç diğör tüm sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığı'na bırakılmıştır (Altay, 2007: 54).

Türkiye'de 1989 yılında gerçekleşen ve serbest piyasa ekonomisine dayanan sağlık politikası geliştirme çalışmaları, sağlık hizmetlerinin dönüşümünde önemli bir gelişmedir. Bu gelişmeye göre, sağlık alanındaki problemleri ve alternatif çözümleri tespit etmek amacı ile DPT, 1989 yılında Sağlık Sektörü Master Planı Etüdü çalışmasını harekete geçirmiştir. Bu çalışma, yabancı ve Türk şirketlerin oluşturduğu bir konsorsiyum tarafından yapılmış ve 1991 yılında bitirilmiştir. Çalışma raporunda, sağlık sektörünün mevcut vaziyetini detaylı olarak ifade edilmiş ve sağlık hizmetlerinin acil ihtiyaçları net bir şekilde açıklanmıştır (İpekten, 2002: 67).

3.2.5. 1991-2000 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1991-2000 yılları arasını kapsayan dönemde, 1980 sonrası uygulanmaya başlanan piyasa yönelimli sağlık anlayışıyla devam eden bir sağlık reformu çalışmaları ortaya çıkmıştır. Sağlık reformu çalışmalarında öne çıkan temel konular; aile hekimliklerinin

birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde bir aracı olması, sağlık hizmetlerinin finansmanı hususunda Genel Sağlık Sigortası'na geçiş yapılması, kamu sağlık kurumlarının özerkleştirilmesi, yerel güçlerin sağlık hizmetlerinde söz sahibi olması ve sağlık personellerinin sözleşmeli çalışan durumuna getirilmesidir (Soyer, 2003: 312).

1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Kanun önemli uygulamalardan biridir. Bu kanun ile sosyal güvencesi olmayan bireylerin yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktayken, ayakta tedavi giderlerini karşılamamaktadır. 1993 yılında Sağlık Reformu Yasa Tasarısı Taslağı hazırlanmış ancak bu taslak Türk Tabipleri Birliği ve birçok kesim tarafından ağır eleştirilere uğramıştır. Sağlık hizmetlerine GATS'ın (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) önemli katkıları söz konusudur. GATS ile Türkiye'nin Dünya Ticaret Örgütü'ne (DTÖ) sunmuş olduğu taahhüt listesindeki hizmet sektörleri arasında sağlık sektörü ile ilgili hizmetlerde bulunmaktadır. Bununla birlikte, 1980 yılından günümüze kadar Dünya Bankasından sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve iyileştirilmesi amacı ile dört defa sağlık projesi kredisi alımı olmuştur (Soyer, 2003: 313).

Bu dönemde hazırlanmış olan ve 1996-2000 yılları arasını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı; devletin sağlık hizmetleri üzerindeki rolünü koruyucu sağlık hizmetleri ve ihtiyacı olan vatandaşlara destekte bulunması ile kısıtlamış ve bu hizmetlerin dışında kalan diğer hizmetlerin sunumunun özel kurumlar tarafından yapılmasını ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu Sağlık Reformları projesinin temel varsayımları; Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçişin yapılması, sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılması, hastanelerin özerkleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın ülke genelinde sağlık politikalarını destekleyen ve belirleyen bir yapıya dönüşmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden Aile Hekimliği Sistemine geçişin yapılmasıdır (DPT, 2001: 37).

3.2.6. 2001-2018 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Siyasal istikrar ortamını sağlayan 2002 seçimlerinin ardından, hem Avrupa Birliği'ne uyum sürecinin hızlanması hem de sosyo-iktisadi yapısal reformların uygulanabilmesi için elverişli koşullar ortaya çıkmıştır. Sosyal güvenlik ve sağlık

modellerinde meydana gelen reform süreci boyunca oluşan ortamın önemli bir payı söz konusudur (İldır ve Şen, 2008: 35).

16 Kasım 2002 yılında açıklanmış olan Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık sektörü alanında yürütülmesi hedeflenen temel hususlar belirlenmiştir. Bu temel hususlar şu şekilde açıklanabilir (Akdağ, 2008: 20):

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel bakımdan tekrardan yapılandırılması,
- Bütün vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı içerisine alınması,
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında bir araya getirilmesi,
- Hastanelerin mali ve idari yönden özerk bir yapıya dönüştürülmesi,
- Aile hekimliği uygulamasına geçişin olması,
- Anne ve çocuk sağlığına özel olarak önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygın hale getirilmesi,
- Sağlık alanına özel sektörün yatırım yapmasını özendirecek durumların ortaya çıkarılması,
- Bütün kamu kurumlarında alt basamaklara yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde meydana gelen sağlık personeli ihtiyacının karşılanması,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin uygulanmaya başlanmasıdır.

Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinin ardından, 2003 yılının başlarında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlandı ve Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna bildirildi. Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz ana tema çevresinde dönüşümü hedeflemiştir. Bu temel hedefler şunlardır (Akdağ, 2008: 20):

- Sağlık Bakanlığı’nın, planlayıcı ve denetleyici olması,
- Bütün vatandaşları tek çatı altında bir araya getiren genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri, mali ve idari özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanımlı, yüksek motivasyon ile çalışan insan gücü,

- Sisteme destekte bulunabilecek bilim ve eğitim kurumları,
- Nitelikli ve etkili bir sağlık hizmetleri için akreditasyon ve kalite,
- Akılcı ilaç ve malzeme idaresinde kurumsal yapılanma,
- Karar verme sürecinde etkili bilgiye ulaşım: Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlık Bakanlığı 24 Kasım 2004 yılında pilot olarak belirlemiş olduğu illerde; birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilerletilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine bireylerin ihtiyacı yönünde ağırlık verilmesi, kişisel sağlık bilgilerinin kayıt altına alınması ve bütün bu hizmetlere eşit bir şekilde ulaşılabilmesi amacıyla 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkarılarak, aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesi düzenlenmiştir (Özbay vd., 2007: 120).

19 Ocak 2005 yılında Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun çıkarılmış. Bu kanun ile Cumhurbaşkanlığı, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, yüksek mahkemeler, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere; bakanlıkların, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşlarının, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının sahip olduğu tüm sağlık birimlerinin ve bu birimlere ait olan bütün görev, hak ve yükümlülükleri, taşınır, taşınmaz ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumu tek elden idare edilmesi planlanmıştır (Kanavoz vd., 2010: 25).

Sağlık alanında meydana gelen bir diğer önemli gelişme ise Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) bağlı olan sigortalı bireylerin, yalnızca anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaçlarını temin edebilmeleri durumuna son verilerek, vatandaşlara bütün eczanelerden ilaçlarını alabilme imkânı tanınmış ve uzun eczane kuyrukları dönemi sona ermiştir (Kanavoz vd., 2010:25). Aşılama oranındaki düşüklüklerden dolayı aşı takvimine yeni aşilar eklenerek uygulamaya koyulmuştur (Akdağ, 2008: 21).

2011'den itibaren sigarayı bırakmak için tedavi gören hastaların kullanacağı ilaçlar ücretsiz verilmeye başlanmıştır. 2 Kasım 2011'de Sağlık Bakanlığı'nın yapısını yeniden düzenleyen 663 sayılı KHK yürürlüğe girmiş ve daha sonra çok başlılığa neden olduğu gerekçesiyle eleştirilere maruz kalan bu KHK'de 15.08.2017 tarihli ve 694 sayılı KHK ile bazı değişiklikler yapılarak bakanlığın teşkilat yapısı revize edilmiştir.

1 Ekim 2008 yılında yürürlüğe girmiş olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmetin finansmanına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Bu kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığına bağlı olan bireyler Genel Sağlık Sigortası bünyesi altında sağlık güvencesi kapsamına alınmış ve 2012 yılbaşı ile Yeşil Kart sahibi vatandaşlarında bu bünye altına alınması ile süreç tamamlanarak, tüm Türk vatandaşlarının “Genel Sağlık Sigortası” kapsamına girmesi sağlanmıştır (www.sgk.gov.tr).

2011 yılından itibaren kamu ile özel sektörün iş birliği altında şehir hastaneleri yapılmaya başlanmıştır. Mart 2019 itibariyle 9 şehir hastanesi inşası tamamlanarak faaliyete geçirilmiştir ve 2021 sonuna kadar ise 12 şehir hastanesi daha tamamlanması planlanmaktadır (<https://sygm.saglik.gov.tr>).

2012 yılında ilaç imalatında kullanılan ithal hammaddeler üzerinden alınan KDV'nin oranı %18'den %8'e indirilmiş, kanser için yapılan erken tarama ile ilgili giderlerin Sağlık Bakanlığı bütçesinde yer alması sağlanmıştır (Atasever, 2014: 76).

2014 yılında; acil tıp teknikeri, ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı ve sağlık bakım teknisyeni gibi yeni unvanların tanımı mevzuatta yapılmış ve aile hekimleri ile aile sağlığı personellerine nöbet tutma zorunlu kılınmıştır (Atasever, 2016: 64).

24.10.2016 tarihli ve 2989 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 6756 sayılı Kanun ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve asker hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. 2016 yılının Haziran ayında Türkiye'de ilk defa yerli morfin geliştirerek ruhsat alan Hacettepe Üniversitesi aynı zamanda yerli aşı konusundaki çalışmaları sonucunda hepatit B aşısı üretmiştir (Atasever, 2016: 71).

3.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık alanına yapılan harcamalar, kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından finanse edilmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamaları içerisinde; devlet, yerel yönetim ve sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar bulunmaktadır. Özel sektör sağlık harcamaları ise, genellikle bireylerin kendi ceplerinden yapmış oldukları ödemeler, firmaların personelleri için yapmış olduğu

ödemeler, hane halklarına hizmet veren kâr amacı gütmeyen kurumların harcamaları ve özel sağlık sigortalarından meydana gelmektedir (Özbay vd., 2007: 178).

Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının 2007-2017 dönemi için yıllık toplam tutarları ve bu tutarların kamu sektörü ve özel sektör tarafından karşılanma oranları tablo 3.3’de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamaları ve Karşılama Oranları

FİNANSMAN KAYNAĞI		YILLAR										
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kamu Sektörü	Merkezi devlet %	27.44	27.62	30.99	27.90	27.82	22.23	21.83	22.46	24.18	23.99	25.11
	Yerel devlet %	1.70	1.50	1.15	0.94	0.81	0.89	0.96	0.79	0.89	0.93	0.93
	Sosyal güvenlik %	38.69	43.90	48.83	49.77	50.92	56.11	55.69	54.20	53.47	53.58	51.99
	Toplam %	67.83 %	73.02 %	80.97 %	78.60 %	79.55 %	79.24 %	78.48 %	77.45 %	78.53 %	78.50 %	78.03 %
Özel Sektör	Hane Halkı	21.82	17.38	14.06	16.31	15.44	15.84	16.77	17.75	16.56	16.33	17.07
	Diğer	10.35	9.60	4.97	5.08	5.01	4.93	4.75	4.80	4.91	5.16	4.91
	Toplam %	32.17 %	26.98 %	19.03 %	21.40 %	20.45 %	20.76 %	21.52 %	22.55 %	21.47 %	21.50 %	21.97 %
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon ₺)		50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	94.750	104.568	119.756	140.647

Kaynak: TUIK, 2019.

Görüldüğü üzere 10 yıllık periyotta Türkiye’de kamunun sağlık harcamalarındaki payı %10 dolaylarında artarak sektördeki parasal yükü %78,03 olmuştur. Ayrıca dikkat çeken bir diğer husus ise Sosyal Güvenlik tarafından karşılanan sağlık harcamaları oranının %10 dan daha fazla artarak toplam sağlık harcamaları içindeki payının %52 ye ulaşmasıdır.

Tablo 3.3'te yer alan 10 yıllık döneme ait, kamu ve özel sektörün gerçekleştirdiği, sağlık yatırım harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını gösteren yüzdelik oranlar ise tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Türkiye’de Yapılan Sağlık Yatırım Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Finansman Kaynağı	YILLAR										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kamu Yatırım Harcamaları	5.01 %	7.15 %	4.11 %	4.47 %	4.16 %	4.23 %	4.48 %	4.65 %	6.21 %	4.79 %	5.66 %
Özel Yatırım Harcamaları	3.65 %	2.24 %	0.41 %	0.48 %	0.56 %	1.03 %	1.07 %	1.54 %	1.23 %	1.24 %	1.21 %
TOPLAM	8.66%	9.39%	4.52%	4.95%	4.72%	5.26%	5.56%	6.20%	7.44%	6.03%	6.87%

Kaynak: TÜİK, 2019.

3.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Kamuya ait sağlık harcamaları merkezi ve yerel devlet ile sosyal güvenlik kurumları (SGK) harcamalarından oluşmaktadır. Merkezi devletin sağlık harcamaları; Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu’nda genel ve özel bütçe ile düzenleyici ve denetleyici kurumların sağlık harcamalarından meydana gelmektedir. Başka bir deyişle, ülke sınırlarının tamamında yetkisi bulunan tüm genel kamu kurumları ile bu kurumların kontrolünden ve finansmanından sorumlu olduğu birimleri içermektedir. Merkezi devletin sağlık harcamalarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Atasever, 2014: 16-17):

- Sağlık Bakanlığı’nın sağlık harcamaları,
- Devlet üniversitelerine bağlı hastaneler,
- Tıp ve diş hekimliği fakülteleri,
- Sağlık araştırma ve uygulama merkezleri ile bunlara bağlı semt poliklinikleri,
- Askeri hastaneler,

- Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı,
- Kamu iktisadi teşebbüsleri vb. kuruluşların sağlık harcamaları,
- Yeşil kart harcamaları (2012 yılı sonu itibariyle SGK'ya devrolmuştur),
- Kamu görevlilerinin sağlık harcamaları (2010 yılı sonu itibariyle SGK'ya devrolmuştur),
- 2013 yılı sonundan itibaren TBMM üyeleri ve emeklileri ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, er ve erbaşlar, mülteci ve sığınmacılar, ikili anlaşmalar gereğince sağlık hizmeti verilecek kişiler, tutuklu ve hükümlüler, geçici ve sürekli görev ile yurtdışında görevlendirilen kişiler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavi giderlerinin SGK tarafından ödenmeyen kısımlarıdır.

Yerel devlet sağlık harcamaları ise, mahalli idareler, il özel idareleri, sosyal güvenlik kurumu ile merkezi yönetim kapsamı dışındaki diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Bu birimlerde çalışan personellerin sağlık giderlerini 2010 yılından itibaren SGK karşılamaktadır (Atasever, 2014: 17).

3.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

2 Mayıs 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevi; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir, etkili, güvenilir ve ülke genelinde dengeli bir şekilde yaygınlaşmasını sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı, hükümetin sağlık alanında yapılacak olan politikaların belirlenmesinden, ulusal sağlık stratejilerin programlar yoluyla uygulamaya konulmasından ve sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan yapmakla sorumlu bir kurumdur (Ateş, 2011: 121).

Sağlık Bakanlığı'nın finansal kaynakları merkezi yönetim bütçesinden aldığı pay ve mali yıl içinde sunulan hizmetler karşılığında tahsil edilen tutarlardan oluşan global bütçeden (döner sermaye) meydana gelmektedir. Aşağıda Sağlık Bakanlığı'nın ve Bakanlığa Bağlı Kuruluşların 2016 faaliyet dönemine ilişkin sundukları hizmetlerin finansman tutarları ve oranları Tablo 3.5'de gösterilmektedir.

Tablo 3.5. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Hizmet Sunumu Finansmanı (2016)
(Milyon TL)

KURUM ADI	Merkezi Yönetim Bütçesi	Payı, (%)	Global Bütçe	Payı, (%)	Toplam	Payı, (%)
Sağlık Bakanlığı	4.212	16,5	1.352	6,72	5.564	10,26
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	11.951	46,7	26.105	91,1	38.056	70,18
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	9.112	35,6	1.197	4,18	10.309	19,01
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	117	0,5	0	0	117	0,22
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	42	0,2	0	0	42	0,08
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık G.M	140	0,5	0	0	140	0,26
Toplam	25.574	100	28.654	100	54.228	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2017: 64.

Tablo 3.5’den anlaşıldığı üzere 2016 faaliyet dönemi için en yüksek harcama oranına toplamda %70,18 ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu sahiptir.

3.3.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları

Cumhuriyetin ilk dönemlerinde, sosyal sigortalarla benzerlik gösteren fakat riskler ve kişiler bakımından kapsamı çok dar olmasına karşın oldukça fazla sayıda emeklilik ve yardımlaşma sandığı kurulmasını öngören yasal düzenlemeler yapılmıştır. Türkiye’de 1936’da çıkarılan 3008 sayılı İş Kanunu ile ilk defa gerçek anlamda sosyal sigortaların kuruluşu hedeflenmiş ve temel sosyal sigorta ilkeleri oluşturulmuştur. Ancak Kanunda kurulması planlanan sistem, araya giren İkinci Dünya Savaşı nedeniyle 1945 yılına dek hayata geçirilememiştir (www.sgk.gov.tr).

1961 Anayasası ile birlikte, ilk defa “sosyal güvenlik” kavramı sosyal politikalar ile ilgili anayasal bir terim olarak kullanılmış ve çalışma hayatı içerisinde yer almaya başlamıştır. 1961 Anayasası’nın yürürlüğe girmesinden sonra, işçi olarak çalışanlarla ilgili önceki yıllarda yapılan çeşitli ve dağınık haldeki yasal düzenlemeler revize edilerek, 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda bir araya getirilmiştir (www.sgk.gov.tr).

Tablo 3.6. Sosyal Güvenlik Reformu Öncesi Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumlardan Yararlananlar

Kanun ve Kurum	Yararlananlar
5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu	Emekli Askeri, Sivil Devlet Memuru
506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu	Özel sektörde hizmet sözleşmesiyle, kamu kurum ve kuruluşlarında işçi statüsünde çalışanlar
1476 sayılı Bağ-Kur Kanunu	Sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlar
2925 sayılı Tarımda Çalışan İşçilerin Sosyal Sigortalar Kanunu	Tarımda çalışan işçiler
2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Kanunu	Tarımda bağımsız çalışanlar
506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu Geçici 20. Madde	Bankaları, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ya da bunların birliklerinin tüm personelleri

Kaynak: SSK 2001 Yılı İstatistik Yıllığı.

Tablo 3.6’ya göre, sigortalıların sosyal güvenlik hakları 5 ayrı kanun ile belirlenmiştir. Bununla birlikte, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun geçici 20. maddesinde; sandıklara tabi olanlar kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini temin etmekteydi. Fakat bu şekildeki bir sosyal güvenlik sistemi, başka sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışan sigortalıların hak ve yükümlülükleri arasındaki norm ve standart birliğinin bozulmasına neden olmaktaydı. Norm birliğinin gerçekleşmesi ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin meydana getirilebilmesi için sosyal güvenlik reformunun yapılması gerekli hâle gelmiştir. Bu nedenle, 20.05.2006 tarihinde 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve T. C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü tek çatı altında “Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı” adı altında birleştirilmiştir. Bu reform ile sigorta hak ve yükümlülüklerin eşitlenmiş olduğu, mali açıdan sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması amaçlanmıştır. Aynı zamanda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

Kanunu ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile yapılmış olan reformla, uzun yıllardan beri sorunlar yaşanan sosyal güvenlik sistemi tekrardan düzenlenmiş ve sistemin eşit, katılımcı ve sürdürülebilir bir yapıya dönüşmesi hedeflenmiştir (www.sgk.gov.tr).

3.3.1.3. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları

Üniversitelerin sağlık harcamaları çoğunlukla üniversite hastaneleri üzerinden gerçekleşmektedir. Üniversite hastaneleri, üçüncü basamak tedavi hizmetlerini de veren uygulama ve araştırma merkezleridir. Bu hastaneler, üniversitelerin tıp fakültelerinde uygulamalı eğitimler vererek üniversitelerin eğitim ve araştırma gibi temel fonksiyonlarını da gerçekleştirmektedirler (Arık ve İleri, 2016: 49-50).

Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının tek bir kurum olarak (SGK) birleştirilmesi ve kamu sağlık harcamalarının finansmanın büyük çoğunluğunu SGK’nın karşılaması üniversite hastanelerinin SGK’ya bağımlılığını büyük oranda artırmış ve üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak güçleşmiştir (Atasever, 2014: 45).

Üniversite hastanelerinin finansal yapısını iyileştirmek için birtakım düzenlemeler yapılmış olup, yapılan bu düzenlemelerden bir kısmı aşağıda sıralanmıştır. Bu uygulamalar (Türkmen, 2016: 26-27):

- %15 oranında üniversite hastanelerine ait döner sermayelerden kesilen hazine payı, aşamalı olarak öncelikle %5’e, devamında %3’e ve en sonunda %1 seviyesine indirilmiştir.
- 22 Üniversiteye, üniversite hastaneleri için, 2010’da 209 milyon ₺ ve 2011’de de 168 milyon ₺ finansal destek sağlanmıştır.
- 2011 yılında, üniversite hastanelerine bir defalığına öğretim üyesi “hoca farkı” adı altında 451 milyon ₺ kaynak aktarımı yapılmıştır.
- Tam Gün Kanunu ile yükseköğretim kurumlarında yer alan sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde görev yapan öğretim üyelerinin mesai saatleri haricinde verdikleri sağlık hizmetlerinden dolayı kurumun belirlediği sağlık hizmetleri tutarının, poliklinik muayeneleri için bir

katını, diğer hizmetler için ise yüzde ellisini aşmamak üzere, üniversitenin yönetim kurulu kararı ile öğretim üyelerine unvanlarına göre belirlenmiş tutarda ilave ücret verileceğine ilişkin düzenlenme yapılmıştır.

- Tam Gün Kanunu'na göre üniversitelerde görevli profesör ve doçentlerin üniversite ve özel sağlık kurumu aralarında yaptığı protokol kapsamında mesleklerini icra etmeleri durumunda elde edilecek olan gelirin öncelikle döner sermayeye gelir olarak kaydedilmesi ardından bu gelirden %50 ila %60 oranında olmak üzere ilgisi olan öğretim üyesine ödeneceği düzenlenmiştir.
- 2015 yılında ise uygulamalı eğitime destek amacıyla hastane bütçelerine aktarılacak üzere her bir tıp öğrencisi için 1.000 ₺, toplamda ise 55 Milyon ₺ ödenek tahsisi sağlanmış, bu tutar 2016'da ise her bir öğrenci için 1.725 ₺, toplamda ise 105 Milyon ₺'ye çıkmıştır. Ancak son dönemlerde alınan birtakım tedbirlere rağmen üniversite hastanelerinin borç stoklarının sürekli arttığı Maliye Bakanlığı'nca belirlenmiştir. Bu nedenle üniversite hastanelerinin gelir ve gider dengesi ile finansal sürdürülebilirliğini sağlama hedefiyle gider bazlı global bütçe sistemine geçişin yolu açılmıştır. Günümüzde birçok üniversite SGK ile global bütçe anlaşması yapmış durumdadır.

3.3.1.4. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) Sağlık Harcamaları

Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT), birer kamu kuruluşları olmalarına rağmen, özel hukuk kaidelerine göre faaliyet göstermektedir. Bu kuruluşlar, kendi bütçesini hazırlamakta ve özerk bütçeye sahiptir. İlaveten giderlerini kendi özel gelirleri ile karşılamaktadır. Özel hukuk kaidelerine göre faaliyet gösterdiklerinden dolayı, çalışanlarına sağlık alanında anlaşma yapmış oldukları hekim ve sağlık kuruluşlarıyla sağlık hizmeti sunabilmektedir (Dağlı, 2006: 77). Bununla birlikte özerk bütçeye sahip olan bu kuruluşların genel ve katma bütçe ile doğrudan bir ilişkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple, sağlık alanında; devlet çalışanlarından daha avantajlı bir hizmet sunumu yapabilir. Örneğin, KİT'ler çalışanlarına anlaşma yapmış olduğu hekim ve sağlık

kuruluşları ile her türlü sağlık hizmetini sunabileceği gibi kendi hastaneleri ve hekimleri de bulunabilmektedir (Gülcan, 2008: 34).

3.3.1.5. Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Günümüzde birçok belediye başkanlığı sosyal belediyecilik anlayışı ile sağlık personelleri görevlendirerek, ihtiyaç sahibi kişiler için ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetlerini ve engelli ve yaşlılar içinde bazı sağlık hizmetlerini vermektedirler. Hane halkından kullanmadıkları ilaçları toplayarak kullanıma uygun olanları değerlendirmektedirler.

Belediyeler hastane inşası, bakım onarımı, araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlıkla ilgili tesislerin açılışı ile işletilmesine ilişkin giderleri üstlenebilmektedirler. Belediye iştiraki olarak özel hastaneler kurabilirler.

Belediyeler bu türden sağlık hizmetlerini, 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14'üncü maddesi:

“Belediye, mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla;

b) (...)(2) Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir”

ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 7'nci maddesi:

“Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

n) Gerekğinde mabetler ile sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapmak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak.”

hükümleri gereğince yerine getirmektedirler.

3.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel sektör sağlık harcaması; hane halklarının, kâr amacı olmayan kurumların, özel sigorta şirketlerinin ve bireylerin kendi hane halkı dışındaki hane halkları için yapmış oldukları sağlık hizmeti alımıyla alakalı harcamalar olarak açıklanmaktadır (Özbay vd., 2007: 203). Kamuya ait olmayan hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir.

Sağlıkta özelleştirme terimi, kamuya ait olan kurumların mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi ile birlikte geniş kapsamlı değişiklikleri ifade etmektedir. Özelleştirme kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, özel sektörün sağlık hizmeti sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyarıcı devlet politikaları şeklinde ifade etmektedir. Bu sebepten dolayı özelleştirme, hükümet dışındaki aktörlerin sağlık hizmeti üretim ve finansmanına daha fazla oranda katılımın olduğu bir süreç olarak açıklanmaktadır. Kamu sektörü iç piyasa olarak tanımlanmakta ve bu sektör içerisine piyasa unsurlarının dahil edilmesiyle ortaya çıkan değişiklikler özelleştirme olarak ifade edilmektedir (Üzmez, 2006 :62).

3.4. Türkiye’deki Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi

3.4.1. Türkiye’nin Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması

Türkiye’de sağlık sektörü önemli değişim süreçlerinden geçmiştir. 2003 yılı öncesinde toplam sağlık harcamalarında artış olmasına rağmen, toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye oranı artmaktadır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlanmasıyla birlikte sağlık harcamalarında önemli artışlar olmuştur. Fakat Tablo 3.7’ye göre; sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 2005 yılına kadar %5,2 iken bu oran, 2009 yılında %5,8’e çıkmıştır. Bu durumun en önemli sebebi 2008 krizidir. 2009 yılı sonrası dönemlerde toplam sağlık harcamasındaki artışlar artarak devam etmiştir. Bununla birlikte 2009’dan sonraki yıllarda toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye olan oranı düşmeye başlamıştır. Günümüze en yakın 2017 verilerine göre toplam sağlık harcamaları 140.647 milyon TL iken, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %4,5’tir.

Tablo 3.7. 1999-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH'ye Oranı

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)
1999	4.985	4,7
2000	8.248	4,8
2001	12.396	5,1
2002	18.774	5,2
2003	24.279	5,2
2004	30.021	5,2
2005	35.359	5,2
2006	44.069	5,6
2007	50.904	5,8
2008	57.740	5,8
2009	57.911	5,8
2010	61.678	5,3
2011	68.607	4,9
2012	74.189	4,7
2013	84.390	4,7
2014	94.750	4,6
2015	104.568	4,5
2016	119.756	4,6
2017	140.647	4,5

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler, 2017.

3.4.2. Türkiye'nin Yıllara Göre Hastane ve Müracaat Sayısı

Tablo 3.8, Türkiye'deki yıllara göre toplam sağlık kurumlarının, yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının sayısını göstermektedir. Toplam sağlık kurumlarının sayısında her geçen yıl artış meydana gelmiştir. 2002 yılındaki sağlık kurumlarının sayısı 9.685 iken bu sayı, 2017 yılında 33.587'ye yükselmiştir. Yataklı sağlık kurumlarının sayısı 2002 yılında 1.156'dan 2015 yılında 1.533'e yükselirken, bu sayı 2016 yılında 1.510'a düşüp, 2017 yılında 1.518'e yükselmiştir. Yataksız sağlık kurumlarının sayısı ise yıllar içerisinde sürekli artış göstermiştir.

Tablo 3.8. Toplam Sağlık Kurumu Sayısı

Yıllar	Toplam Sağlık Kurumu Sayısı	Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı
2002	9.685	1.156	8.529
2013	30.116	1.517	28.599
2014	30.176	1.528	28.648
2015	30.449	1.533	28.916
2016	32.980	1.510	31.470
2017	33.587	1.518	32.069

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları il İlgili Göstergeler, 2017.

Tablo 3.9’da yıllara ve sektörlerle hastane sayıları gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastane sayısı 2002 yılında 774 iken bu sayı 2017 yılında 879’a, Üniversite hastaneleri; 2002 yılında 50 tane iken 2017’de 68’e, özel sektördeki hastaneler; 2002 yılında 271’den 2017’de 571’e yükselmiştir. Diğer hastanelerin sayısı ise 2002’de 61 iken, bu sayı 2015 yılında 36’ya düşmüştür.

Tablo 3.9. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1156
2013	854	69	550	44	1517
2014	866	69	556	37	1528
2015	865	70	562	36	1533
2016	876	69	565	-	1510
2017	879	68	571	-	1518

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 113.

Yıllara ve sektörlerle göre hastanelere müracaat sayısı Tablo 3.10’da gösterilmektedir. Tablo 3.10’a göre, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör hastanelerine toplamda 124.313.659 kişi müracaatta bulunmuştur. 2017 yılı toplam müracaat sayısı ise 464.876.362’ye yükselmiştir.

Tablo 3.10. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
2002	109.793.128	8.823.361	5.697.170	124.313.659
2013	277.485.135	29.985.697	71.341.411	378.812.243
2014	292.100.331	32.143.930	72.333.383	396.577.644
2015	306.825.524	34.539.363	77.217.044	418.581.931
2016	340.080.539	36.420.413	71.147.878	447.648.830
2017	353.703.814	38.963.933	72.208.615	464.876.362

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 161.

3.4.3. Türkiye'nin Yıllara Göre Sağlık Personellerinin Sayısı ve Hekim Sayısının Değerlendirilmesi

Tablo 3.11. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler

Personeller	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Hekim	91.949	133.775	135.616	141.259	144.827	149.997
Dış Hekimi	16.371	22.295	22.996	24.834	26.674	27.889
Eczacı	22.289	27.012	27.199	27.530	27.864	28.512
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241
Toplam Personel Sayısı	378.551	798.068	823.069	856.792	871.334	920.939

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 217.

Tüm sektörlerdeki sağlık personellerinin sayısı Tablo 3.11'de gösterilmektedir. Türkiye'deki sağlık personellerinin sayısal gelişimine bakılacak olursa, sağlık personellerinin sayısı her geçen yıl artmıştır. Hekim, dış hekimi, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli ve diğer personel ve hizmet alımı verilerinin genel toplamına

bakılacak olursa, 2002 yılında toplam personel sayısı 378.551 iken bu sayı 2017 yılında 920.936'a yükselmiştir.

Tablo 3.12. 2009-2017 Yılları Arası Hekim Sayısının Değerlendirilmesi

Yıllar	Hekim Sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı
2009	118.641	612	4.447
2010	123.447	597	4.367
2011	126.029	593	4.850
2012	129.772	583	4.791
2013	133.775	573	4.712
2014	135.616	573	4.749
2015	141.259	557	4.673
2016	144.827	551	4.735
2017	149.997	539	4.793

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları il İlgili Göstergeler, 2017.

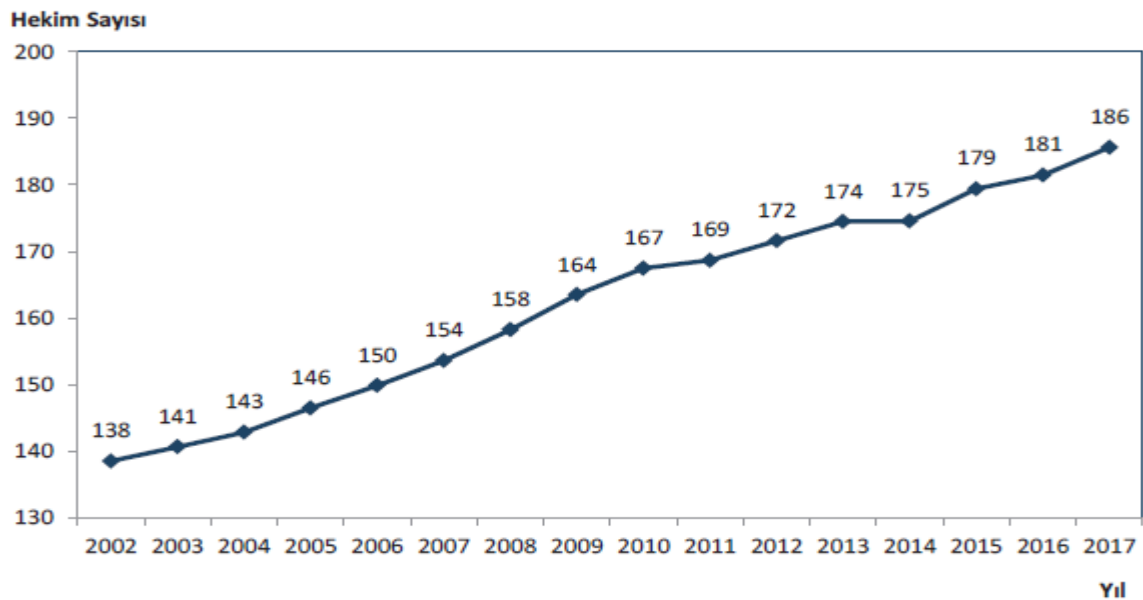
2009-2017 yılları arasındaki hekim sayısı Tablo 3.12'de değerlendirilmektedir. Bu tablo'ya göre hekim sayısı 2009 yılında 118.641 kişi iken, 2017 yılında 149.997 kişiye yükselmiştir. Aynı zamanda Tablo 3.12'de, hekim başına düşen kişi sayısı ile hekim başına düşen hasta müracaat sayısı da açıklanmıştır. Hekim başına düşen kişi sayısı her geçen yıl azalış göstermektedir. Bu duruma sebep olarak hekim sayısının artmış olması gösterilebilir. 2009 yılında hekim başına düşen kişi sayısı 612 iken, bu sayı 2017 yılında 539'a düşmüştür. Bununla birlikte, hekim başına düşen hasta müracaat sayısı, 2009 yılında 4.447'den 2017'de 4.793'e çıkmıştır.

Tablo 3.13. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Sayısının Dağılımı, (%)

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	62,4	21,9	15,7
2012	56,8	20,8	22,4
2013	56,4	21,2	22,4
2014	57,4	20,8	21,8
2015	58,5	20,4	21,1
2016	59,6	21,2	19,2
2017	60,2	20,2	19,7

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 234.

Türkiye genelinde hekimlerin bağlı olduğu sektörler farklılık göstermektedir. Tablo 3.13'te yıllara göre hekimlerin sektörler içerisindeki dağılımı gösterilmektedir. Tablo 3.13'te göre; Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2002 yılında %62,4, üniversitelerde %21,9, özel sektörde ise %15,7 şeklinde hekim dağılımı söz konusudur. 2017 yılında ise sektörler içerisindeki hekim dağılımı; Sağlık Bakanlığına bağlı %60,2, üniversitelerde %20,2 ve özel sektörde %19,7 şeklindedir. Bu şekle göre, Sağlık bakanlığı, üniversite ve özel sektör bünyesinde çalışan hekimlerin dağılımında artış ve azalışlar görülmektedir.

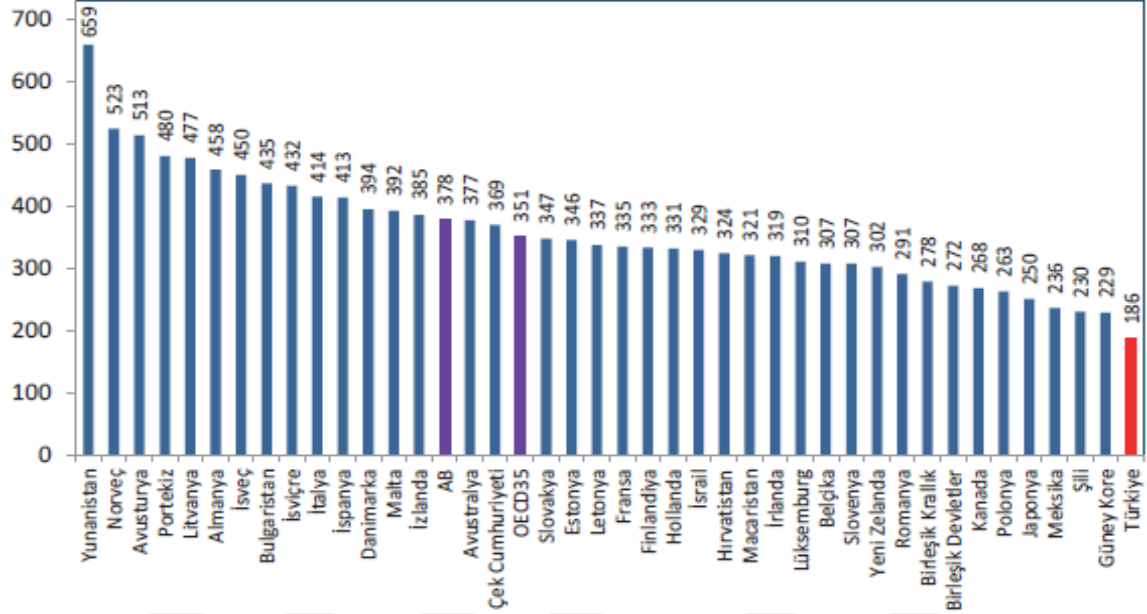


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 218.

Şekil 3.1. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler

Şekil 3.1’de 100.000 kişiye düşen tüm sektörlerdeki toplam hekim sayısı gösterilmektedir. 2002-2017 yılları arasındaki değişimi gösteren Şekil 3.1’e göre; her geçen yıl 100.000 kişiye düşen hekim sayısı sürekli artış göstermektedir. 2002 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 138 iken, bu sayı 2017 yılında 186’ya yükselmiştir.

Hekim Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 219.

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir.

Şekil 3.2. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016

Türkiye’deki 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırılması Şekil 3.2’de gösterilmektedir. Bu şekle göre, Türkiye diğer ülkeler içerisinde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı karşılaştırılmasında 186 hekim ile en sonda yer alırken, Yunanistan 659 hekim ile en ilk sırada yer almaktadır. AB ülkelerindeki 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 378, OECD35 ülkelerinde 351 ve Birleşik Krallıkta bu sayı 278 hekimdir.

3.4.4. Türkiye'nin Yıllara Göre Hastane Yatağı Sayısı

Tablo 3.14. Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı

Yıllar	Toplam Yatak Sayısı	1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
2002	164.471	2,48
2013	202.031	2,64
2014	206.836	2,66
2015	209.648	2,66
2016	217.771	2,73
2017	225.863	2,79

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları il İlgili Göstergeler, 2017.

Tablo 3.14'te Türkiye'deki sağlık kurumlarında yer alan toplam yatak sayısı ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı gösterilmektedir. Bu tabloya göre, toplam yatak sayısı 2002 yılında 164.471 iken 2017 yılında bu sayı 225.863'e yükselmiştir. Aynı zamanda Tablo 3.14'e göre, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı her geçen yıl artış göstermiştir. 2002 yılında 1000 kişi başına 2,48 yatak düşerken, 2017 yılında 2,79 yatak düşmektedir.

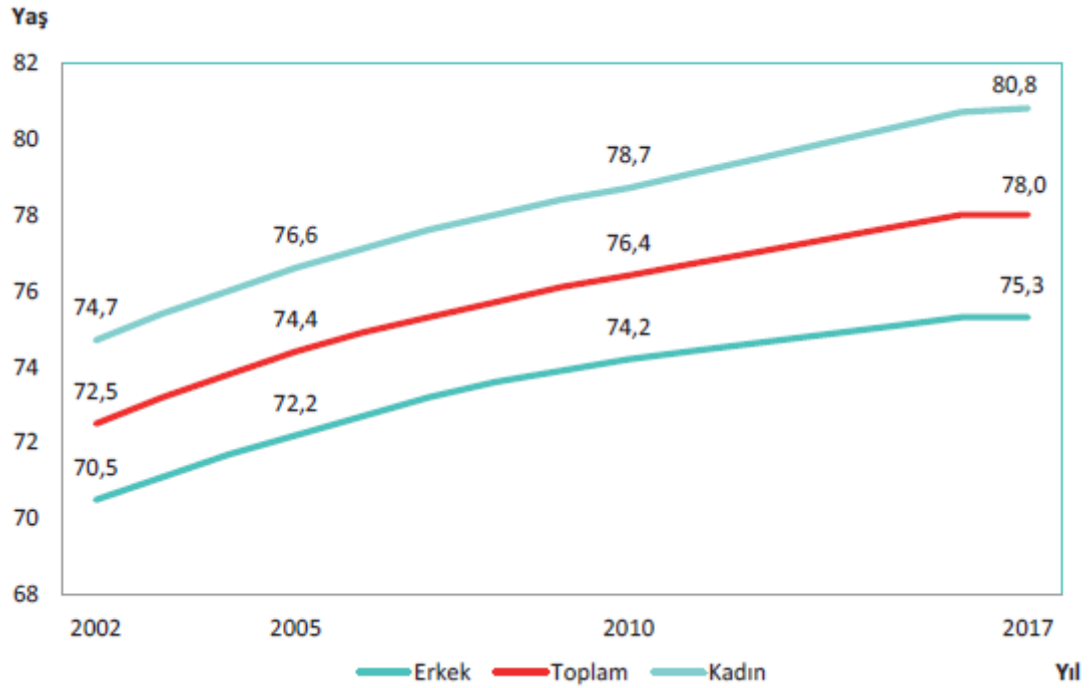
Tablo 3.15. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
2002	107.394	26.341	12.387	18.349	164.471
2013	121.269	36.056	37.983	6.723	202.031
2014	123.690	36.670	40.509	5.967	206.836
2015	122.331	38.361	43.645	5.311	209.648
2016	132.921	37.707	47.143	-	217.771
2017	135.339	41.324	49.200	-	225.863

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 113.

Tablo 3.15’te Türkiye’deki sağlık sektörlerine göre hastane yatak sayısının dağılımı gösterilmektedir. Sırasıyla 2002 ve 2017 yıllarındaki toplam yatak sayısının sektörlerindeki dağılımı; Sağlık Bakanlığının 107.394’ten 135.339’a, üniversite hastanelerinin 26.341’den 41.324’e ve özel sektör hastane yatağı sayısı 12.387’den 49.200’e yükselmiştir. Diğer sağlık kurumlarına ait hastane yatağı sayısı ise, 2002 yılında 18.349’dan 2015 yılında 5.311’e düşmüştür.

3.4.5. Türkiye’nin Yıllara Göre Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi ve Kaba Ölüm Hızı

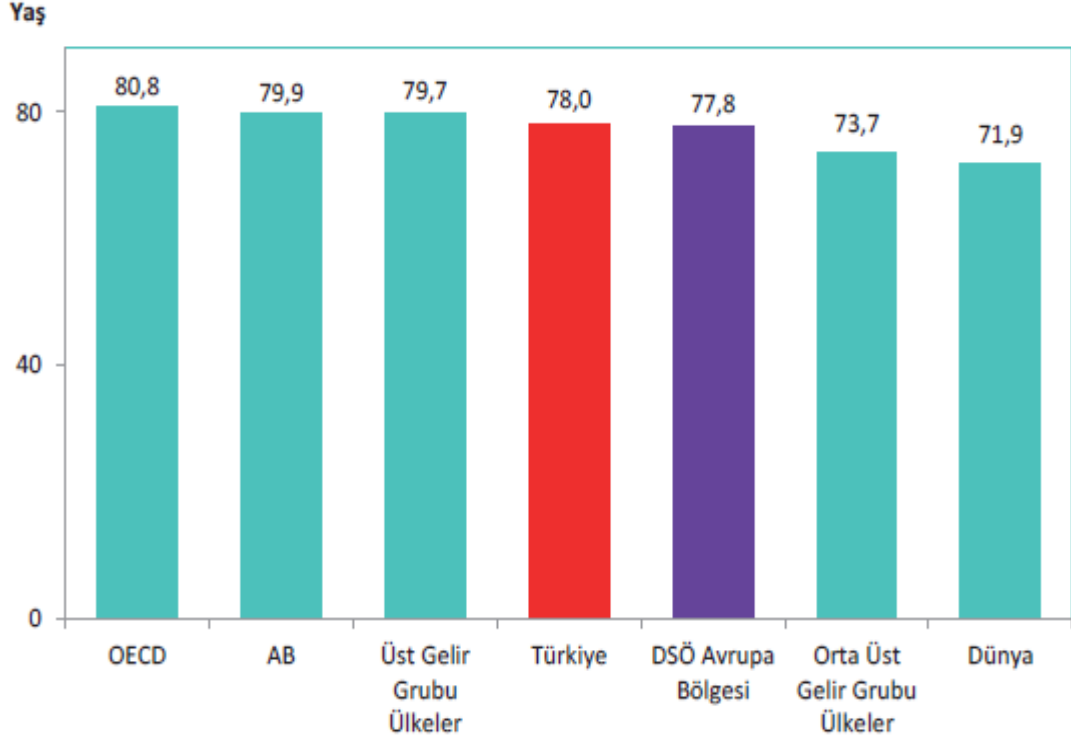


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 21.

Şekil 3.3. Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Türkiye’de yıllara ve cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süresi farklılık göstermektedir. Şekil 3.3’e göre, 2002 yılı doğumda beklenen yaşam süresi erkekler için 74,7 yaş iken, kadınlar için 70,5 yaş ve toplam yaş ortalaması ise 72,5 yaştır. 2017 yılındaki doğumda beklenen yaşam süresi ise, erkekler için 80,8 iken kadınlar için 75,3 ve toplam yaş ortalaması ise 78’dir. Şekilden anlaşıldığı üzere doğumdan beklenen

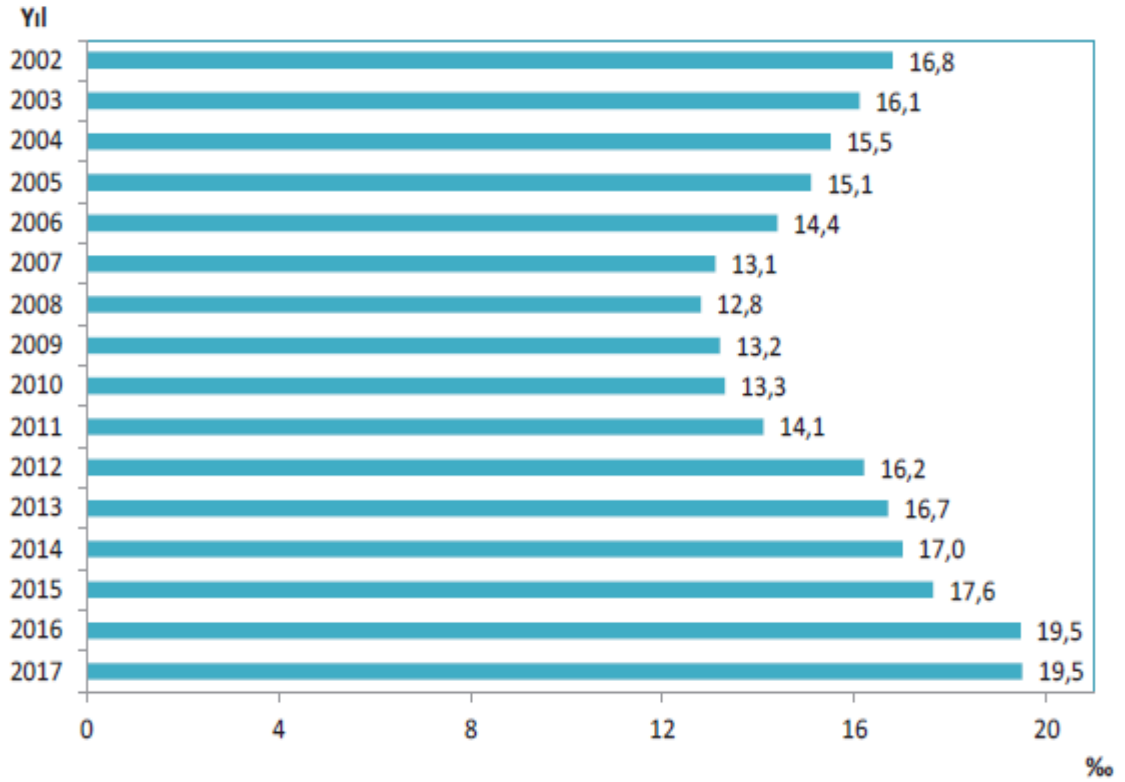
yaşam süresi yıllar içerisinde artış göstermiştir. Bu durumun en önemli sebebi ise kaliteli ve sağlıklı bir yaşam için sağlık hizmetlerinin artmasıdır.



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 21.

Şekil 3.4. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırılması

Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırılmasına bakacak olursak eğer, Şekil 3.4'e göre toplam yaşam süresinin ortalaması sırasıyla; OECD ülkelerinin 80,8 yaş, AB ülkelerinin 79,9 yaş, üst gelir grubu ülkelerin 79,7 yaş, Türkiye'nin 78 yaş, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 77,8 yaş, orta üst gelir grubu ülkelerin 73,7 yaş ve tüm dünya genelinde ise 71,9 yaştır. Bu şekle göre Türkiye'deki doğumdan beklenen ortalama yaşam süresi tüm dünya genelinin üstünde bir yaşam süresidir.



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 180.

Şekil 3.5. Yıllara Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı, Tüm Sektörler, (‰)

Şekil 3.5'te 2002-2017 yılları arasındaki hastanelerde meydana gelen kaba ölüm hızı gösterilmektedir. Şekil 3.5'e göre; hastanelerdeki kaba ölüm hızı 2002 yılından 2008 yılına kadar düşüş göstermektedir. 2002 yılı kaba ölüm hızı ‰16,8 iken 2008 yılında ‰12,8'e düşmüştür. 2008 yılından 2017 yılına kadar ise, kaba ölüm hızı artış göstermektedir. 2008 yılındaki ‰12,8 olan kaba ölüm hızı, 2017 yılında ‰19,5'a yükselmiştir. Bu duruma en önemli sebep olarak trafik kaza oranlarının artması gösterilebilir.

3.4.6. Türkiye'nin Yıllara Göre Ambulans Sayısı ve Türleri

Tablo 3.16. Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı

Yıl	112 Ambulans	Diğer	Toplam
2002	618	2.345	2.963
2013	3.357	851	4.208
2014	3.740	904	4.644
2015	4.237	781	5.018
2016	4.840	792	5.632
2017	4.922	838	5.760

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 144.

Tablo 3.16'da yıllara göre ambulans sayısı gösterilmektedir. Bu şekilde ambulanslar; 112 ambulans ve diğer ambulanslar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. 2002 yılında 112 ambulans sayısı 618 ve diğer ambulansların sayısı ise 2.345'dir. 2017 yılında ise 112 ambulanslarının sayısı 4.922 ve diğer ambulansların sayısı ise 838'dir. Tablo 3.16'ya göre 112 ambulanslarının sayısı artış göstermektedir. Diğer ambulansların sayısı ise 2002 yılından 2013 yılına ciddi bir düşüş gösterirken, diğer yıllardaki sayısı hem artış hem de azalış şeklinde devam etmektedir.

Tablo 3.17. Özellikli Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2017

Tür	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Deniz Ambulansı	6	3.011
Helikopter Ambulansı	17	2.551
Kar Paletli Ambulans	256	1.384
Motosiklet Ambulansı	60	7.469
Snow Track Ambulansı	22	101
Uçak Ambulansı	3	1.305
Yoğun Bakım ve Obez Ambulansı	91	6.192
4 Sedyeli Ambulans	63	5.269

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 145.

Tablo 3.17’de Türkiye’deki ambulans türlerinin araç sayısı ve bu ambulanslar ile nakledilen hasta sayısı gösterilmektedir. Bu tablo Türkiye’deki mevcut birçok ambulans türünü göstermektedir. 2017 yılı verilerine göre bu ambulans türleri içerisinde en çok motosiklet ambulans ile hasta nakledilmiş ve en çok araç sayısı ise kar paletli ambulansa aittir. Aynı zamanda, bu tablodan Türkiye’de sağlık hizmetinin sunumuna verilen önem anlaşılmaktadır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ

4.1. Literatür

Literatür taramasında öncelikle Türkiye dışında sağlık ile ilgili yapılmış olan çalışmalar incelenmiş ve daha sonra Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar değerlendirilmiştir.

4.1.1. Türkiye Dışında Sağlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Newhouse (1977), 13 ülkenin 1968-1972 yılları ülke gelirleri ile tıbbi bakım harcamaları arasındaki ilişki üzerine bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada kişi başına düşen gelir, kişi başı sağlık harcamaları ve GSYİH’den tıbbi bakım için ayrılan pay arasındaki ilişkiyi karşılaştırmış ve GSYİH’nin tıbbi bakım harcamaları üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna varmıştır.

Hansen ve King (1996), OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada birim kök testleri kullanarak yaptıkları analizler sonucunda, serilerin durağan olmadığı sonucuna varmış ve GSYİH’nin toplam sağlık harcamalarının düzeyinin tespit edilmesinde önemli bir değişken olduğunu ifade etmişlerdir.

Strauss ve Thomas (1998), sağlık ve verimlilik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu ilişkiyi ampirik bir çalışma ile değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak, hastalık türleri ve beslenme alışkanlığı gibi bazı sağlık göstergeleri ile fiziksel verimlilik arasında ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bhargava vd. (2000), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada 1965-1990 yılları arasındaki panel verileri kullanmışlardır. Çalışma sonucunda, sağlık ve ekonomik büyüme arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki tespit etmişlerdir.

Heshmati (2001), OECD ülkelerinin 1970-1992 yılları arasındaki GSYİH ile kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir. Genişletilmiş Solow modeli açısından sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini incelemiştir. Yaptığı analizler sonucunda, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna varmıştır.

Gyimah ve Wilson (2004), genişletilmiş Solow modelini kullanarak, Afrika ve OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının kişi başına gelir artışı üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Aynı zamanda panel veri ve dinamik panel tahmincisinden yararlanılarak analizler yapılmışlar ve bu analizler neticesinde; diğer değişkenler sabit iken, toplam sağlık harcamalarının kişi başına gelir artışı üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. İlaveten Afrika ve OECD ülkelerinde kişi başına gelirden görülen %22 ve %30'luk bir artışa sağlık harcamalarında meydana gelen gelişmelerin katkısı olmuştur.

Dreger ve Reimers (2005), 21 OECD ülkesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olup olmadığını incelemişlerdir. Bu çalışmada, 1975-2001 dönemine ait panel koentegrasyon yöntemi kullanılmış ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir koentegrasyon ilişkisi bulunmuştur.

Baltagi ve Moscone (2010), 20 OECD ülkesine ait 1971-2004 yılları arasındaki GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları verilerini kullanarak “Panel Veri Analizi” yapmışlardır. Yapılan analizde, GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak, söz konusu olan değişkenlerin durağan olmadığı ve uzun dönemde birbirleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Tang (2010), Malezya’da 1970-2009 yılları arasındaki sağlık ve gelir ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmada, Rao’s F-Test ile nedensellik ve ARDL ile eş bütünleşme analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler neticesinde; milli gelirden sağlık harcamasına doğru tek yönlü bir nedensellik olduğu; sınır testinde, uzun dönemde reel gelir ve sağlık harcamalarının birlikte hareket ettiği ve Malezya için sağlık harcamalarının lüks harcama olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Pradhan (2011), seçilmiş 11 OECD ülkesinin sağlık harcamaları ile ekonomik büyümeleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada, 1961-2007 yılları arasındaki veriler ile değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin söz konusu olup olmadığı ve değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisi araştırılmıştır. Uygulanmış olan “Panel Veri Analiz” yöntemi sonucunda, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemli karşılıklı bir ilişkinin var olduğu tespit edilmiştir.

Elmi ve Sadaghi (2012), 1990-2009 yılları arasındaki veriler ile “Panel Veri Analiz” yöntemi kullanarak, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki eş bütünleşme ve nedensellik ilişkisini incelemiştir. Sonuç olarak, uzun dönemde GSYİH ile sağlık harcamaları arasında karşılıklı yani çift yönlü bir nedensellik ilişkisi; kısa dönemde ise GSYİH’den sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi bulmuşlardır.

Boussalem vd. (2014), Cezayir’in kamu sağlık harcamaları ile ekonomik büyümesi arasındaki ilişki üzerine bir inceleme yapmışlardır. Bu çalışmada, 1974-2014 yılları arasındaki verileri doğrultusunda “Granger Nedensellik Testi” uygulanmıştır. Sonuç olarak; uzun dönemde değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisi olduğu ve kamuda yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

4.1.2. Türkiye’de Sağlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Karabulut (1998), Türkiye’deki sağlık sektörü ve bu alanda meydana gelen gelişmeleri incelemiştir. Sağlık alanında meydana gelen gelişmeleri, 1963-1997 yılları arasındaki verileri kullanarak yapmış olduğu Birim Kök Testi, Eş Bütünleşme Analizi ve VAR uygulaması ile değerlendirmiştir. Türkiye’deki sağlık sektörü göstergelerinin veri olarak kullanılan yıllar arasındaki gelişimi, gelişmiş ülke göstergelerinden oldukça düşük seviyelerdedir. Yapılan test sonuçlarına göre, nüfus ve fiyatlar, sağlık harcamaları ile GSMH arasında uzun dönemli bir ilişki bulunamamış ve sağlık harcamalarının ortalama ömür ve bebek ölüm hızı üzerine olan etkisine bakıldığında; sağlık harcamalarının ortalama ömrü arttırdığı biçiminde olumlu bir sonuca ulaşılmıştır. VAR uygulamasında ise, sağlık harcamalarının en çok kamu harcamaları içerisinde savunma harcaması ile bağlantılı olduğuna ve savunma harcamalarının diğer kamu harcamaları üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayhan (2004), Türkiye’deki sağlık ve sağlık harcamaları ile ilgili bilgiler ışığında Sakarya ili ve çevresindeki illerde yaşanan sağlık problemleri üzerine bir inceleme yapmıştır. Bu incelemeyi yaparken de Türkiye’nin ve Sakarya ilinin sağlık düzeyleri; ekonomik refah, işsizlik oranı, Sakarya’nın milli gelirden almış olduğu pay ve Sakarya ilindeki sağlık hizmetlerinin durumu gibi bazı açılardan karşılaştırılmıştır. Araştırma neticesinde; Türkiye’nin sağlık göstergeleri ile ilgili rakamlarının iyi olmadığı, sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanılması ve yerel düzeyde sağlık problemlerinin azaltılabilmesi için halkın bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Taban (2006), Türkiye’deki bazı sağlık göstergeleri ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantıyı nedensellik ilişkisi açısından değerlendirmiştir. Bu çalışmada 1968-2003 yılları arasındaki yıllık veriler kullanılmıştır. Sağlık göstergesi olarak; doğumda yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının ve yataklarının sayısı, sağlık personeli başına düşen kişi sayıları ele alınmıştır. Yapılan nedensellik analizleri sonucuna göre, sağlık kurumlarının sayısı ile reel GSYİH arasında bir nedensellik ilişkisi söz konusu değil iken, diğer sağlık göstergeleri ile reel GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur.

Akın (2007), sağlık ile ilgili genel bilgiler verip, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu incelemeyi yaparken de kişi başına düşen GSYİH, bebek ölüm hızı, kaba ölüm oranı ve doğumda yaşam beklentisi gibi temel göstergeleri ele almıştır. Türkiye’nin 1994-2004 yılları arasındaki kişi başına düşen GSYİH ve temel sağlık göstergeleri değerlendirilmiştir. Ayrıca OECD üyesi ülkelerin sağlık ve ilaç harcamaları incelenmiş ve bu ülkeler sağlık harcamaları bakımından Türkiye ile karşılaştırılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda; doğumda yaşam beklentisi ve kişi başına düşen GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişki, bebek-çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı arasında ise negatif yönlü bir ilişki ortaya çıkmıştır. OECD üyesi ülkeler ile Türkiye’nin sağlık harcamaları bakımından karşılaştırılmasında ise, ekonomik göstergelerde meydana gelen olumlu gelişmelerin temel sağlık göstergelerinde pozitif yönde bir değişime sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tekin (2007), kalkınmanın en önemli ölçütlerinden olan sağlık ve temel sağlık göstergelerini ele alarak, Türkiye’nin de dahil olduğu bir ülkelerarası karşılaştırma yapmıştır. Türkiye’nin 1970-2003 yılları arasındaki sağlık ve gelir harcamaları ile sağlık

göstergeleri arasındaki ilişkiyi “Pearson Korelasyon Yöntemi” ile, 2003 yılına ait 176 ülkenin iktisadi ve sağlık göstergelerini ise “Çoklu Regresyon Yöntemi” ile incelemiştir. İncelemeler sonucunda; Türkiye’deki kişi başına gelir, kişi başına sağlık harcamaları, bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi arasında pozitif ve güçlü bir regresyon bulunmuştur. Bununla birlikte, ülkelerarası karşılaştırmada; pozitif ve güçlü bir regresyon bulunmuş ve regresyon modellerinde iktisadi göstergelerin sağlık göstergelerini açıklamada pozitif bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ersöz (2008), Türkiye ile OECD’ye üye ülkelerin sağlık harcamaları ve sağlık düzeyleri ile ilgili göstergeleri temel alarak, bu ülkelerin seçilmiş sağlık göstergeleri açısından birbirleri ile aralarındaki farklılık ve benzerlikleri ortaya koymaya çalışmıştır. Bu benzerlik ve farklılıkları ortaya koyabilmek için çok boyutlu ölçekleme analizleri yapılmış, analizler sonucunda; Türkiye’nin seçilmiş sağlık göstergeleri bakımından, Meksika, Polonya, Kore Cumhuriyeti ve Slovak Cumhuriyeti ile aralarında benzerlikleri söz konusu iken, Almanya, Norveç ve Avusturya ülkeleri ile farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çoban (2009), Türkiye’de sağlık ekonomisini ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını incelemiştir. Bu incelemeyi yaparken de Türkiye’deki 1983-2006 yılları arasındaki sağlık göstergeleri ile kişi başı gelir ve sağlık harcamaları gibi veriler arasındaki ilişkiyi “Speraman Korelasyon Yöntemi” ile belirlerken; 1983-2007 yılları arasındaki, nüfus ve kişi başına düşen milli gelir ile özel ve kamu sağlık harcamalarını “Johansen Eş Bütünleşme Analizi” ve “Engle-Granger Nedensellik Testi” ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda, doğumda yaşam beklentisi ile sağlık harcamaları ve kişi başına düşen gelir verileri arasında doğrusal bir ilişki söz konusu iken; sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranları arasında ters yönde bir ilişki görülmüştür. Eş Bütünleşme analizleri sonuçlarına göre ise; özel sağlık harcamaları ile kişi başına düşen gelir arasında bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Bununla birlikte, 1983-2007 yılları arasındaki verilerin değerlendirilmesinde Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanan dönüşüm programlarının olumlu etkilerine rağmen, sağlık göstergelerinin OECD üyesi ülkelerin ortalamasından oldukça uzak olduğu sonucuna varılmıştır.

Filiz (2010), sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi kavramlarını incelemiştir. Bu çalışmada sağlık göstergeleri ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki

değerlendirilmiştir. Sağlık ve ekonomik göstergeler arasındaki ilişki karşılıklı olarak sorgulanmış ve sağlık göstergelerinde meydana gelen bir değişikliğin ekonomik göstergeler üzerindeki yaratacağı etkisi incelenirken, ekonomik göstergelerde meydana gelen bir değişikliğinde sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bununla birlikte, Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının yapısı incelenerek, bu harcamaları etkileyen unsurlar belirlenmiş ve Türkiye’nin yapmış olduğu sağlık harcamaları, seçilmiş AB ülkeleri ile karşılaştırılarak önerilerde bulunulmuştur.

Özuysal (2011), sağlık harcamalarının, demografik ve makroekonomik değişkenler karşısındaki uzun dönemli ilişkisini incelemiştir. Makroekonomik değişken olarak; GSYİH, sağlık fiyat endeksi ve kamu karşılama oranı, demografik değişken olarak; 65+ yaş nüfus oranı, doğum hızı ve kişi başına düşen doktor sayısı seçilmiştir. 1988-2008 yılları arasındaki sağlık göstergeleri ile ilgili verilere; ADF Birim Kök Testi, Johansen Eş Bütünleşme Analizi ve Granger Nedensellik Testi ve VEC modeli uygulanmıştır. ADF Birim Kök Testi sonuçlarına göre, değişkenler birinci dereceden durağan bulunmuştur. Johansen Eş Bütünleşme Analizine göre; hem demografik hem de makroekonomik seriler için toplam sağlık harcamalarının eş bütünleşik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bütün analizlerde uzun dönemde sağlık harcamaları üzerinde en önemli etki yaratan unsur 65+ yaş nüfus oranıdır ve pozitif yönlü bir etkisi söz konusu olmuştur.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Türkiye’deki sağlık harcamaları ve GSYİH arasındaki ilişki 2006:01-2012:03 dönemleri ele alınarak incelenmiştir. Bu incelemeler, tek yapısal kırılmalı Lee ve Strazicich Birim Kök Testi ve Tek Kırılmalı Gregory ve Hansen Eş Bütünleşme Testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Yapılan uygulamalar neticesinde, tek yapısal kırılma söz konusu olduğunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Tunca (2014), Türkiye’deki sağlık harcamalarının etkinliğini Veri Zarflama Analiz yöntemi ile incelemiştir. Bu incelemede; Türkiye’nin de içerisinde yer aldığı üst-orta ve yüksek gelir grubu ülkeler, iki farklı etkinlik modeli etrafında değerlendirilmiştir. İçerisinde çok sayıda girdi ve çıktının yer aldığı ilk model olan yüksek gelir grubu ülkelerinin sonuçlarına göre, sağlık harcamaları etkin çıkmış. Fakat

kronik hastalıklarla mücadeleye yönelik olarak uygulanan ikinci modelde; etkinlik problemi ortaya çıkmış. Yani Türkiye etkinlik sınırı üzerine çıkamamıştır. Bu sonuçlara göre, Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı üst-orta gelir grubundaki ülkelerde sağlık politikalarının etkin bir şekilde yönetilemediği görülmektedir.

Karagöz (2015), Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarını genel olarak ve yıllar içerisindeki gelişimleri açısından incelemiştir. Bu çalışmada, sağlık sektörü ile ilgili bilgiler ile birlikte Türkiye'deki sağlık göstergelerinin gelişimi incelenmiş ve bazı ülkelerdeki sağlık göstergeleri Türkiye'dekiler ile karşılaştırılmıştır. Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması açısından OECD üyesi ülkelerin gerisinde kaldığı, sağlık personellerinin yetersiz olduğu ve her geçen yıl hastanelerdeki hasta sayısının azaldığı gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Uçan ve Atay (2016), 2006Q1-2014Q4 dönemleri arasındaki veriler ile sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuç olarak sağlık politikalarında iyileştirilmeye gidildiği görülmektedir. Ekonomik gelişme ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Şen ve Bingöl (2018), Türkiye'deki 2006:01-2017:04 dönemi arasındaki sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Sağlık göstergesi olarak; sağlık amaçlı transferler, genel tedavi sağlık malzemesi giderleri ve genel ilaç giderleri ele alınırken, ekonomik büyüme göstergesi olarak ise; GSYİH kullanılmıştır. Bu göstergelere Birim Kök Testi, Geleneksel ve Bootstrap Tabanlı Toda-Yamamoto, Frekans Alan Nedensellik Testleri ve Varyans Ayrıştırması uygulanmıştır. Nedensellik testi sonuçlarına göre, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik bulunmuştur. Varyans ayrıştırması sonucuna göre ise, ekonomik büyüme ilk dönemlerde yalnızca kendisinden etkilenmiş, lakin daha sonraki dönemlerde sağlık harcamalarının da etkisi görülmeye başlamıştır. Ayrıca uygulanan analizler sonucunda, Türkiye'deki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Kesbiç ve Salman (2018), Türkiye'deki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, 1980-2014 yılları arasında yapılan toplam sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör ayrımı yapılarak ekonomik büyüme üzerine olan etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, kişi başına düşen GSYİH bağımlı değişken, kişi başına

düşen kamu ve özel sağlık harcamaları bağımsız değişken olarak kullanılarak varyans ayrıştırması uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre, Türkiye’de 1980-2014 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkısı %1,91 ve özel sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan katkısı ise %0,41 seviyelerinde bulunmuştur.

Kızıl ve Ceylan (2018), Türkiye’deki sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine olan etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada, 1979-2015 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve 65 yaş üstü nüfusun ekonomik büyüme üzerine olan etkisi; ARDL yaklaşımı ve FMOLS, DOLS ve CCR tahmin yöntemleri ile analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

4.2. Veri ve Değişkenler

Türkiye’deki sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini araştıran bu çalışmada; KBDGSYİH, KBDSH, GSYİH, GİG, TSH ve CSH değişkenleri kullanılarak analizler yapılmıştır. KBDGSYİH-KBDSH ve GSYİH-TSH verileri 1975-2017 yılları arasını kapsayan yıllık verilerdir. GSYİH- CSH verileri 1998Q1:2016Q4 dönemini ve GSYİH-GİG verileri 2006Q1:2018Q4 dönemini kapsayan çeyreklik verilerdir. Veri setleri, Merkez Bankası EVDS, OECD ve World Bank Data’dan elde edilmiştir. İlk olarak logaritması alınan değişkenlere, Augmented Dickey Fuller (ADF) ve Philips-Perron (PP) Birim Kök testleri uygulanarak değişkenlerin durağanlık seviyeleri analiz edilmiştir. Daha sonra değişkenlerin birinci farkı alınarak Granger Nedensellik testi uygulanmıştır. Son olarak değişkenler arasındaki eş bütünleşme ilişkisinin var olup olmadığını analiz etmek için ARDL Sınır Testi uygulanmıştır. Aşağıdaki Tablo 4.1’de testlerde kullanılan değişkenlerin açıklaması yer almaktadır.

Tablo 4.1. Testte Kullanılan Değişkenler

Değişken Adı	Açıklama
KBDGSYİH	Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KBDSH	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GİG	Genel İlaç Giderleri
TSH	Toplam Sağlık Harcamaları
CSH	Cari Sağlık Harcamaları

4.3. Metodoloji

4.3.1. Birim Kök Testleri

Bir serinin uzun dönemde sahip olduğu özellik; değişkenin bir önceki dönemde almış olduğu değeri, bu dönemi nasıl etkilediğinin tespit edilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, serinin nasıl bir süreçten geçtiğini anlamak için, serinin her dönemde almış olduğu değerlerin daha önceki dönemlerdeki değerleri ile regresyonunun tespit edilmesi gereklidir. Bu yüzden ekonometride birim kök testi olarak bilinen yöntemler ile serilerin durağan olup olmadıkları test edilmektedir (Tarı, 2016: 387). Serilerin durağanlığını analiz eden birim kök testleri içerisinde kullanım alanı en geniş olan testler; Augmented Dickey Fuller (ADF) ve Philips Perron (PP) Birim Kök Testleridir (Gujarati ve Porter, 2012: 757).

4.3.1.1. Augmented Dickey Fuller (ADF) Birim Kök Testi

Dickey-Fuller ve Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) testleri, birim kökün varlığını tespit etmek için kullanılan en yaygın testlerdir. Dickey-Fuller testi, hata terimlerinin rassal ve homojen dağılımları hipotezi üzerine oluşturulmuştur. Fakat hata terimleri bazen farklı varyans ya da seri korelasyon biçiminde dağılmış olabileceğinden dolayı bu test, bütün durumları kapsamaması için Genişletilmiş Dickey-Fuller testi olarak adlandırılmıştır (Takım, 2010: 324). Genişletilmiş Dickey-Fuller testine göre; bütün zaman serileri birinci seviye otoregresif süreçler şeklinde ifade edilememektedir. Bazen seviye farklı olabilir. ADF testinin metodolojisini anlaya bilmek için P'inci seviyede bir otoregresif süreç aşağıdaki denklemlerdeki gibi açıklanabilir (Patterson, 2000: 239-240);

$$y_t = \alpha_0 + \alpha_1 y_{t-1} + \alpha_2 y_{t-2} + \dots + \alpha_{p-1} y_{t-p+1} + \alpha_p y_{t-p} + u_t \quad (50)$$

Denklem 50'nin her iki tarafına $(\alpha_p y_{t-p+1})$ eklenip, tekrardan çıkartılması durumunda;

$$y_t = \alpha_0 + \alpha_1 y_{t-1} + \alpha_2 y_{t-2} + \dots + \alpha_{p-2} y_{t-p+2} + (\alpha_{p-1} + \alpha_p) y_{t-p+1} \alpha_p \Delta y_{t-p+1} + u_t \quad (51)$$

denklem 51 elde edilmektedir. Her iki tarafa $(\alpha_{p-1} + \alpha_p) y_{t-p+2}$ değeri eklenip çıkartıldığında denklem 52 elde edilir.

$$y_t = \alpha_0 + \alpha_1 y_{t-1} + \alpha_2 y_{t-2} + \dots + (\alpha_{p-1} + \alpha_p) y_{t-p+2} \alpha_p \Delta y_{t-p+1} + u_t \quad (52)$$

Aynı yönteme devam edildiğinde ise;

$$y = -(1 - \sum_{p=1}^P \alpha_1) \text{ ve } \beta_i = \sum_{j=1}^P \alpha_1 \quad (53)$$

olmak üzere aşağıdaki denklem elde edilir.

$$\Delta y_t = m_0 + \gamma y_{t-1} + \sum_{i=2}^p \beta_i \Delta y_{t-i+1} + u_t \quad (54)$$

4.3.1.2. Philips-Perron (PP) Birim Kök Testi

Dickey-Fuller ve Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) testleri; hata terimlerinin bağımsız, normal dağılıma ve sabit varyansa sahip olduğunu varsaymaktadır. Philips ve Perron geliştirmiş oldukları bir yöntem ile Dickey-Fuller testleri çerçevesinde kabul edilen bu varsayımı yumuşatmışlardır (Philips ve Perron, 1986: 335).

Aşağıdaki denklemlere göre;

$$y_t = m_0 + m_1 y_{t-1} + e_t \quad (55)$$

$$y_t = m^*_0 + m^*_1 y_{t-1} + m^*_2 (t - T/2) + e_t \quad (56)$$

Denklem 55 ve denklem 56'ya göre T gözlem sayısını, e_t $E(e_t) = 0$ olduğundan dolayı bozucu terimlerin homojen olmamaları ya da seri korelasyon ilişkisi içinde olmaması için herhangi bir zorunluluk söz konusu değildir. Philips-Perron (PP) testi, Dickey-Fuller testlerinin aksine bozucu terimler arasında homojenliğe ve zayıf bağımlılığa izin vermektedir. Philips-Perron (PP) testi (Kutlar, 2017: 167);

$$Y_t = Y_{t-1} + e_t \quad (57)$$

denklem 57'deki süreçte üretilen veriler m ve m* katsayılarına karşı sıfır hipotezi sınamasına başvurmaktadır.

4.3.2. Granger Nedensellik Testi

Granger nedensellik testi; uygulamalı ekonometrik çalışmalarda, zaman serileri arasındaki nedensellik ilişkisinin bulunmasında en yaygın kullanılan analiz yöntemidir (Karaca, 2003: 250). Granger nedensellik testi, iki değişken arasındaki ilişkiyi sorgulamakta ve bir ilişki söz konusu ise bu ilişkinin yönünü belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Uzunöz ve Akçay, 2012: 8). Aşağıdaki denklemlerin yardımı ile nedensellik analizi yapılmaktadır.

$$Y_t = \sum_{i=1}^m \alpha_i Y_{t-i} + \sum_{i=1}^m \beta_i X_{t-i} + \varepsilon_{1t} \quad (58)$$

$$X_t = \sum_{i=1}^m \theta_i X_{t-i} + \sum_{i=1}^m \gamma_i Y_{t-i} + \varepsilon_{2t} \quad (59)$$

Denklem 58 ve denklem 59'daki α_i , β_i , θ_i , γ_i gecikme katsayılarını, m bütün değişkenler için ortak gecikme derecesini, ε_{1t} ve ε_{2t} korelasyonsuz beyaz süreçleri ifade etmektedir.

Granger nedensellik testinde, denklem 58 ve denklem 59'daki hata terimlerinden önce yer alan bağımsız değişkenin gecikmeli değerlerinin katsayılarının sıfıra denk olup olmadığı test edilir. Hipotez çift taraflı kurularak nedensellik ilişkisinin çift taraflı mı yoksa tek taraflı mı olduğu belirlenmektedir (Uzunöz ve Akçay, 2012: 8). Granger'a göre nedensellik; Y değişkeninin öngörüsü, X değişkeninin geçmiş değerleri kullanılmadığı durumda daha başarılı ise X, Y'nin Granger nedenidir ve aralarındaki bu ilişki $X \rightarrow Y$ şeklinde gösterilmektedir (Granger, 1988: 199-211).

4.3.3. ARDL (Otoregresif Dağıtılmış Gecikme Modeli) Sınır Testi Eş Bütünleşme Yaklaşımı

Eş bütünleşme testleri, değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Literatürde yaygın olarak Engle-Granger (1987), Johansen (1988) Eş Bütünleşme testleri ile Vektör Oto Regresif (VAR) analiz yöntemleri kullanılmaktadır. Bu analiz yöntemlerine göre değişkenler aynı düzeyde durağan olmalıdır. Bu durum, uygulamada büyük sorunlar oluşturduğundan dolayı Peseran vd. (2000), farklı derecelerde durağan değişkenler arasındaki ilişkinin analiz edilmesine olanak tanıyan ARDL sınır testini önermişler ve bu test ile sorunlar ortadan kaldırılmıştır. ARDL testi; serilerin düzeyde ya da birinci farkında durağan olması sınır testini uygulamaya engel yaratmamakta, kısıtsız hata düzeltme modeli kullanıldığından dolayı klasik eş bütünleşme testlerinden daha güvenilir sonuçlar vermekte ve seriler arasında kısa ve uzun dönem durumları hakkında bilgi vermektedir (Kızıllı ve Ceylan, 2018: 202). ARDL sınır testinin izlemiş olduğu süreç şu şekilde açıklanabilir (Sevüktekin ve Çınar, 2014: 576):

$$Y_t = \alpha + \sum_{j=1}^k \alpha_j Y_{t-j} + \sum_{j=0}^k \beta_j X_{t-j} + \varepsilon_t \quad (60)$$

Denklem 60'a ilave edilmesi gereken gecikme sayıları; Akaike (AIC), Schwarz (SIC) ve Lagrange çarpanları (LM) gibi bilgi kriterleri yardımı ile tespit edilmektedir. Durağan durum uzun dönem dengesinde değişkenlerin tüm zaman dönemleri için aynı değerleri alacağı varsayılmaktadır. Başka bir deyişle; $Y_t = Y_{t-1} = Y_{t-2} = \dots = Y_{t-k} = Y^*$ ve $X_t = X_{t-1} = X_{t-2} = \dots = X_{t-k} = X^*$ şeklinde ifade edilebilir. Bu sebeple durağan durum uzun dönem denge ilişkisi denklem 61'deki gibi olacaktır (Sevüktekin ve Çınar, 2014: 576):

$$Y^* = \frac{\alpha}{1 - \sum_{j=1}^k \alpha_j} + \frac{\sum_{j=0}^k \beta_j}{1 - \sum_{j=1}^k \alpha_j} X^* = \alpha^* + \beta^* X^* \quad (61)$$

Denklem 61'e göre uzun dönem çözümünün yapılabilmesi için $\sum_{j=1}^k \alpha_j < 1$ olması gerekmektedir (Asteriou ve Hall, 2007: 311). Eşümleşim vektörü ise $[1 - \alpha^* - \beta^*]$ olarak ifade edilmektedir. Denklem 61 tahmin edildikten sonra, dengeden sapmayı açıklayan $\hat{\varepsilon}^*$ kalıntıları tespit edilir (Sevüktekin ve Çınar, 2014: 576).

$$\hat{\varepsilon}^* = Y^* - \hat{\alpha}^* - \hat{\beta}^* X^* \quad (62)$$

4.4. Bulgular

Tablo 4.2'de, KBDGSYİH ve KBDSH'nin tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) değerlerine göre; KBDGSYİH ve KBDSH sola çarpık ve sivri dağılmaktadır.

Tablo 4.2. KBDGSYİH ve KBDSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri

	KBDGSYİH	KBDSH
Ortalama	0.053	0.016
Medyan	0.064	0.019
Maksimum	0.357	2.510
Minimum	-0.337	-2.652
Standart Sapma	0.158	0.773
Çarpıklık	-0.536	-0.027
Basıklık	3.376	10.412
Jarque-Bera	2.260	96.147
Olasılık	0.322	0.000

Tablo 4.3'de, GSYİH ve TSH'nin tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) değerlerine göre; GSYİH ve TSH sola çarpık ve sivri dağılmaktadır.

Tablo 4.3. GSYİH ve TSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri

	GSYİH	TSH
Ortalama	0.070	0.070
Medyan	0.079	0.080
Maksimum	0.373	7.055
Minimum	-0.321	-7.224
Standart Sapma	0.157	3.454
Çarpıklık	-0.544	-0.039
Basıklık	3.405	4.200
Jarque-Bera	2.359	2.532
Olasılık	0.307	0.281

Tablo 4.4'te, GSYİH ve CSH'nin tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) değerlerine göre; GSYİH sola çarpık ve sivri dağılmaktadır. CSH ise sağa çarpık ve sivri dağılmaktadır.

Tablo4.4. GSYİH ve CSH'nin Tanımlayıcı İstatistikleri

	GSYİH	CSH
Ortalama	0.053	0.050
Medyan	0.076	0.015
Maksimum	0.249	0.455
Minimum	-0.202	-0.182
Standart Sapma	0.113	0.132
Çarpıklık	-0.389	1.245
Basıklık	2.092	4.541
Jarque-Bera	4.465	26.811
Olasılık	0.107	0.000

Tablo 4.5'te, GSYİH ve TSH'nin tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) değerlerine göre; GSYİH ve GİG sola çarpık ve sivri dağılmaktadır.

Tablo 4.5. GSYİH ve GİG'nin Tanımlayıcı İstatistikleri

	GSYİH	GİG
Ortalama	0.035	-0.034
Medyan	0.074	0.067
Maksimum	0.180	0.809
Minimum	-0.202	-1.874
Standart Sapma	0.105	0.566
Çarpıklık	-0.673	-0.875
Basıklık	2.091	3.735
Jarque-Bera	5.606	7.669
Olasılık	0.060	0.021

4.4.1. ADF ve PP Birim Kök Test Sonuçları

Değişkenlerin durağanlık seviyelerinin belirlenebilmesi için ADF ve PP Birim Kök testleri uygulanmıştır. Tablo 4.6'da KBDGSYİH ve KBDSH değişkenlerine uygulanan birim kök test sonuçları yer almaktadır. ADF birim kök testi sonucunda; LKBDGSYİH serileri düzey değerlerinde durağan değil iken, birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları, LKBDSH'nin ise seriler hem düzey değerlerinde hem de birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan

oldukları görülmektedir. PP birim kök testi sonucunda ise; LKBDGSYİH’de serilerin düzey değerlerinde durağan olmadıkları ve birinci farkı alındığında ise sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları, LKBDSH hem düzey değerlerinde hem de serilerin birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları görülmektedir.

Tablo 4.6. KBDGSYİH ve KBDSh’ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları

Değişkenler	Düzye Değeri I(0)				Birinci Fark I(1)			
	Sabit		Sabit+Trend		Sabit		Sabit+Trend	
	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık
LKBD GSYİH	-0.736	0.826	-2.322	0.413	-6.921	0.000**	-6.832	0.000**
LKBDSH	-4.158	0.002**	-5.551	0.000**	-7.039	0.000**	-6.944	0.000**
	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık
LKBD GSYİH	-0.712	0.832	-2.446	0.351	-6.921	0.000**	-6.832	0.000**
LKBDSH	-4.226	0.001**	-5.546	0.000**	-19.226	0.000**	-18.888	0.000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.7’de GSYİH ve TSH değişkenlerine uygulanan birim kök test sonuçları yer almaktadır. ADF birim kök testi sonucunda; LGSYİH serilerinin düzey değerlerinde durağan olmadıkları ve birinci farkı alındığında ise sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları, LTSH’nin ise seriler hem düzey değerlerinde hem de birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları görülmektedir. PP birim kök testi sonucunda ise; LGSYİH serilerinin düzey değerlerinde durağan olmadıkları ve birinci farkı alındığında ise sabit ve sabit+trendli modelde durağan iken, LTSH’nin hem düzey değerlerinde hem de serilerin birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları görülmektedir.

Tablo 4.7. GSYİH ve TSH'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları

Değişkenler	Düzey Değer I(0)				Birinci Fark I(1)			
	Sabit		Sabit+Trend		Sabit		Sabit+Trend	
	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık
LGSYİH	-0.719	0.830	-2.394	0.377	-6.963	0.000**	-6.877	0.000**
LTSH	-6.440	0.000**	-7.211	0.000**	-8.789	0.000**	-8.701	0.000**
	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık
LGSYİH	-0.704	0.834	-2.535	0.310	-6.963	0.000**	-6.877	0.000**
LTSH	-6.445	0.000**	-7.307	0.000**	-39.169	0.000**	-43.203	0.000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.8'de GSYİH ve CSH değişkenlerine uygulanan birim kök test sonuçları yer almaktadır. ADF birim kök testi sonucunda; LGSYİH serileri düzey değerlerinde ve birinci farkları alındığında durağan olmadıkları, LCSH'nın serileri düzey değerlerinde sabit ve sabit+trendli modelde durağan iken, LCSH serilerinin birinci farkı alındığında sabit modelde durağan oldukları görülmektedir. PP birim kök testi sonucunda ise; LGSYİH hem düzey değerlerinde hem de serilerin birinci farkı alındığında sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları ve LCSH'nın ise; düzey değerlerinde sabitli modelde durağan olduğu ve birinci farkı alındığında ise sabit ve sabit+trendli modelde durağan oldukları görülmektedir.

Tablo 4.8. GSYİH ve CSH'ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları

Değişkenler	Düzey Değer I(0)				Birinci Fark I(1)			
	Sabit		Sabit+Trend		Sabit		Sabit+Trend	
	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık
LGSYİH	-2.408	0.143	-2.726	0.229	-1.567	0.493	-1.766	0.710
LCSH	-3.657	0.006**	-3.544	0.042**	-2.933	0.046**	-2.944	0.155
	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık
LGSYİH	-4.318	0.000**	-3.510	0.045**	-8.627	0.000**	-9.868	0.000**
LCSH	-6.293	0.000**	-2.781	0.208	-10.078	0.000**	-11.681	0.000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.9'da GSYİH ve GİG değişkenlerine uygulanan birim kök test sonuçları yer almaktadır. ADF birim kök testi sonucunda; LGSYİH serileri düzey değerlerinde durağan değil iken, LGSYİH serilerinin birinci farkı alındığında %10 anlamlılık seviyesinde sabitli modelde durağan olduğu ve LGİG'nin serileri, düzey değerlerinde ve birinci farkı alındığında durağan olmadığı görülmektedir. PP birim kök testi sonucunda ise; LGSYİH düzey değerlerinde sabit+trendli modelde durağan iken, serilerin birinci farkı alındığında hem sabit hem de sabit+trendli modelde durağan oldukları ve LGİG'nin ise; düzey değerlerinde durağan olmadığı ve birinci farkı alındığında ise sabit ve sabit+trendli modelde durağan olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9. GSYİH ve GİG’ye Uygulanan Birim Kök Sonuçları

Değişkenler	Düzey Değer I(0)				Birinci Fark I(1)			
	Sabit		Sabit+Trend		Sabit		Sabit+Trend	
	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık	ADF Değeri	Olasılık
LGSYİH	1.108	0.997	-2.970	0.151	-2.601	0.099*	-3.592	0.041
LGİG	-1.687	0.430	-1.940	0.617	-2.205	0.207	-2.300	0.425
	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık	PP Değeri	Olasılık
LGSYİH	-0.279	0.920	-5.586	0.000**	-15.666	0.000**	-19.414	0.000**
LGİG	-1.586	0.482	-2.921	0.164	-13.432	0.000**	-13.928	0.000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

4.4.2. Granger Nedensellik Test Sonuçları

Yapılan nedensellik testi sonucuna göre, Tablo 4.10’da KBDSH’den KBDGSYİH’ye doğru nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ancak KBDGSYİH’den KBDSH’ye doğru nedensellik ilişkisi söz konusu değildir. Bu durum KBDGSYİH ile KBDSH arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.10. KBDGSYİH ve KBDSH Nedensellik Testi Sonuçları

Değişkenler	Chi-sq	Gecikme Uzunluğu
Olasılık		
KBDSH → KBDGSYİH	38,922	9
KBDGSYİH → KBDSH	12,168	9
		0,000**
		0,204

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.11'deki nedensellik testi sonucuna göre, TSH'den GSYİH'ye doğru nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ancak GSYİH'den TSH'ye doğru nedensellik ilişkisi bulunmamaktadır. Bu durum GSYİH ile TSH arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.11. GSYİH ve TSH Nedensellik Testi Sonuçları

Değişkenler	Chi-sq	Gecikme Uzunluğu	Olasılık
TSH → GSYİH	17,661	6	0,007**
GSYİH → TSH	3,131	6	0,792

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.12'de ise GSYİH ve CSH arasındaki nedensellik ilişkisi incelenmiştir. Tablo 4.12'ye göre, CSH'den GSYİH'ye ve GSYİH'den CSH'ye doğru nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Bu durum GSYİH ile CSH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.12. GSYİH ve CSH Nedensellik Testi Sonuçları

Değişkenler	Chi-sq	Gecikme Uzunluğu	Olasılık
CSH → GSYİH	40,705	2	0,000**
GSYİH → CSH	38,010	2	0,000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

Tablo 4.13'de ise GSYİH ile GİG arasındaki nedensellik ilişkisi incelenmiştir. Tablo 4.13'e göre, GİG'den GSYİH'ye ve GSYİH'den GİG'ye doğru nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Bu durum GSYİH ile GİG arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo4.13. GSYİH ve GİG Nedensellik Testi Sonuçları

Değişkenler Olasılık		Chi-sq	Gecikme Uzunluğu
GİG → GSYİH	90,026	2	0,000**
GSYİH → GİG	24,673	2	0,000**

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

4.4.3. ARDL Sınır Testi Sonuçları

Bu bölümde ilk olarak değişkenlerin sırasıyla, ARDL sınır testi kısa dönem katsayıları tespit edilmiş ve Sınır Testi yardımı ile F-istatistik değeri hesaplanıp eş bütünleşme ilişkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Daha sonra hata düzeltme katsayısı ile uzun dönem katsayıları tespit edilmiştir. Hata düzeltme katsayısının (CointEq) negatif ve olasılık değerinin anlamlı olması gerekmektedir.

4.4.3.1. KBDGSYİH ve KBDSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu

Tablo 4.14'te ARDL modeline ilişkin kısa dönem katsayıları, t istatistiği ve olasılık (prob.) değerleri yer almaktadır. Kısa dönem, KBDGSYİH ve KBDSH arasındaki eş bütünleşme ilişkisi Sınır testi ile incelenmiştir. Sınır testi sonucuna göre; F-istatistik değeri, %1, %5 ve %10 anlamlılık seviyesi üst sınır değerlerinin üzerinde olduğundan dolayı KBDGSYİH ile KBDSH arasında eş bütünleşme ilişkisi söz konusudur.

Tablo 4.14. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi

Bağımlı Değişken (KBDGSYİH)		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
KBDGSYİH(-1)	-0.1205	-0.7536 (0.455)
KBDSh	0.0346	1.0601 (0.295)
C	0.0573	2.1561 (0.037)
Sınır Testi		
	k	F İstatistik
Bağımlı Değişken (KBDGSYİH)	1	16.434
Anlamlılık Seviyesi	Alt Sınır	Üst Sınır
%1	4.94	5.58
%5	3.62	4.16
%10	3.02	3.51

Not: k, bağımsız değişken sayısını ifade etmektedir.

Tablo 4.15’de hata düzeltme katsayısı ve uzun dönem katsayıları incelenmektedir. Tablo 4.15’deki uzun dönem katsayılarına göre, KBDSh’nin KBDGSYİH üzerindeki etkisi pozitif ve istatistiksel olarak anlamsızdır. Hata düzeltme katsayısı negatif ve olasılık değeri istatistiksel olarak anlamlıdır. ARDL uzun dönem sonuçlarına göre, KBDSh’deki %1’lik artış KBDGSYİH’de %0,03 oranında bir artışa neden olmaktadır.

Tablo 4.15. ARDL (1,0) Modeli Uzun Dönem Katsayıları

Bağımlı Değişken (KBDGSYİH)		
Uzun Dönem Katsayıları		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
KBDSh	0.0309	1.0638 (0.294)
C	0.0512	2.2822 (0.028)
CointEq (-1)	-1.1121	-6.9678 (0.000**)
F-statistic = 24.6412, Prob (F-statistic) = 0.000		

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenlerin anlamlılıkları sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

4.4.3.2. GSYİH ve TSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu

Tablo 4.16’da ARDL modeline ilişkin kısa dönem katsayıları, t istatistiği ve olasılık (prob.) değerleri yer almaktadır. Sınır testi ile kısa dönem, GSYİH ve TSH arasındaki eş bütünleşme ilişkisi incelenmiştir. Sınır testi sonucuna göre; F-istatistik değeri, %1, %5 ve %10 anlamlılık seviyesi üst sınır değerlerinin üzerinde olduğundan dolayı GSYİH ile TSH arasında eş bütünleşme ilişkisi söz konusudur.

Tablo 4.16. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
GSYİH(-1)	-0.0950	-0.5813 (0.564)
TSH	-0.0037	-0.4990 (0.620)
C	0.0756	2.7114 (0.010)
Sınır Testi		
	k	F İstatistik
Bağımlı Değişken (GSYİH)	1	15.760
Anlamlılık Seviyesi	Alt Sınır	Üst Sınır
%1	4.94	5.58
%5	3.62	4.16
%10	3.02	3.51

Not: k, bağımsız değişken sayısını ifade etmektedir.

Tablo 4.17’de hata düzeltme katsayısı ve uzun dönem katsayıları incelenmektedir. Tablo 4.17’deki uzun dönem katsayılarına göre, TSH’nin GSYİH üzerindeki etkisi negatif ve istatistiki olarak anlamsızdır. Hata düzeltme katsayısı negatif ve olasılık değeri istatistiksel olarak anlamlıdır. ARDL uzun dönem sonuçlarına göre, TSH’deki %1’lik artış GSYİH’yi %0,003 oranında azaltmaktadır.

Tablo 4.17. ARDL (1,0) Modeli Uzun Dönem Katsayıları

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Uzun Dönem Katsayıları		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
TSH	-0.0033	-0.4911 (0.626)
C	0.0691	2.9872 (0.004)
CointEq (-1)	-1.1016	-6.8755 (0.000**)
F-statistic= 23.6305, Prob (F-statistic) = 0.000		

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenlerin anlamlılıkları sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

4.4.3.3. GSYİH ve CSH Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu

Tablo 4.18’de ARDL modeline ilişkin kısa dönem katsayıları, t istatistiği ve olasılık (prob.) değerleri yer almaktadır. Sınır testi ile kısa dönem, GSYİH ve CSH arasındaki eş bütünleşme ilişkisi incelenmiştir. Sınır testi sonucuna göre; F-istatistik değeri, %1, %5 ve %10 anlamlılık seviyesi üst sınır değerlerinin üzerinde olduğundan dolayı GSYİH ile CSH arasında eş bütünleşme ilişkisi söz konusudur.

Tablo 4.18. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
GSYİH (-1)	-0.1802	-2.0279 (0.046)
GSYİH (-2)	-0.2553	-3.1535 (0.002)
GSYİH (-3)	-0.3277	-4.0273 (0.000)
GSYİH (-4)	0.6480	7.2975 (0.000)
CSH	0.1567	2.5784 (0.012)
CSH (-1)	0.2785	4.5886 (0.000)
CSH (-2)	0.1660	2.4061 (0.019)
CSH (-3)	0.1194	1.8291 (0.072)
C	0.0172	2.1444 (0.035)
Sınır Testi		
	k	F İstatistik
Bağımlı Değişken (GSYİH)	1	6.103
Anlamlılık Seviyesi	Alt Sınır	Üst Sınır
%1	4.94	5.58
%5	3.62	4.16
%10	3.02	3.51

Not: k, bağımsız değişken sayısını ifade etmektedir.

Tablo 4.19’da hata düzeltme katsayısı ve uzun dönem katsayıları incelenmektedir. Tablo 4.19’daki uzun dönem katsayılarına göre, CSH’nin GSYİH üzerindeki etkisi pozitif ve istatistiki olarak anlamlıdır. Hata düzeltme katsayısı negatif ve olasılık değeri istatistiksel olarak anlamlıdır. ARDL uzun dönem sonuçlarına göre, CSH’deki %1’lik artış GSYİH’de %0,646 oranında artışa neden olmaktadır.

Tablo 4.19. ARDL (4,3) Modeli Uzun Dönem Katsayıları

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Uzun Dönem Katsayıları		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
CSH	0.6463	7.8295 (0.000)
C	0.0154	2.7599 (0.007)
CointEq (-1)	-1.1152	-4.3476 (0.000**)
F-statistic = 187.1396, Prob (F-statistic) = 0.000		

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenlerin anlamlılıkları sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

4.4.3.4. GSYİH ve GİG Arasındaki ARDL Sınır Testi Sonucu

Tablo 4.20’de ARDL modeline ilişkin kısa dönem katsayıları, t istatistiği ve olasılık (prob.) değerleri yer almaktadır. Sınır testi ile kısa dönem, GSYİH ve GİG arasındaki eş bütünleşme ilişkisi incelenmiştir. Sınır testi sonucuna göre; F-istatistik değeri, %5 ve %10 anlamlılık seviyesi üst sınır değerlerinin üzerinde olduğundan dolayı GSYİH ile GİG arasında eş bütünleşme ilişkisi söz konusudur.

Tablo 4.20. Kısa Dönem Katsayıları ve Sınır Testi

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
GSYİH (-1)	-0.0387	-0.3445 (0.732)
GSYİH (-2)	-0.3463	-3.4684 (0.001)
GSYİH (-3)	-0.1001	-0.8786 (0.384)
GSYİH (-4)	0.4777	4.2427 (0.000)
GİG	0.0180	1.1356 (0.262)
GİG (-1)	-0.0461	-2.8909 (0.006)
C	0.0317	2.5003 (0.016)
Sınır Testi		
	k	F İstatistik
Bağımlı Değişken (GSYİH)	1	4.931
Anlamlılık Seviyesi	Alt Sınır	Üst Sınır
%1	4.94	5.58
%5	3.62	4.16
%10	3.02	3.51

Not: k, bağımsız değişken sayısını ifade etmektedir.

Tablo 4.21’de hata düzeltme katsayısı ve uzun dönem katsayıları incelenmektedir. Tablo 4.21’deki uzun dönem katsayılarına göre, GİG’nin GSYİH üzerindeki etkisi negatif ve istatistiki olarak anlamsızdır. Hata düzeltme katsayısı negatif ve olasılık değeri istatistiksel olarak anlamlıdır. ARDL uzun dönem sonuçlarına göre, GİG’deki %1’lik artış GSYİH’de %0,027 oranında bir azalışa neden olmaktadır.

Tablo 4.21. ARDL (4,1) Modeli Uzun Dönem Katsayıları

Bağımlı Değişken (GSYİH)		
Uzun Dönem Katsayıları		
Değişkenler	Katsayı	t istatistiği (prob.)
GİG	-0.0279	-1.0322 (0.308)
C	0.0314	6.4537 (0.000)
CointEq (-1)	-1.0075	-2.9881 (0.004**)
F-statistic = 177.2965, Prob (F-statistic) = 0.000		

NOT: %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde değişkenlerin anlamlılıkları sırasıyla ***, ** ve * değerleri göstermektedir.

SONUÇ

Beşeri sermaye verimliliği, ekonomik açıdan büyüme ve kalkınmanın temelini oluşturan en önemli faktörlerden biri olmakla birlikte, önemi her geçen gün giderek artmaktadır. Beşeri sermayenin gelişmesi ve verimliliğinin artması için sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimi, sağlık harcamalarının artmasına ve ekonomik büyüme ile kalkınmanın sağlanmasına neden olmaktadır. Bu yüzden literatürde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki önemli bir yere sahiptir.

Ülkelerin güçlü bir ekonomik büyümeye sahip olması ve bu büyümeyi sürdürülebilir hale getirmesi için toplumun sağlıklı bireylerden oluşması gerekmektedir. Toplumun sağlıklı bireylerden oluştuğunu söyleyebilmek için sunulan sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarına cevap vermelidir. Bu sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak için gerçekleşen harcamaların tamamı sağlık harcamaları olarak ifade edilmektedir.

Bu çalışmada, genel olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık harcamalarına ilişkin; toplam sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve genel ilaç giderleri verilerinden faydalanılmıştır. Bunlara karşılık ekonomik gösterge olarak; GSYİH ve KBDGSYİH verileri kullanılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık hizmetlerinin neler olduğu genel olarak anlatılmış, sağlık hizmetlerinde etkinlik göstergeleri, finansman sistemlerinin işleyişi ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere değinilmiş; ikinci bölümünde ise ekonomik büyümenin genel özelliklerinden ve buna ilişkin büyüme teorilerinden bahsedilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenmiş, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sektörde meydana gelen hızlı dönüşüm ve gelişim gözlemlenmiştir. Program dahilinde yapılan reformlarla tüm vatandaşların sağlık güvencesi altına alınması, Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığının birleştirilmesi, Sağlık Bakanlığının düzenleyici ve denetleyici rolünün artırılması, sağlıkta kamu-özel iş birliğinin artırılması gibi önemli değişiklikler gerçekleştiğine vurgu yapılmıştır. Türkiye’de yıllar itibariyle gerçekleşen sağlık harcamalarının

dağılımı TÜİK verileriyle incelenmiş, kamunun sağlık sektöründeki payının son yıllarda yaklaşık %10 arttığı ve SGK tarafından finanse edilen sağlık harcamaları oranının %10'dan daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Türkiye'nin sağlık göstergelerinden; yıllara göre hastane ve müracaat sayısı, sağlık personellerinin sayısı, toplam yatak sayıları, doğumda beklenen yaşam süresi ve kaba ölüm hızı, ambulans verileri genel olarak incelenmiş ve olumlu gelişmelerin olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde; literatür taraması yapılarak, Türkiye'de ve başka ülkelerde yapılan sağlık ile ilgili çalışmalar incelenmiştir. Daha sonra, çalışmada kullanılan testlerin metodolojisi hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın test aşamasında; değişkenlerin durağanlık seviyelerinin belirlenebilmesi için ADF ve PP birim kök testleri, nedensellik ilişkisinin var olup olmadığının tespiti için Granger nedensellik testi ve değişkenler arasındaki eş bütünleşme ilişkisinin belirlenmesi için de ARDL sınır testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları kısaca şu şekildedir;

- KBDSH'den KBDGSYİH'ye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu ve bu iki değişken arasında eş bütünleşme ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. ARDL sınır testi uzun dönem katsayılarına göre, KBDSH'nin KBDGSYİH üzerindeki etkisi pozitifdir.
- TSH'den GSYİH'ye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu ve bu değişkenler arasında eş bütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. ARDL sınır testi uzun dönem katsayılarına göre, TSH'nin GSYİH üzerindeki etkisi negatiftir.
- CSH ile GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Yani her iki değişken birbirinin nedenidir. Ayrıca bu iki değişken arasında eş bütünleşme ilişkisi söz konusudur. ARDL sınır testi uzun dönem katsayılarına göre, CSH'nin GSYİH üzerindeki etkisi pozitifdir.
- GİG ile GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Yani her iki değişken birbirinin nedenidir. Ayrıca bu iki değişken arasında da eş bütünleşme ilişkisi görülmüştür. ARDL sınır testi uzun dönem katsayılarına göre, GİG'nin GSYİH üzerindeki etkisi negatiftir.

Analiz sonuçlarından da anlaşıldığı üzere, sağlık alanında etkinliği ve verimliliği artırmayı amaçlayan harcamaların gerçekleştirilmesi, ülkenin beşeri sermaye seviyesini yükselterek, sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin sağlanması ile teknolojik ilerlemeleri beraberinde getirecektir. Bunun sonucunda, ekonomik büyüme ve kalkınma hızlanabilecek ve toplumsal refah düzeyi artacaktır.



KAYNAKÇA

- Acar, Y., (2002), İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri, (4. Baskı), Vipaş A.Ş. Yayınları, Bursa.
- Aghion, P. Howitt, P., “A Model of Growth Through Creative Destruction”, *Econometrica*, 60/1992, (2).
- Akdağ, R., (2008) “İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R., (2008) “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri”, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R., (1998), Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler, Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara.
- Akdur, R., (2006), Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum, (2. Baskı), ATAUM Araştırma Dizisi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R., (2006), Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum, (2. Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akın, C. S., (2007) *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Adana.
- Aktan, C.C. ve Işık, A., (2010b) “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, (06.12.2018).

- Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, 2007, (64).
- Arestis, P. ve Sawyer, M., (2006) “Endogenous Growth Theory: A Partial Critique”, *Growth and Economic Development: Essays in Honour A. P. Thirwall*, ed. Philip Arestis, John McCombie and Roger Vickerman, Edward Elgar Publishing, USA.
- Arık, Ö., Y. Y. İleri, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7/2016, (2).
- Asteriou, D. ve Hall, S. G., (2007), *Applied Econometrics: A Modern Approach*, Palgrave Macmillan, New York.
- Atasever, M., (2014), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi:2002-2013 Dönemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Atasever, M., (2014), Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler:2003-2016 Dönemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Atasever, M., vd., (2017), Türkiye’de Sağlık Harcamaları Analizi, Sasam Enstitüsü, Analiz, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi, Ankara.
- Ateş, M., (2011), Sağlık Sistemleri, (1. Baskı), Beta Yayınları, İstanbul.
- Avcı, A., (1997), Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı, Melisa Matbaacılık, İstanbul.
- Avrupa Toplulukları Komisyonu, (2001), “Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine 2001 Düzenli İlerleme Raporu”, <http://www.tohav.org/Content/UserFiles/ListItem/Docs/katalog9330turkiyenin-katilim-yonunde-ilerlemesi-uzerine-komisyonun-duzenli-raporu-2001.pdf> (28.03.2019).
- Ayhan, B., (2004) *Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Sakarya.

- Aytekin, Y., (2000) *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, İstanbul.
- Balbay, Y., (1997) *Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Ankara.
- Balsak, M., (2004) *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.
- Baltagi, B. H., F. Moscone, “Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data”, *IZA Discussion Paper Series*, 4851/2010.
- Barro, R. J. ve Sala-i-Martin, X., (1995), *Economic Growth*, McGraw-Hill, USA.
- Barro, R. J., (1997), *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*, MIT Publishing, Londra.
- Barro, R. J., “Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth”, *The Journal of Political Economy*, 98/1990, (5).
- Berber, M., (2006), *İktisadi Büyüme ve Kalkınma*, (3. Baskı), Derya Kitapevi, Trabzon.
- Bhargava, A., Jamison, D.T., Lau, L., (2000), *Modeling the Effects of Health on Economic Growth*, GPE Discussion Paper Series.
- Blaug, M., (1996), *Economic Theory in Retrospect*, (5. Edition), Cambridge University Press, UK.
- Bobadilla, J., (1996) “Priority Setting and Cost Effectiveness”, *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*, ed. K. Janovsky, World Health Organization, Geneva.

- Bolat, M., (1997) *Ekonomik ve Sosyal Yönleriyle Sağlık Kavramı*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, Para Banka Bilim Dalı, İstanbul.
- Boussalem, F., vd., “The Relationship Between Public Spending On Health and Economic Growth in Algeria: Testing for Co-Integration and Causality”, *International Journal of Business and Management*, 2/2014, (3).
- Brewer, A., (2010), *The Making of the Classical Theory of Economic Growth*, Routledge, UK.
- Brue, S. L., (1994), *The Evolution of Economic Thought*, New York: The Dryden Press, Harcourt Brace College Publishers.
- Bulut, A., (2007), *Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi: Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, edt. Berna Akkıyal, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Clarke, S., (1982), *Marx, Marginalism and Modern Sociology: From Adam Smith to Max Weber*, London.
- Cypher, J. M. and Dietz, J. L., (2009), *The Process of Economic Development*, (3. Edition), Routledge, UK.
- Çetin, M., E. Ecevit, “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11/2010, (2).
- Çoban, H., (2009) *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, İzmir.
- Dağlı, G. H., (2006) *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Demir, O., “Durgun Durum Büyümeden İçsel Büyümeye”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3/2002, (1).

- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), (2001) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
<http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577.pdf>.8 (12.06.2018).
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), (2003) 2004 Yılı Programı, DPT Yayınları, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), (2006) Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı: 2007-2013, DPT Yayınları, Ankara.
- Domar, E. D., “Capital Expansion, Rate of Growth and Employment”, *Econometrica*, 14/1946, (2).
- Dreger, C., Reimers, H. E., “Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis”, *IZA Discussion Paper*, 1469/2005.
- Elmi, M. Z., S. Sadaghi, “Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality”, *Middle East Journal of Scientific Research*, 12/2012, (1).
- Ercan, N. Y., “İçsel Büyüme Teorisi: Genel Bir Bakış”, *Planlama Dergisi*, 2000, (42. Yıl Özel Sayısı).
- Ersoy, A., (2008), İktisadi Teoriler ve Düşünceler Tarihi, (3. Baskı), Nobel Basımevi, Ankara.
- Ersöz, F., “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 2008, (2).
- Ertek, T., (2005), Makroekonomiye Giriş, (2. Baskı), Beta Yayınları, İstanbul.
- Filiz, Y., (2010) *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Atılım Üniversitesi, Finansman Anabilim Dalı, Ankara.
- Görgün, S., (1993), Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, SBF Yayınları, İstanbul.

- Grabowski, R., vd., (2007), *Economic Development: A Regional, Institutional and Historical Approach*, New York.
- Granger, C., “Some Recent Developments in a Concept of Causality”, *Journal of Econometrics*, 39/1988.
- Griffin, Charles. C., “The Need to Change Health Care Priorities in LDCs”, *Finance Development*, 23/1991, (1).
- Grossman, G. N. ve Helpman, E., (1991), *Innovation and Growth in the Global Economy*, MIT Publishing, Cambridge MA.
- Gudeman, S. F., (1984), *Ricardo’s Representations*, University of California Press.
- Gujarati, D. N. ve Porter, D. C., (2012) *Temel Ekonometri*, çev. Ümit Şenesen ve Gülay Günlük Şenesen, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Gupta, K. R., (2009), *Economics of Development and Planning: History, Principles, Problems and Policies*, (4. Edition), Atlantic Publisher, India.
- Gülcan, M. C., (2008) *Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kırıkkale Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Kırıkkale.
- Gyimah, K. B., Wilson, M., “Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries”, *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44/2004, (2).
- Hansen, P., A. King., “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach”, *Journal of Health Economics*, 15/1996, (1).
- Harrod, R. F., “An Essay in Dynamic Theory”, *The Economic Journal*, 49/1939, (193).
- Hayran, O., (1997), *Hastane Yöneticiliği*, edt. Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Basımevi, İstanbul.

Hayran, O., (2012), Sağlık Yönetimi Yazıları, SAGEYA Yayınları, Ankara.

Heshmati, A., (2001), On the Causality between GDP and Health Care Expenditure in Augmented Solow Growth Model, SSE/EFI Working Paper Series in Economics and Finance.

Hiç, M., (1988), Büyüme ve Gelişme Ekonomisi, Menteş Kitabevi, İstanbul.

Hoffman, James J., J. G. Irwin, L. A. Dıgman, “Technological Adoption in Dynamic Environments: The Case of Not- for- Profit and For-Profit Hospitals”, *Journal of Managerial Issues*, 8/1996, (4).

<http://haber.gazetevatan.com/antibiyotik-turkiyedeki-bakterilere-gazoz-gibi/633268/30/dunya> (03.06.2019).

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari (12.03.2019).

<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce/tarihce> (30.05.2019).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html> (03.03.2019).

Hunt, E. K., (2002), History of Economic Thought: A Critical Perspective, (Updated 2. Edition), Sharpe Publishing, New York.

Ildır, A. ve Şen, F., (2008) “Sağlık Sistemimizin Avrupa Sağlık Sistemleri ile Karşılaştırılması ve Sağlık Ekonomisine Etkileri”, *1. Ulusal Yönetim ve Ekonomi Bilimleri Konferansı’nda Sunulan Bildiriler Kitabı*, edt. Coşkun Can Aktan, Özkan Dalbay.

Işık, A., (1998) *Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı/Maliye Teorisi Bilim Dalı, İstanbul.

- İpekten, M., (2002) *Küreselleşmenin Türkiye’de Kamu Hizmetlerine Genel Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kanavoz, P., vd., (2010)., Türkiye’de Sağlık-İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası, <http://www.suvak.org.tr/kitap-2turkce.pdf>, (02.03.2019).
- Kar, M. ve Taban, S., (2005), İktisadi Kalkınmada Sosyal, Kültürel ve Siyasal Faktörlerin Rolü, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Karabulut, K., (1998) *Türkiye’de Sağlık Sektörü Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Erzurum.
- Karagöz, S., (2015) *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı/İktisat Teorisi Bilim Dalı, İstanbul.
- Kaynak, M., (2005), Kalkınma İktisadı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kaynak, M., (2015), Büyüme Teorileri Giriş, (3. Baskı), Gazi Kitapevi, Ankara.
- Kesbiç, C. Y., G. Salman, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Tespiti: 1980-2014 VAR Model Analizi”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 639/2018.
- Kısa, A., (2002), Sağlık Kurumları Yönetimi, edt. Nuray Uzkesici, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Kızıl, B. C., R., Ceylan, “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği”, *Journal of Yasar University*, 13/2018, (50).
- Kibritçioğlu, A., “İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 1998, (53).

- Kibritçioğlu, A., “İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 53/1998, (1-4).
- Klein, R., vd., “Rationing in the NHS: The Dance of the Seven Veils-in Reverse”, *British Medical Bulletin*, 51/1995, (4).
- Kregel, J. A., (1982), Macmillan İktisat Serisi İktisadi Büyüme Teorisi, çev. Ömer Gökay, Akbank Kültür Yayınları, İstanbul.
- Kutlar, A., (2017), Ekonometrik Zaman Serileri, (2. Baskı), Umuttepe Yayınları, Kocaeli.
- Lucas, R. E., “On the Mechanics of Economic Development”, *Journal of Monetary Economics*, 1988, (22).
- Malthus, T. R., (1985), An Essay on the Principle of Population, New York.
- Mankiw, N., vd., “A Contribution to the Empirics of Economic Growth”, *The Quarterly Journal of Economics*, 2/1992, (107).
- McGrattan, E. R., “A Defense of AK Growth Models”, *Federal Reserve Bank of Minneapolis Quarterly Review*, 22/1998, (4).
- Meier, G. M. and Baldwin, R. E., (1957), Economic Development: Theory, History, Policy, John Wiley, New York.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K., (2005), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi, İstanbul.
- Newhouse, P. J., “Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey”, *The Journal of Human Resources*, 12/1977, (1), <http://www.jstor.org> (15.04.2018).
- Newyork, Great Britain.
- Orhaner, E., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, (1).

- Özbay, H. vd., (2007), “Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye’de Sağlığa Bakış, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- Özdemir, Y. E., (2001), Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları, Yeni Türkiye-Sağlık Özel Sayısı I, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Cilt:39, Ankara.
- Özgüven, A., (1998), İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Özgüven, A., (2001), İktisadi Düşünceler, Doktrinler ve Teoriler, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Öztekin, Z., (2001), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye-Sağlık Özel Sayısı I, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, (39), Ankara.
- Özuysal, H., (2011) *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Ekonometri Anabilim Dalı, Ankara.
- Pala, K., (2008), Türkiye için sağlık reformunun ana başlıkları: Gerçek bir reform mümkündür, Eskişehir Tabip Odası Bülteni, Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, Eskişehir.
- Parasız, İ., (2003), Ekonomik Büyüme Teorileri: Dinamik Makroekonomiye Geçiş, (2. Baskı), Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Patterson, K., (2000), An Introduction Applied Econometrics : A Time Series Approach,
- Pehlivan, G. G. ve Utkulu, U., (2015), Ekonomik Entegrasyon ve Büyüme, Nobel Basımevi, Ankara.
- Philips, P., Perron, “Testing for a Unit Root in Time Series Regression”, *Biometrika*, 75/1986.

- Pradhan, R. P., “Effects of Health Spending on Economic Growth: A Time Series Approach”, *Decision*, 38/2011, (2).
- Resmi Gazete, “T.C. Maliye Bakanlığı’ndan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği”, 27033/6, (23.10.2008).
- Romer, D., (2006), *Advanced Macroeconomics*, (3. Edition), The McGraw-Hill, New York.
- Romer, P. M., “Endogenous Technological Change”, *The Journal of Political Economy*, 98/1990, (5).
- Roncaglia, A., (2005), *The Wealth of Ideas: A History of Economic Thought*, Cambridge University Press, UK.
- Savaş, S., (2002), *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye*, ed. S. Thomson ve E. Mossialos, Kopenhag Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi.
- Savaş, V. F., (1997), *İktisadın Tarihi*, Avcıol Yayınları, İstanbul.
- Savaş, V. F., (2000), *İktisadın Tarihi*, (4. Baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Saygılı, Ş. ve Cihan, C., (2008) “Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamikleri: 1987-2007 Döneminde Büyümenin Kaynakları, Temel Sorunlar ve Potansiyel Büyüme Sorunu, TÜSİAD Araştırma Raporları Serisi”, TÜSİAD, İstanbul.
- Sevüktekin, M. ve Çınar, M., (2014), *Ekonomerrik Zaman Serileri Analizi: Eviews Uygulamalı*, (4. Baskı), Dora Yayın, Bursa.
- Sıvacı, C., “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2007, (24).
- Skousen, M., (2005), *İktisadi Düşünce Tarihi: Modern İktisadın İnşası*, çev. Mustafa Acar, vd., (2. Baskı), Adres Yayınları, Ankara.

- Solow, R. M., “A Contribution to the Theory of Economic Growth”, *The Quarterly Journal of Economics*, 70/1956, (1).
- Sosyal Güvenlik Kurumunun Tarihçesi, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> (06.03.2019).
- Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 yenilik, www.sgk.gov.tr/yayinlar/01_SGK-400_yenilik.pdf (05.06.2019).
- Soyer, A., “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 2003, (9).
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M., (1999), *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Basımevi, Ankara.
- Spiegel, H. W., (2002), *The Growth of Economic Thought*, (3. Edition), Duke University Press, USA.
- Strauss, J., D. Thomas, “Health, Nutrition and Economic Development”, *Journal of Economic Literature*, 36/1998.
- Şakar, A., (1999) *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şen, A., N. Bingöl, “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği”, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 9/2018, (1).
- Şin, İ., (1999) *Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı/Maliye Teorisi Bilim Dalı, İstanbul.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2016, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0> (01.06.2019).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018) Sağlık İstatistikleri Yıllığı:2017, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, <https://sygm.saglik.gov.tr> (18.05.2019).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 1996-199, (2001), www.sgk.gov.tr (06.05.2019).
- Taban, S., (2008), İktisadi Büyüme: Kavram ve Modeller, Nobel Basımevi, Ankara.
- Taban, S., (2016), İktisadi Büyüme: Kavram ve Modeller, (4. Baskı), Ekin Yayınevi, Ankara.
- Taban, S., “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *Sosyoekonomi*, 2006, (2).
- Takım, A., “Türkiye’de GSYİH ile İhracat Arasındaki İlişki: Granger Nedensellik Testi”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14/2010, (2).
- Tang, F. C., (2010), “Revisting The Health-Income Nexus in Malaysia: ARDL Cointegration and Rao’s F-Test for Causality”, Munich Personal Repec Archive.
- Tarı, R., (2016), Ekonometri, (12. Baskı), KÜV Yayınları, Kocaeli.
- Tatar, M., (2006), Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslararası Uygulamalardaki Yeri, Makro Bakış, (2).
- Tekin, M., (2007) *Sağlık ve İktisadi Göstergeler Arasındaki İlişkinin Ülkelerarası İncelenmesi ve Türkiye Örneği*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Tengilimoğlu, D., vd., (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, (1. Baskı), Nobel Basımevi, Ankara.

- Terris, M., “Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory”, *Journal of Public Health Policy*, 13/1992, (3).
- Tezel, Y.S., (1989), İktisadi Büyüme, Ankara.
- Tezel, Y.S., (2003), İktisadi Büyüme, (2. Baskı), İmaj Kitabevi, Ankara.
- Tıraşoğlu, M., B. Yıldırım, “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2012.
- Tokalaş, S., (2006) *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı/Mali İktisat Bilim Dalı, İstanbul.
- Tokat, M., (1993), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Tokay, M., (2000) *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Top, M., “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5/2000, (3).
- Top, M., “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 3/2000, (5).
- Tragakes, E. ve Vienonen, M., “Key Issues in Rationing and Priority Setting for Health Care Services”, World Health Organization Office for Europe, 1998.

- TTB Merkez Konseyi, (1991), Sağlık Hizmetlerinde Finansman sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Tasarısı, https://www.ttb.org.tr/yayin_liste.php?Guid=1f2a68a0-8730-11e7-aa09-54b29146220c (05.09.2018)
- Tunca, D., (2014) *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- TURAN, N., (2004), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258 (10.06.2019).
- Türkmen, B., (2015) “Türkiye’de Sağlık Sektörü: Gelişmeler, Sorunlar ve Politika Önerileri”, Tasav Beyin Fırtınası Toplantıları Sağlık Sektörü Çalışma Grubu, Türk Akademisi Siyasi Sosyal Araştırmalar Vakfı, Ankara.
- Türkmen, F., (2016), Üniversite Hastanelerinin Yeniden Yapılandırılması, Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği 18. Toplantısı, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Tüylüoğlu, Ş., (2007) “Ekonomik Büyüme ve Uluslararası Refah Düzeyi”, İktisada Giriş, edt. Ö. Faruk Çolak, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Uçan, O., S. Atay, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9/2016, (3).
- Uz, H., (1998), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, edt. Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayın, İstanbul.
- Uzunöz, M., Y., Akçay, “Türkiye’de Büyüme ve Enerji Tüketimi Arasındaki Nedensellik İlişkisi:1970-2010”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,3/2012, (2).

- Üçdoğruk, Ş., “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonometrik Analizi: Eş Bütünleşme Testi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Ekonomik Yaklaşım Dergisi, 7/1996, (21).
- Üzmez, O., (2006) *Küreselleşmenin Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Kocaeli.
- Volkan, Y., “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16/2007, (1).
- Webber, D., (2002), “Policies to Stimulate Growth: Should We Invest in Health or Education?”, *Applied Economics*; N., Stacey, (1998), “Social Benefits of Education”, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*.
- WHO, Antimicrobial Resistance, Global Report on Surveillance <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1> (12.03.2019).
- Yeldan, E., (2010), *İktisadi Büyüme ve Bölüşüm Teorileri*, çev. Murat Yıldırımoglu ve Harun Öztürkler, Efil Yayınevi, Ankara.
- Yıldırım, H. H. Ve Yalçın, T., (2010) *Akıllı İlaç Kullanımı Politika Stratejileri*, <http://www.saglikyonetimi.org> (03.03.2017)
- Yılmaz, Ö. ve Akıncı, M., (2012), *İktisadi Büyüme ve Makroekonomik Belirleyicileri*, Nobel Basımevi, Ankara.
- Yülek, M. A., “İçsel Büyüme Teorileri, Gelişmekte Olan Ülkeler ve Kamu Politikaları Üzerine”, *Hazine Dergisi*, 1997, (6).