



T.C
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME
ARASINDAKİ İLİŞKİ: MENA ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR
UYGULAMA

Hazırlayan

Deniz GÜVEN

İktisat Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK

TOKAT – 2017

**SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME
ARASINDAKİ İLİŞKİ: MENA ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR
UYGULAMA**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 10/08/2017

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Prof. Dr. Salih BARIŞIK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ

İmzası

[Handwritten signatures of Prof. Dr. Salih BARIŞIK, Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK, and Yrd. Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ]

Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun
...../...../..... tarih ve sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul
edilmiştir.

Enstitü Müdürü:Prof.Dr.Mustafa ÇOLAK
Enstitü Müdürü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK danışmanlığında hazırlamış olduğum " SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ: MENA ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA " adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.



10/08/2017
Deniz GÜVEN

ÖNSÖZ

Sağlık konusu günümüzde az gelişmiş ya da çok gelişmiş olmasına bakılmaksızın tüm dünyanın üzerinde durmak zorunda olduğu konular arasında yer almaktadır. İster az gelişmiş olsun ister çok gelişmiş olsun tüm ülkeler için sağlık önemli bir konudur. Sağlık sadece insanların yaşam kalitesini belirleyen bir konu değildir. Sağlıktan hareketle başta toplumsal çevre olmak üzere birçok alan sağlık konusunun etkisi altındadır. İnsan unsuru ve toplumsal çevrenin yanında sağlık kavramının ekonomik boyutu da önemli bir alanı oluşturmaktadır. Sağlığın ekonomik büyümeyle olan ilişkisi sağlık konusunda üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Ülkelerin sağlık için ayırdıkları/ayıracakları payın belirlenmesinden sağlık hizmeti alan bireylerin sayısına kadar pek çok konunun yanında ülkelerin gelişmişlik durumu, sağlığa ayrılan pay ülkeler arasında farklılıklar göstermesine rağmen göz ardı edilemeyecek bir ekonomik durum olarak tüm ülkeleri ilgilendirmektedir. Hazırlanan bu çalışma ile sağlık harcamalarının Türkiye'nin de içinde bulunduğu MENA ülkelerinin ekonomik büyümelerine etkisini araştırarak iktisadi literatüre katkı sağlanmak amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın hazırlanmasında ve geliştirilmesinde katkıları olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK'e ve eşim Yrd. Doç. Dr. Ahmet GÜVEN'e göstermiş oldukları emek, sabır ve anlayışlarından ötürü teşekkür ederim.

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin artması için yapılan sağlık harcamaları beşeri sermayeyi geliştirip iktisadi büyümeye olumlu yönde katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Beşeri sermayenin giderek önem kazanmasıyla kültür, eğitim, sağlık gibi konulara yapılan harcamaların ekonomik büyümeyle olan ilişkisinin varlığını tespit etmek önem taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda çok sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle olumlu yönde etkilediğine yönelik çok sayıda bulgu yer alırken, gelişmekte olan ülkeler grubunda yer alan MENA ülkeleri için aynı yönde bir etkinin olup olmadığı araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda 2000 - 2015 dönemi için 32 MENA ülkesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle olan ilişkisi panel veri analiz yönteminden hareketle test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında bebek ölüm hızı ile doğumda yaşam beklentisinin iktisadi büyümeyle pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Harcamaları, MENA Ülkeleri, Ekonomik Büyüme, Panel Veri

ABSTRACT

The health expenditures for the increase of health services are thought to contribute to positive growth by developing human capital and economic growth. With the growing importance of human capital, it is important to determine the existence of the relationship between spending on topics such as culture, education and health, and economic growth. Numerous researches have been conducted towards this end. While there are a number of findings in these studies that health spending in developed countries has had a positive effect on economic growth, it has been investigated whether MENA countries in the developing countries group are active in the same direction. For this purpose, the relationship between health expenditures and economic growth in 32 MENA countries for the period 2000 - 2015 has been tested with the panel data analysis method. Analysis results show that health spending in MENA countries has a negative effect on economic growth. In addition, the infant mortality rate and expectation of life at birth have reached a positive level with economic growth.

Key Words: Health, Healthcare, MENA Countries, Economic Growth

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Bilimsel Etik Sayfası.....	İ
Önsöz	İİ
Özet	İİİ
Abstract	İV
İçindekiler	V
Tablolar Listesi	Vİİİ
Şekiller Listesi.....	İX
Kısaltmalar	X
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1.SAĞLIK KAVRAMI	3
1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramıyla İlgili Genel Bilgiler.....	4
1.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı	4
1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	5
1.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	6
1.1.1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.1.1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.1.1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	9
1.1.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	9
1.1.1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri İstatistikleri.....	15
1.1.2. Sağlık Harcamaları Kavramıyla İlgili Genel Bilgiler.....	18
1.1.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	19
1.1.2.1.1.Kişi Başına Gelirin Yükselmesi	20
1.1.2.1.2.Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	21
1.1.2.1.3.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	21
1.1.2.1.4.Teknolojik Gelişmeler.....	22
1.1.2.1.5.Kentleşme.....	23
1.1.2.1.6.Yaşam Süresinin Uzaması.....	23
1.1.2.1.7.Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişmeler	24
1.1.2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi	24
1.1.2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları İstatistikleri	25

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI	31
1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı	31
1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları.....	32
1.2.3. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri.....	34
1.2.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisi.....	35
BÖLÜM 2: SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜMEYE ETKİSİ.....	39
2.1. EKONOMİK BÜYÜME	39
2.1.1. Dışsal Ekonomik Büyüme Teorileri	39
2.1.2. İçsel Ekonomik Büyüme Teorileri	41
2.2. SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ.....	42
2.2.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi	47
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi	52
2.2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkın Ekonomik Boyutu.....	56
2.3. MENA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ	58
2.3.1. Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölge Ülkeleri (MENA Ülkeleri)	58
2.3.2. MENA Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Göstergeleri.....	60
2.3.2.1. Sağlık Harcamaları Açısından Sağlık Göstergeleri.....	60
2.3.2.1.1. MENA Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının / GSYİH Oranı	61
2.3.2.1.2. MENA Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/GSYİH Oranı	62
2.3.2.1.3. MENA Ülkelerindeki Özel Sağlık Harcamalarının / GSYH’ya Oranı	63
2.3.2.1.4. MENA Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı..	65
2.3.2.1.5. MENA Ülkelerinde Kişi Başı Yıllık Sağlık Harcama Miktarı (\$).....	66
2.3.2.1.6. MENA Ülkelerinde Doktor Sayısı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	67
2.3.2.1.7. MENA Ülkelerinde Hemşire Sayısı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	68
2.3.2.1.8. MENA Ülkelerinde Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	68
2.3.2.2. MENA Ülkelerinde Sağlık Durumu Göstergeleri	69
2.3.2.2.1. MENA Ülkelerinde Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi	69
2.3.2.2.2. MENA Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızı	71
BÖLÜM 3: MENA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE PANEL VERİ ANALİZİ.....	73
3.1. LİTERATÜR TARAMASI.....	73
3.2. EKONOMETRİK YÖNTEM.....	78
3.2.1. Panel Veri Analizi	79
3.2.1.1. Sabit Etkiler Modeli	79

3.2.1.2. Rassal Etkiler Modeli.....	80
3.2.1.3. Havuzlanmış Regresyon Modeli	81
3.2.2. Birim Kök Testleri.....	83
3.3. VERİ SETİ VE EKONOMETRİK MODEL.....	87
3.4. AMPİRİK BULGULAR	88
SONUÇ.....	94
KAYNAKLAR	98
ÖZGEÇMİŞ.....	112



TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1:Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Sunan Hastanelerin Sektörel Dağılımı.....	15
Tablo 2:Türkiye'de Yıllara Göre Yataklı Kurumların Cihaz Sayıları	16
Tablo 3: 2015 Yılı İçinde Türkiye’de Kullanılan Ambulans Ve Taşınan Hasta Miktarı.....	16
Tablo 4:Türkiye Yıllara Göre Çalışan Sağlık Personeli Sayıları	17
Tablo 5:Türkiye’nin Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamaları.....	26
Tablo 6: 2016 Yılı Sağlık Harcamaları Ödeneği ve Harcama Miktarı.....	30
Tablo 7:Yaygın Kabul Edilen Tanıma Göre MENA Ülkeleri	59
Tablo 8:Kısmen MENA Ülkesi Kabul Edilen Ülkeler.....	59
Tablo 9:MENA Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları/GSYİH Oranı.....	61
Tablo 10:MENA Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/ GSYİH Oranı.....	62
Tablo 11:MENA Ülkelerinde Özel Sağlık Harcamasının/ GSYİH’ya Oranı	64
Tablo 12:MENA Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	65
Tablo 13:MENA Ülkelerinde Yıllık Kişi Başı Sağlık Harcama Miktarı (\$)	66
Tablo 14:MENA Ülkelerinde Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri	70
Tablo 15:MENA Ülkelerindeki Bebek Ölüm Hızı	71
Tablo 16: Panel Birim Kök Testi Sonuçları.....	89
Tablo 17: MENA Ülkeleri İçin Panel Tahmin Sonuçları.....	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1:Türkiye'nin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı	27
Şekil 2:Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (ABD \$).....	28
Şekil 3:Türkiye'de Yıllara Göre Cepten Yapılan Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$).....	29
Şekil 4:Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%).....	29
Şekil 5: MENA Ülkelerinin Haritası.....	60
Şekil 6: Panel Regresyon Modeli.....	87

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BM	: Birleşmiş Milletler
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
CSH	: Cepten Sağlık Harcaması
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EKO	: Ekokardiyografide
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla
KSH	: Kamu Sağlık Harcaması
MENA	: Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölge Ülkeleri
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
ÖSH	: Özel Sağlık Harcaması
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SB	: Sağlık Bakanlığı
TSH	: Toplam Sağlık Harcaması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	: ve benzeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlık konusu insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Öyle ki, kişinin yaşamının devam edebilmesinin ilk şartı onun sağlıklı olmasıdır. Sağlığın olmadığı bir yerde diğer refah unsurlarının var olması birey ve toplum için hiç bir anlam ifade etmeyecektir. Bu nedenle bireyler, devletler ve hatta uluslararası örgütler sağlık konusuna çok daha fazla önem vermek zorundadır. Bireysel ve doğal olarak toplumsal sağlığın, refahın, sağlanabilmesi devletlerin bu konuya ciddi bir kaynak ayırmasını zorunlu kılmaktadır. Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde sağlığın büyük bir ekonomik sektör olduğu görülmektedir. En küçük tıbbi pansuman bandından en büyük ameliyat ekipmanına kadar birçok araç ve gerecin kullanıldığı sağlık sektörü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde önemli bir kalemi oluşturmaktadır. Devletlerin ekonomik gelişmişlik seviyesindeki farklılıklardan dolayı ekonomik durumları oranında sağlık harcamaları miktarı da değişiklik göstermektedir. Ancak yine de her ülkenin sağlık harcamaları ekonomilerinde önemli bir yer tutmaktadır.

Çok gelişmiş ülkelerin yüzyıllar önce arkalarında bıraktığı sağlık problemleri hala birçok az gelişmiş ülkenin başlıca sağlık sorunları arasında yer almakla birlikte, dünyanın pek çok farklı noktasında ortaya çıkan tedavisi henüz tam anlamıyla bulunamamış yeni hastalık ve salgınlarla mücadele öncelikle gelişmiş ülkelerin temel sorunu gibi gözükse de tüm dünyayı etkileyen sağlık sorunları olarak kabul görmektedir. Yaşanan farklı ya da ortak sağlık sorunları her ülkenin baş etmek zorunda olduğu temel sorunlar arasında yer almaktadır.

Sağlık alanında yapılan faaliyetler, harcamalar ve planlamalar üzerinde önemle durulması gereken konular arasındadır. Büyük bir ekonomik değer olan sağlık alanında yapılan yanlış planlamalar sonucunda, kıt kaynakların yanlış kullanılmasına ve beraberinde çok daha ciddi sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının tedavi edici, önleyici, istihdam sağlayıcı rolüne ilaveten birçok alanda altyapı ve üstyapıyı kapsayan hizmetler sunması, ekonomi üzerinde iktisadi bir genişlemenin ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle kendi ülkesinin sınırlarını aşarak diğer ülkelere sağlık hizmeti sunan birçok ülke için sağlık turizmi adı verilen yeni bir ekonomik sektörün ortaya çıktığı görülmektedir. Bu tarzdaki oluşumlar hem

ülke ekonomisinin gelişmesine katkı sağlamakta, hem de sağlık sektörünün küresel bir yapıya dönüşmesine sebep olmaktadır. Küresel açıdan sektörün gelişimi, çok ciddi hastalıkların tedavisinde ileri teknoloji kullanan devletlerin yanında estetik kaygı içeren ucuz maliyetli hizmet sunan ülkelerin tercih edilmesi gibi çok geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır.

Sağlık konusunun, ülkelerin iş gücü alanında çalışanlardan maksimum faydanın sağlanmasında ve tedaviye ihtiyaç duyulan ya da sağlığı korumak için yapılan harcamaların olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik politikaların ülke ekonomisi üzerine derin etkilere sahip olduğu görülmektedir. Son derece önemli bir konu olan sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik büyümeleri üzerine etkilerinin incelenmesi başta Türkiye ve MENA ülkelerinin sağlık harcamalarından hareketle sağlık sektörüne katkısı, sağlık harcamalarının ülke ekonomisine etkisini irdelemek, bu tezin temel amacını oluşturmaktadır.

Bu kapsamda hazırlanan tezde öncelikle sağlık, sağlık harcamaları ve ekonomi ilişkisine yer verilecek ardından sağlık harcamalarının ülke ekonomisindeki etkisi değerlendirilerek son bölümde MENA ülkelerinin sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkileri Panel ekonomik modelleme ile analiz edilmeye, açıklanmaya çalışılacaktır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde sağlık kavramı başta olmak üzere sağlık kavramının çerçevesini oluşturan, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin tanımı, önemi, özellikleri, sınıflandırılması konularına yer verilerek öncelikle genel bir giriş yapılacaktır. Ardından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler konularına yer verilerek sağlık konusu derinlemesine bir şekilde ele alınacaktır.

1.1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık tanımlanması oldukça güç ve karmaşık kavramlardan biridir. Kişilere ve doktorlara göre sağlık farklı şekilde ele alınsa da özünde benzer bir noktaya vurgu yapıldığı görülür. Bireyler sağlığı, yaygınlıkla hastalığın olmaması durumu olarak tanımlar iken doktorlar ise, en basit yakınma veya normalden sapma halini hastalık olarak kabul etmektedir (Öztek, 2001: 294). Her iki kesim de sağlığı hastalık üzerinden ele alarak açıklamaktadır. Buradan çıkan sonuç hasta olmayan bireyin sağlıklı olduğudur. Bu dar çıkarımı genişletmek gerekirse sadece hasta olan ya da olmayan ayırımından ziyade bireyin hastalıktan korunması, hastalığının giderilmesi, en azından konforlu bir hastalık geçirmesi gibi aşamaları sağlığın temel aşamaları olarak kabul etmek mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948’de yapmış olduğu tanıma göre *“sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması hali değil, aynı zamanda beden, ruh ve sosyal yönden de tam bir iyilik durumudur”* şeklindedir ve Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlığın temel özelliği, vazgeçilmez bir servet olarak kabul edilmesidir (WHO, 1981: 19).

Toplumlar var oluşlarından beri hayatta kalmak için mücadele verirler ve gerçekleştirdikleri her faaliyeti bu amaç doğrultusunda yaparlar. Hayatta kalmayı başarmış bir toplumun bir diğer amacı ise varlığını devam ettirebilmek için sağlıklı bir bedene ve bununla paralel olarak sağlıklı bir geleceğe sahip olabilmektir. Sağlıklı nesillerin varlığı, toplumun kalkınması için ilk gereksinimdir (Sağlık, 2017). Sağlık insan unsurunun yaradılışından günümüze kadar önemini her zaman koruyan bir

olgudur. Sağlık, temel bir gereksinimdir ve sağlık olmadığı sürece diğer mal ve hizmetlerde hiçbir anlam ifade etmez (Witter, 2002: 4). Bu yüzden sağlığın değeri hiç bir zaman kaybolmayacak, toplumların ve ülkelerin her zaman üzerinde duracakları bir konu olacaktır.

Bir toplumun eğitim durumu ve sağlık düzeyi, o toplumun ekonomik gelişmişliği ve beşeri sermayesinin unsurlarıdır. Bu iki unsur arasında yakın bir ilişki vardır. Bu ilişkinin esas sebebi, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumda beşeri sermayenin nispeten daha kolay artırılabilir olmasındandır. Ruh ve beden sağlığı yerinde olan bireylerin fiziksel ve zihinsel eğitimleri daha kolay olacaktır. Bu yüzden eğer bir ülke beşeri sermaye stokunu artırmak istiyorsa öncelikle toplumun sağlık düzeyini yükseltmesi gerekmektedir (Karagül, 2002: 71). Osmanlı padişahı Kanuni Sultan Süleyman'ın da meşhur sözünde belirttiği gibi “*Olmaya Devlet Cihanda Bir Nefes Sihat Gibi*” cümlesinden anlaşılacağı üzere dünyadaki en büyük hazine sağlıktır. Cihan İmparatoru'nun bile sağlıktan öte bir hazine olmadığını vurgulaması sağlık konusunun ne denli hayati bir unsur olduğunu göstermektedir.

1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramıyla İlgili Genel Bilgiler

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kavramıyla ilgili temel kavramlar arasında sağlık hizmeti kavramına, amacına ve önemine, sağlık hizmeti türlerine ve sınıflandırılmasına yer verilerek ilgili kavramlar hakkında açıklamalarda bulunulacaktır.

1.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık hizmetleri tanımı şu şekilde yapılmıştır: Toplumdaki bireylerin ihtiyaç ve talepleri doğrultusunda, belirli sağlık kuruluşlarında çeşitli sağlık ekiplerinden faydalanılarak insanların ihtiyaç duyduğu her türlü sağlık bakımını yerine getirmek için ülke genelinde örgütlenmiş bir yapı olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2005: 5). Sağlığa dair mal ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların hepsinin temel amacı, öncelikle sağlığın elde edilmesi, sonra da muhafaza edilip sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. Bu kurum ve kuruluşlar sağlık sektörü olarak adlandırılırlar. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı olarak yapılan faaliyetlerin tümüne de sağlık hizmetleri adı verilir (Ersöz, 2008: 95). Sağlık hizmetlerinin

kapsamına, insan yaşamının uzunluğuna, bu süreçteki enerji ve dirençlerine, yaşama bağlılıklarına ve çevresiyle uyum içinde yaşamasına tesir eden bütün faaliyetlerin girdiği görülmektedir (Kısa, 2012: 16). Bu faaliyetlerin kapsamı şu şekildedir: Anne-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, tıbbi araç-gereç üretimi gibi, sağlıklı insanların sağlığını koruyup, hasta olanları tedavi eden ve kişilerin yaşam kalitelerini artıran hizmetlerden meydana gelmektedir (Dağıstan, 2001: 3).

Mohammad (2007: 50)' e göre sağlık hizmetlerinin başlıca amaçları şu şekilde ifade edilmektedir;

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
- Toplumun var olan sağlık standardını iyileştirmek,
- İnsanların hasta olmaması için gereken önlemleri almak,
- Hasta insanların mümkün olan en kısa süre zarfında iyileşmelerini sağlamak,
- Hastaların tedavilerinden sonra normal hayata dönmelerini sağlamak,

Sağlık hizmetleri, üzerinde durulması gereken önemli kamu hizmetleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sürdürülmesi insanların daha sağlıklı olması amacını taşımaktadır. Nüfusunun sağlıklı bireylerden oluşmuş olması, ülke ekonomisinin gelişmesi için gerekli bir unsurdur. Ülkeler için iyi olmayan bir sağlık yeni maliyetler anlamına gelirken, iyi sağlık ise daha fazla ekonomik ve sosyal gelişme anlamına gelmektedir (Kısa, 2012: 117).

1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet olmaları nedeniyle mal ve ürünlerden farklı bir niteliğe sahiptir. Mal ve ürünleri belirli standartlara uygun şekilde üretilip kalite kontrolünü yapıp, gerektiğinde depolayıp, gerektiğinde pazara sürerek tüketiciye ulaşmasını sağlamak mümkün iken hizmetler için aynı şeyi söylemek çok mümkün değildir. Bu anlamda sağlık hizmetleri soyut yani gözle görülemeyen, ölçülemeyen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilmek zorunda olan bir yapıya sahiptir (Koca, 2015: 8). Sağlık hizmetleri temelde bireysel hizmetler olarak kabul edilmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinin sınıflara ayrılmasında meydana gelen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite

edici sağlık hizmetleri ayırımı, bunların toplumsal hizmetler olduğunu belirtmektedir (Şakar, 1999: 15).

Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran bir takım önemli farklılıklar bulunmaktadır. Hizmete konu olan insan sağlığı, kişilerin en kıymetli hazinesi olup, hizmetlerde yapılabilecek hatalarda çoğu zaman geri dönüş ihtimali bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin yüzde yüz güvenilirliğe sahip olması beklenir. Bunun anlamı, sağlık sektöründe verilen hizmetin diğer hizmetlere bakılarak çok daha yüksek bir kaliteye sahip olması gerekliliğidir. Sağlık alanındaki hizmetler insan sağlığı ile doğrudan bağlantılı olduğu için hizmeti veren kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemli bir yere sahiptir. İş görenlerden kaynaklanacak bir hata bazen öldürücü sonuçlara yol açabilir. Dolayısı ile sağlık hizmetini verirken hedef “sıfır hata” anlayışının gerçekleştirilmesi olarak kabul edilmektedir (Sağlık, 2017).

Sağlık hizmetlerinde herhangi bir aşamada yapılacak hatanın bedeli kötü bir üründen ziyade yaşam kalitesi üzerinde kalıcı bir bozulmaya yol açacaktır. Sağlık hizmetleri, yerine başka hizmetin konulması mümkün olmayan, çoğu zaman ertelenemeyen, bazı hallerde zamanında sunulmadığı takdirde insan hayatının kaybedilmesiyle sonuçlanan bir niteliğe sahip olduğu bilinmektedir (Koca, 2015: 8). Sağlık hizmetleri piyasasını öteki mal ve hizmet piyasalarından ayıran en önemli özelliklerden biri tam bu noktada ortaya çıkmaktadır. Diğer mal ve hizmetlerin ikame edilmesi mümkün iken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık sorunlarına göre belirlendiğinden dolayı ikame edilmesi maalesef söz konusu olmamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 52-56).

1.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlığın muhafaza ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla yapılan çalışmalar genel olarak sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayabilen bir yapıya sahiptir. Ancak daha kolay anlaşılabilmek, etkin bir hizmet sunumu gerçekleştirebilmek, maliyet fayda analizi yapabilmek gibi amaçlarla sınıflandırmak mümkündür (Ertekin, 2000: 8). Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç aşamadan oluştuğunu söylemek mümkündür:

1.1.1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumun ve içinde bulunan kişilerin sağlığını koruyup geliştirebilmeğe yönelik alınabilecek bütün tedbirler koruyucu sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri oldukça geniş kapsamlı bir hizmet türünü ifade etmektedir (Bulutoğlu, 2001: 270). Hastalıkların önüne geçmek ve onların tedavisi için verilen sağlık hizmetleri, eğitilmiş sağlık personelleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu konuda yer alan uygulamalar arasında; sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması, salgın hastalıkların kontrolü, zamanında yapılan muayeneler, yaşlı bakımı, hastalıkların erken teşhisi ve iyileşme çalışmaları vs. vardır. Koruyucu sağlık hizmetleriyle insanların karşılaşılabileceği hastalık riskleri en az düzeye indirilerek hayat standartlarının yükseltilmesi hedeflenir (Akdur, 2006: 13). Bulaşıcı bir hastalığın varlığı durumunda yayılma olasılığı çok yüksek olduğundan öncelikle hastalığın önlenmesi ve bunun için de kişilerin bağışıklık sistemleri güçlendirilerek böyle hastalıklara karşı bir direnç kazandırılması önemlidir. Bütün toplumu ilgilendiren bu durumun yayılmasının önüne geçilmesi de yine koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde (Çelikay ve Gümüş, 2010: 8). Ortak yaşanılan bir çevredeki salgın hastalığın önüne geçilmesi, yayılma riskinin azaltılması insanların daha güvenle yaşayabilecekleri bir sahayı paylaşmalarına da imkân verecektir (Aydın, 2008: 18). Koruyucu sağlık hizmetleri sadece kişilere yönelik hizmet vermekle kalmaz, aynı zamanda çevreyi korumayı amaçlayan hizmetlerde de bulunmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 8).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, yaydığı negatif dışsallıkla fiziksel, kimyasal ve biyolojik açıdan sağlıklı bir yaşamın devamlılığını tehdit edebilecek unsurların etkinliğini yok ederek çevreyle uyumlu hale getirilmesi adına yapılan hizmetleri kapsamaktadır (Akdur, 2006: 18). Bu doğrultuda çevreye zarar verecek ve dolayısıyla insanlara olumsuz etkiler yaratacak unsurların önlenmesi amacıyla kirleticilerin denetlenmesi, atıkların zararlı etkilerinin giderilmesi, gıdaların gerekli kontrollerden geçirilmesi, var olan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını gerçekleştirmek adına toplumu bilinçlendirme çabaları çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına örnek olarak gösterilebilmektedir (Sargutan, 2005: 401).

1.1.1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi; hasta bireylerin ya da engellilerin iyileştirilmesine dair yapılan tıbbi müdahalelerin tümünü ifade etmektedir. Cerrahi müdahaleler, ilaç kullanımı ve fizik tedavi hizmetleri de bu grup içerisinde değerlendirilebilir (Yıldırım, 1994: 13). Türkiye’de temel olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve yürütülmesi konusunda yetkili olan birim Sağlık Bakanlığıdır. Tedavi etmeye yönelik sağlık hizmetleri, meydana gelebilecek herhangi bir tehlikenin zararına karşı bireyleri kurtarıcı bir etkiye sahiptir. Çünkü oluşabilecek tehlikelerin çoğunluğu kişinin çalışma yetisini geçici ya da sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır (Yazgan, 1992: 203). Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine oranla çok daha yüksek bir maliyeti kapsamakta, aynı zamanda çeşitli araç-gereç ve personele sahip kuruluşları da gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda sosyal fayda kadar kişisel yararında ön plana çıktığı görülmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 9).

Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri karşılaştırıldığında tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel faydanın daha çok ön plana çıktığı görülmektedir. Bunun sebebi sağlığı bozulan ve yaşadığı olumsuzluk nedeniyle sosyal ve ekonomik açıdan birçok faaliyetini yerine getiremeyen bireyin tekrar eski düzenine kavuşma isteğidir. Bu istek kişinin sağlığına kavuşmasıyla elde edeceği kişisel hazzını yükselten bir unsur olarak bireyleri motive edecektir (Bulutoğlu, 1977: 253-255). Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri kendi içinde ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak sınıflara ayrılmaktadır. Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinden ayakta tedavi, hastalık henüz çok fazla ilerlemediği için, konulan teşhis ilaç tedavisi ile desteklenerek önlenebileceğinden dolayı en az maliyete sahip yöntemi oluşturmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 9). Hem kişisel, hem de sosyal maliyetleri göz önüne alındığında ayakta tedavi, diğer tedavi türleri ile karşılaştırıldığında, yataklı tedavi hizmetlerine oranla tedavi maliyetleri göreceli olarak daha azdır (Akdur, 2006: 13).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hem kamunun hem de özel sektörün sağlık harcamalarında önemli gider kalemini oluşturmaktadır. Özellikle dünyadaki ülkelerin gelişmişlik durumları değerlendirildiğinde az gelişmiş ülkelerin koruyucu sağlık

hizmetlerine ayracağı kaynağın büyük bir kısmını tedavi edici sağlık hizmetlerine ayırmak zorunda oldukları görülmektedir.

1.1.1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Herhangi bir nedenden dolayı fiziksel veya ruhen engelli olarak kalan bireylerin üçüncü bir kişiye bağımlı olmadan yaşamlarını devam ettirmeleri amacıyla yapılan çalışmalar rehabilitasyon hizmeti olarak kabul edilmektedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık faaliyetlerine rağmen bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozukluklara sahip bireyler olabilmektedir. Bu insanların sosyal açıdan kendine yetebilen bir duruma getirilebilmeleri ve toplum içinde üretken bir hayat sürdürebilmelerinde bu hizmetin yanı sıra, sosyal çevrenin de önemi bir role sahip olduğu bilinmektedir (Bulutoğlu, 2001: 267). Yaşanılan ciddi bir hastalık, doğal afet, beklenmedik bir anda meydana gelen trafik veya iş kazası gibi olaylar neticesinde bedensel ya da ruhsal açıdan sakat kalmış olan bireylerin, yeniden sosyo-ekonomik hayata dönmeleri ve böylece yaşama sevinçlerini yeniden kazanmalarını sağlamak için verilen sağlık hizmetleri bu kapsama girmektedir (Özkara, 2006: 78). Rehabilitasyon amaçlı yürütülen sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 10). Tıbbi rehabilitasyon ile zihinsel ya da fiziksel iş görebilme kabiliyetini tamamen ya da kısmen kaybeden insanların bu yeteneklerini protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla tekrar kazanabilmeleri amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise daha çok psikolojik boyutu ön planda olan bir kavramdır. Bu yöntemle sakat kalmış olan insanların gerek yakın çevresi gerekse toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme imkanı sunarak sosyal, kültürel ve ekonomik hayata tekrar tutunmalarını sağlamayı ve bu süreci hızlandırmayı hedeflemektedir (Akdur, 2006: 20).

1.1.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlığını korumak ve neslini sürdürmek bitkilerden hayvanlara, hayvanlardan insanlara bütün canlılar için temel bir içgüdüdür. Bu içgüdü'nün davranışlara yansımaları örneklerle desteklemek gerekirse; gelişmiş bazı bitki çeşitlerinin olası bir tehlike durumunda kapandığı, kendini korumak için geri çekildiği ya da beslenmek için böcek avladığı görülür. Hayvanlarda ise sağlığını koruma içgüdü'sü daha da gelişmiştir.

Mesela gözünde katarakt olan bir keçi gözünü çalılara sürterek bir nevi katarakt ameliyatı yapmaktadır. Diğer canlılarda bir çeşit içgüdü olarak yapılan bu tür davranışlar, insanlarda zamanla gelişmiş ve bilinçli bir davranış halini almıştır. Bu gelişim sağlık hizmetleri sektörü adını almıştır (Akdur, 1999: 2).

Sağlık hizmetlerindeki tarihsel gelişim süreci cumhuriyet öncesi dönem ve cumhuriyet dönemi olarak ele alınabilir. Herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık örgütü Osmanlı döneminde bulunmamaktaydı ve savaşın hüküm sürdüğü dönemde koruyucu hekimlik çalışmalarındaki eksikliğin sonucu olarak salgın hastalıklar hızla yayılarak toplumdaki yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşmıştı. Osmanlı devletindeki tedavi hizmetleri gönüllü kuruluşlar dışında o günün yerel yönetimi olarak kabul gören klasik kurumlar (kadılık-vakıf-lonca) vasıtasıyla yerine getirilmekteydi (Yılmaz, 2012: 17).

Kurtuluş Savaşı yıllarında dönemin en önemli sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklar olmuştur ve bunun önlenmesi için çok çaba harcanmıştır. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri ön planda olmakla birlikte sağlık hizmetleri yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir. Merkezi idare savaş ve yapılanma sorunlarına öncelik vermek zorunda kaldığı için sağlık hizmetleri ikinci planda kalmıştır (Dağlı, 2006: 5).

1923-1950 döneminde ekonomik kaynakların sınırlı olmasına rağmen birçok il ve ilçe merkezinde “numune hastaneleri”, “doğum ve çocuk bakım evleri” ve “dispanserler” açılarak hizmet vermiştir. 1923-1925 arası dönemde Anadolu’nun bazı bölgelerinde %70’e ulaşan sıtma oranı 1940’larda %10-11’lere kadar düşürülmüştür. Çok sayıda çocuğun ölmesine sebep olan çiçek hastalığı büyük oranda kontrol altına alınmıştır (Karabulut, 1998: 11).

Sağlık hizmetlerinin 23 Nisan 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışına müteakip kurulan meclis hükümeti tarafından devletin temel görevleri arasında sayılmasına ilave olarak 3 Mayıs 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın, bakanlık görevinin Dr. Adnan Adıvar’a verilmesiyle kurumsal bir kimliğe büründüğü görülmektedir (Akın ve Aksoy, 1985: 8).

Cumhuriyet’in ilanından sonra sağlık bakanı Dr. Refik Saydam’ın görev yaptığı bilinmektedir. Saydam’ın bakanlığı boyunca sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve

gelişmesinde ülkemize önemli katkıları olmuştur (Akdağ, 2008: 13). Saydam döneminde sağlık alanında koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayrı ele alınması ilkesinin kabul edildiği görülmektedir (Beyoğlubirlik, 2017).

1923-1937 yılları arasında sağlık bakanı olan Refik Saydam'ın hükümet politikası olarak sağlık hizmetleri konusunda koruyucu hizmetlere öncelik vermek, önemli hastalıklarla mücadele etmek ve insan gücü politikalarıyla örgütlenme politikaları üzerinde durduğu görülmektedir (Turan, 2004: 4).

Türkiye'de çok partili döneme geçiş süreciyle başlayan 1946-1948 döneminde sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz'un başkanlığı sırasında sağlık yönetiminde önemli değişiklikler yapılmıştır. 1947 yılında hazırlanan birinci on yıllık Milli Sağlık Planı bunlardan bir tanesidir. Bu plana göre her kırk köy için bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezlerinde ilke olarak iki doktor, acil vakalar için on hasta yatağı ve koruyucu hizmetleri yürütebilmek için on bir yardımcı personelin bulunması gerektiği düşünülmüştür. Ancak plan gereği gibi uygulanamamış, öngörülen merkezlerin bir kısmı yapılmasına rağmen, bunlar etkin kullanılamamıştır (Tekin, 1987: 267).

1950'li yıllarda, demokrasinin çok partili hayatla güçlenmesine ilaveten, kamu hizmetlerinde olduğu gibi, ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri genişletmek amacıyla belediyelere ait olan hastanelerinin tümüne yakını kamulaştırılarak, Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri açılmış, sağlık çalışanlarına daha yüksek ücretler ve özel muayenehane açma izninin verilmesi gibi teşvik politikaları ortaya konmuştur. 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuş, ardından da Ana ve Çocuk Sağlığı Merkez, şube ve birimleri açılmıştır (Sakar, 1999: 43). 1945 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu'nun 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeyen, sağlık finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine kavuştuğu görülmektedir (Sur, 2010: 1).

1960 Darbesini izleyen yıllarda Milli Birlik Komitesi'nin sağlık alanında yasal düzenlemelerle Türk sağlık politikalarının oluşumuna 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunla katkıda bulunduğu

görülmektedir. Bu kanun ile sağlık alanında hedeflenen ilkeleri kanunun ilgili maddelerinden hareketle Fişek kısaca (2017) şu şekilde özetlemektedir.

- Sağlık hizmetleri belirli bir programa tabi tutulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinden her birey eşit oranda faydalanacaktır.
- Sağlık örgütü il içinde idari bölüşüme uymayacaktır.
- Sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır, sağlık ocakları kurulduğunda, hükümet tabiplikleri kaldırılacaktır (Madde 2, 10 ve 33).
- Sağlık örgütünde görevli personel serbest meslek icra edemeyecektir.
- Kamu sektöründe hizmet almak istemeyen doktor serbest meslek icra edebilir ve kişi, ücretini ödemek şartıyla, istediği hekime gidebilir (Madde 4 ve 5).
- Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulur (Madde 9).
- Halkla sağlık örgütü arasındaki işbirliği arttırılacaktır (Madde 23).
- Yönetimin, ülkenin herhangi bir bölümünde inceleme bölgesi kurup deneyim kazanmasına müsaade edilmiştir (Madde 18).
- Türkiye’de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve Sağlık Sosyal ve Yardımlaşma Bakanlığı’na başka kurumların sağlık personeli kadrolarını denetleme yetkisi verilecektir (Madde 7 ve 8).
- Sağlık hizmetleri aşamalı olarak sosyalleştirilmeden önce personel yetiştirme, koruyucu hizmetleri geliştirerek hizmetin maliyetini düşürme imkanını sağlamak amacıyla uygulama bölgeleri dışında da sağlık personelinin tümüyle hükümet hizmetine bağlanmalarını öngörmektedir (Madde 19).
- Hastalara ücretsiz olarak hangi ilaçların verileceğini tespit etme yetkisi Sağlık Sosyal ve Yardımlaşma Bakanlığı’na tanınmıştır (Madde 16).
- Belediyelerin sağlık alanındaki sorumlulukları azaltılmakta ve sadece çevre sağlığı hizmetleriyle sınırlandırılmamaktadır (Madde 33).
- Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır (Madde 11-12).
- Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve hizmetlerden ücretsiz yararlanma olanakları bir düzene bağlanmıştır (Madde 13, 14 ve 27).

1971 yılında 1479 sayılı Yasa ile Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAG-KUR) kurularak, esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlar, sosyal güvenlik kapsamı içerisine ilave edilmiştir. Yine 1978'de tam gün çalışan doktorlara ek ödenekler getiren, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Yasası kabul edilmiş, ancak bu yasa 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır. 1982 Anayasası ile 1961 Anayasası'na paralel düzenlemeler getirildiği görülmüştür (Turan, 2004: 5). 1982 Anayasasının 56. maddesi Türkiye'de sağlık hizmetlerinin devletin sunmakla görevli olduğu bir hizmet olmaktan çıkarıldığı görülmektedir. Devletin görevinin, "insanların hayatını beden ve ruh sağlığı içerisinde devam ettirmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek" olduğu ifade edilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından faydalanarak, bu kurumları denetleyerek yerine getireceği belirtilmektedir (Pala, 2007: 13). 1982 Anayasasının 60. Maddesinde herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle devletin, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacak örgütleri kurabileceğinden bahsedilmektedir.

1980 darbesinden sonra Türkiye sağlıkla alakalı politikaların sağlık hizmet sunumunda özel sektöre yer açılması yönünde bir eğilim sergilediği görülmektedir (Pala, 2007: 13). Sağlık alanıyla alakalı 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kanunun uygulanmasına ilişkin düzenlemelerin yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, tam anlamıyla uygulanma şansı bulunmadığı görülmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin 1990 yılında hazırladığı, "*Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması*" planıyla sağlık reformlarının temelleri atılmıştır. Yine aynı yıllar olan 1990'ların başında gerçekleştirilen 1-2. Ulusal Sağlık Kongreleriyle, sağlık reformu çalışmalarına ivme kazandırılmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamına girmeyen dar gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılarak, ekonomik durumu iyi olmayan yurttaşların sağlık güvencesine kavuşturulması istenmiştir (Akdağ, 2008: 18).

2000'li yıllar itibariyle sağlık alanında reform çalışmaları devam etmiştir. 2003 yılında Devlet Memuru ve Emekli Sandığı için özel hastanelere sevsiz başvuru imkânı

getirilmiş, 2004 yılında kamuda sağlık çalışanlarına performansa bağlı ödeme sisteminin yaygınlaştırılması amacıyla çalışmalar yürütülmüş, yine aynı yıl reçeteli ilaçlarda KDV'nin % 8'e indirilmesiyle ilaç fiyatlarında dünya ortalaması yakalanmaya çalışılmıştır. 2005 yılında SSK ve diğer sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile sağlıkta bir çatı altında hizmet sunumu amacı gerçekleştirilmiştir. 2007 yılında özel hastanelerden kamu çalışanlarının faydalanmasına yönelik adımlar atılmıştır. 2008 Ocak ayında yatan hastaların tıbbi malzeme ve ilaçlarının tamamı devlet tarafından karşılanmıştır. Aynı yıl Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasasının yürürlüğe girmesiyle katkı payı, sevk zinciri, özel hastane farkları yeniden düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak ve sağlık personelinin tam gün hastanede çalışmasını sağlamak amacıyla 2010 yılında 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" çıkarılmıştır. 2010 yılında aile hekimliği uygulaması yurt genelinde yaygınlaştırıldı, özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ek ücretler saptandı, tam gün yasası ile ilgili bazı düzenlemeler yapıldı. Ayrıca 2011 yılında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi ve Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başlandı (Tatar, 2011: 128).

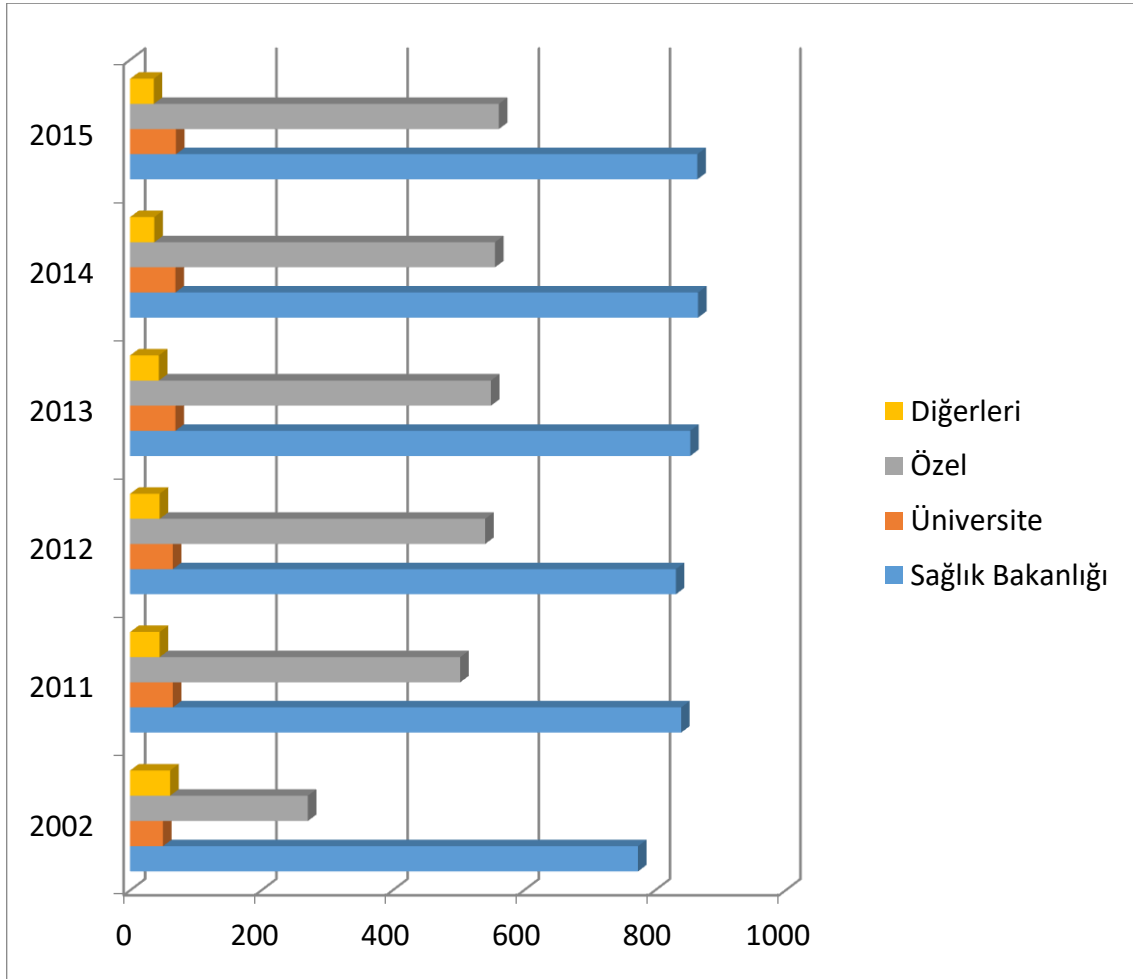
Sağlık bakanlığınca 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında hedeflenen ilkeleri kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür. Sağlık alanında, planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığına sahip olmak, herkesi tek bir çatı altında toplayan genel bir sağlık sigortası sistemi kurmak, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık hizmeti sunumu sağlamak, bilgi ve beceri ile donatılmış insan gücü ve bu sistemleri destekleyen eğitim kurumları kurmak, akılcı ilaç yönetiminde kurumsal yapılanma, etkili sağlık bilgi sisteminin kurulumu, sağlıkta kaliteyi arttırmak gibi hedefleri içerdiği görülmektedir (Sağlık, 2017).

2016 yılı itibariyle sağlık politikalarının belirlenmesinde Sağlık Bakanı Recep Akdağ, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın ikinci evresinin 2017 yılından itibaren tekrar başlayacağını belirterek sağlık alanında reform çalışmalarının hız kazanacağını belirtmiştir (Tıpdunyasi, 2017).

1.1.1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri İstatistikleri

2017 yılı itibariyle Türkiye’de sağlık alanında yaşanan gelişmelerin son on yıla dönük gelişimini gösteren verilerden hareketle açıklamak gerekirse, aşağıdaki tablolardan bu gelişimi izlemek mümkün olacaktır. Bu tablolarda Türkiye’nin sağlık alanında hizmet sunum araç-gereçleri ve sağlık politikalarının oluşumunda önemli yere sahip olan veriler sağlık bakanlığının en son faaliyet raporu olan 2016 yılı faaliyet raporlarında gösterdiği verilerden hareketle tablolştırılmıştır.

Tablo 1:Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Sunan Hastanelerin Sektörel Dağılımı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015: 93.

Yukarıdaki Tablo1’de görüleceği üzere Türkiye’de sağlık hizmeti veren hastanelerin 2002-2015 yılları arasındaki sağlık bakanlığına, üniversite, özel ve diğer alanda görev yapan hastane sayıları görülmektedir. Bu verilere bakıldığında 2002 yılında sağlık bakanlığına bağlı olan hastanelerin 774, üniversite hastanelerin 50, özel

hastanelerin 271 ve diğer hastane sayısının 61 olduğu görülmektedir. Buna karşılık 2015 yılı itibariyle bu hastanelerin sayısında sağlık bakanlığına bağlı olanların sayısı 866, üniversite hastanesi olarak 69 özel hastane olarak 550 ve diğer kategori de kalan hastane sayısının 44 olduğu görülmektedir.

Tablo 2:Türkiye'de Yıllara Göre Yataklı Kurumların Cihaz Sayıları

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Manyetik Rezonans Görüntüleme	58	709	720	757	751	794
Bilgisayarlı Tomografi	323	974	1017	1058	1071	1119
Ultrason	1005	3775	4282	4756	5286	5518
Doppler Ultrason	681	2091	2480	2793	3151	4015
Ekokardiyografide	259	1181	1379	1542	1793	1897
TOPLAM	2326	8730	9878	10906	12058	13343

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015: 108.

Yukarıdaki Tablo 2' de görüleceği üzere 2002 yılında 58 MR, 323 BT, 1005 Ultrason, 681 Doppler Ultrason ve 259 EKO cihazı var iken 2015 yılı itibariyle bu cihazların sayısı, 794 MR, 1119 BT, 5518 Ultrason 4015 Doppler Ultrason ve 1897 EKO cihazına çıktığı görülmektedir.

Tablo 3: 2015 Yılı İçinde Türkiye'de Kullanılan Ambulans Ve Taşınan Hasta Miktarı

	Araç Sayısı	Taşınan Hasta Sayısı
Kara ambulansı	836	5018
Ambulans helikopter	17	3715
Uçak ambulans	3	1601
Kar paletli ambulans	265	1931
Deniz ambulansı	6	2515
TOPLAM	1127	14780

Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015:

Tablo 3 İncelendiğinde 2015 yılında Türkiye’de hasta nakil aracı olarak kullanılan ambulansların sayısına bakıldığında kara ambulanslarının 836 araç ile ilk sırada yer aldığı, uçak ambulans sayısının 3 olduğu görülmektedir. Genel toplam ambulans sayılarına bakıldığında 1127 araç ile 2015 yılı içerisinde toplam 14780 kişinin bu araçlardan faydalandığı görülmektedir.

Tablo 4:Türkiye Yıllara Göre Çalışan Sağlık Personeli Sayıları

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Uzman hekim	45457	66064	70103	73886	75251	77622
Pratisyen hekim	30900	39712	38877	38572	39045	41794
Asistan hekim	15592	20253	20792	21317	21320	21843
Toplam hekim	91949	126029	129772	133775	135616	141259
Diş hekimi	16371	21099	21404	22295	22996	24834
Eczacı	22289	26089	26571	27012	27199	27530
Hemşire	72393	124982	134906	139544	142432	152803
Ebe	41479	51905	53466	53427	52838	53086
Diğer sağlık personeli	50106	110862	122663	131652	138878	145943
Diğer pers. ve hizmet alımı	83964	209126	209736	224618	229625	241897
Toplam	378551	670092	698518	732323	749584	787352

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015: 183.

Yukarıdaki Tablo 4 incelendiğinde Türkiye’de 2002 yılında çalışan sağlık çalışanlarını toplam sayısının 378,551 olduğu görülürken, 2015 yılında bu sayının 787,352’ye çıktığı görülmektedir. Bunun yanında toplam hekim sayısının 2002 yılında 91.949 olduğu görülürken bu rakamın 2015 yılında 141,252’ye çıktığı görülmektedir. Bunlara ilaveten hemşire sayısı 2002 yılında 72,393 iken, 2015 yılında hemşire sayısının 152,803 olduğu görülmektedir.

1.1.2. Sağlık Harcamaları Kavramıyla İlgili Genel Bilgiler

Bir ülkedeki bireylerin, dolayısıyla da toplumun sağlıklı olabilmesi için sağlam bir ekonomiye sahip olması, aynı zamanda da iktisadi büyümenin sağlanarak sürdürülebilir kılınması ve toplum ihtiyaçlarının temini için sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için yapılan bütün harcamaları sağlık harcamaları adı altında değerlendirmek mümkündür (Akin, 2007: 28-29). Sağlığın korunup geliştirilmesi için yapılan harcamalardır (Akar, 2014: 311). Sağlık harcamalarının temel amacı, çalışma gücünü koruyacak, meydana gelebilecek olası hastalıkları azaltacak, sağlık harcamalarında tasarrufu sağlayıp iktisadi gelişmeye de ciddi katkı sağlayacak bir sağlık hizmeti sunmaktır (Taban, 2006: 35).

Sağlık harcamalarının olumlu yönde gelişmesi, bireylerin yaşam süresine ve kalitesine pozitif şekilde etki etmektedir. Ayrıca sağlık sektörünü geliştirmek amacıyla yapılan fiziki yatırımlar teknolojik ilerlemeyi sağlamaktadır. Gelişen teknoloji ekonomik büyümeyi uyararak, bu büyümenin sağlık harcamalarının tekrar artmasına yol açtığı bir sürece dönüştürmektedir (Akar, 2014: 311).

Ülkelerdeki sağlık harcamasının değerlendirilmesinde harcamanın miktarı, kaynakları ve nereye/nasıl harcanacağına dair üç tip yöntemden yararlanılabilir (Akdur, 2016). Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için iki temel ölçekten yararlanılır. Bunların ilki, sağlık harcamasının ulusal gelir ya da GSMH içindeki payıdır. İkincisi ise kişi başına düşen yıllık sağlık harcama miktarıdır. Bunların yanı sıra kullanılan bir diğer ölçek ise, sağlık harcamalarını paranın hangi tip hizmetler için kullanıldığını gösteren ölçeklerdir. İçlerinden en yaygın kullanılanları, paranın ne kadarının koruyucu sağlık hizmetlerine ne kadarının ise tedavi edici sağlık hizmetlerine harcandığını gösteren oranlardır (Akdur, 2016).

Türkiye’de sağlığın korunması ve sağlığın güçlendirilmesi adına yapılan harcamalar kamu sektörü ve özel sektör kaynakları kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonlarınca yapılan harcamalar ön plana çıkarken; özel sektör harcamaları arasında genellikle bireylerin kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler şeklinde ortaya çıktığı görülmektedir. Bu harcamalara ilave olarak firmaların kendi personelleri için

yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet edip kar amacı gütmeyen kuruluşların harcamaları da yer almaktadır (Özbay vd., 2007: 178).

Genel olarak sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri ele alındığında sağlık harcamaları ve sağlık alanında yapılan hizmetlerin finansmanında en önemli kalemin, sosyal güvenlik harcamalarının oluşturduğunu görmek mümkündür (Arıcı, 1999: 26). Bu durum sosyal güvenlik harcamalarının sağlık alanında ülke ekonomisine ağır yükler getiren bir kalem olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır.

1.1.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları ülkelerin son yıllarda üzerinde önemle durduğu, kaynak aradığı konular arasında gelmektedir. Gelişmiş ya da gelişmekte olan her ülke ekonomik gücü oranında sağlık harcamaları için kaynak bulmak zorundadır. İnsan sağlığı ülkelerin geleceklere için temel bir etkidir. Sağlık harcamaları üzerindeki en önemli etken küreselleşme süreci içerisinde yaşanan hızlı iletişim ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak dünyada ortaya çıkan sağlık bilinci yönündeki gelişmelerdir. Bu doğrultuda birçok küresel örgüt bu amaç için çok sayıda toplantı, plan ve proje geliştirerek dünya sağlığının korunmasına katkıda bulunmaktadır. Ülke ölçeğinde düşünüldüğünde de benzer bir tabloyla karşılaşılması mümkündür. Sağlık her ülke için temel sorundur ve çözüm sadece ilgili ülkeleri değil tüm dünyayı dolaylı şekilde etkilemektedir. Tüm ülkeler bir kalkınma planı içerisinde ellerindeki kıt kaynakları en verimli şekilde kullanabilmek için yaptıkları her harcamayı analiz ederek bu harcamaların ekonomik açıdan hedefine ulaşır ulaşmadığını sorgulama yöntemine gitmiştir (Filiz, 2010: 25).

Sağlık bu harcama sorgusunda ilk sırada yer alan konular arasında gelmektedir. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların, toplam harcama ve toplam gelir içindeki payının son yıllarda arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının günümüzde artmasının arkasında pek çok nedenin olduğu düşünülmektedir (Akın, 2007: 63). Türkiye'deki sağlık sisteminde sağlık harcamalarını artıran ve düzenleyici ve denetleyici bir kurumun gerekliliğini ortaya koyan sebepler şu şekilde ifade edilmektedir:

- Gereksiz yapılan tetkik ve tedaviler,
- Mevzuata aykırı şekilde faturalandırma,
- Aslında verilmeyen hizmetlerin verilmiş gibi sunulup ve faturalandırılması,

- Bazı hizmet sunucularının haksız rekabete konu olacak şekilde desteklenmesi,
- Medikal malzemelerin tümü için tek bir standart belirlemenin zorluğu,
- Mevzuata aykırı olup, mevzuattaki boşluklardan faydalanarak fatura tutarlarının arttırılması,
- Özel sigorta şirketlerince ödenmesi gereken hizmet tutarlarının, Sosyal Güvenlik Kurumu'na faturalandırılması,
- Yurtiçi ve yurtdışı hasta fiyatlandırması arasında farklılıklar olması (Yereli vd., 2010: 38).

Bunlara ilaveten sağlık harcamalarını etkileyen diğer faktörleri de şu şekilde ele almak mümkündür;

1.1.2.1.1.Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin zaman içerisinde üretim tekniklerinde ilerlemeler kaydetmesiyle üretimlerinde ve dolayısıyla da gelirlerinde artışlar meydana gelecektir. Bu artışlar, ülkede yaşayan kişilerin daha rahat bir hayat sürmelerine vesile olacak hizmet taleplerindeki artışları da beraberinde getirecektir. Temel ihtiyaçların devlet veya diğer kurumlar tarafından garanti altına alınması ile bireyler bu ihtiyaçları dışında kalan mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır (Musgrave, 1969: 12).

Kişi başına düşen gelir yükseldikçe kişinin yaşam standartları da değişir ve buna bağlı olarak kamu ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talep de artar. Dolayısıyla sağlık harcamalarında artış görülmesi kaçınılmazdır (Işık, 1998: 77). Toplumun gelir seviyesindeki bu artış başta kişisel harcamaları olmak üzere, gelecekle ilgili beklentilerini de etkilemektedir. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarını kişinin ömrü boyunca kullanacak olmasından dolayı yapılan harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir (Görgün, 1993: 74).

Bunlara ilaveten sağlığın bozulmasıyla birlikte alınan sağlık hizmetlerinin yanı sıra bireylerin kozmetik amaçlı almış olduğu sağlık hizmetleri de sağlık hizmetlerinin artış hızını etkilemektedir (Akın, 2007: 32). Sonuç olarak gelirin artması, kişinin yaşam standartlarını da artırmakta ve gerek kamu kesimi, gerekse özel kesimin sağlık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır ve dolayısıyla sağlık harcamaları da artmaktadır.

Toplumun gelir seviyesindeki artış başta kişisel harcamaları olmak üzere gelecekle ilgili beklentilerini de etkilemektedir. Düşük gelirli birey için kısa vadeli sağlık harcamaları lüks olarak düşünülürken gelirin artmasıyla koruyucu ve rehabilite edici sağlık giderleri başta olmak üzere beraberinde estetik içerikli kaygı taşıyan sağlık harcamalarının da önemli bir noktaya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kişi başına düşen gelir vatandaşların beklentilerinde değişim yaratabileceği gibi devletin ve özel sektörün de sağlık beklentilerinde hizmetsel bir artışı beraberinde getirmesi kaçınılmaz olacaktır (Işık, 1998: 77).

1.1.2.1.2.Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumdaki eğitim düzeyinin artması ve akabinde sağlık bilincinin gelişmesi, insan sağlığına verilen önemin artması anlamına gelmektedir. Bu da toplumsal ve kişisel talebin artması anlamına gelir (Alper, 1988: 76-77). Toplumun eğitim seviyesinde görülen iyileşme ve eğitim seviyesinin yükselmesi koruyucu ve önleyici sağlık tedbirlerine verilen önemi artırmasına paralel olarak toplumsal sağlık ve bireysel sağlığı korumaya ve tedavi etmeye yönelik faaliyetlerin yaygınlaşmasına neden olacağı açıktır. Eğitimli bireylerden oluşan toplumun, sağlığı bozucu etkenler karşısında daha duyarlı olması beklenmektedir. Sigarayla mücadele, çevre kirliliği, erken teşhis gibi konularda eğitim seviyesinin artması sağlık hizmet sunumundan beklentileri de benzer yönde artırması kaçınılmazdır. Bir ülkenin ekonomik düzeyi ve nüfusundaki eğitim seviyesine bağlı olarak, hayat standartlarındaki artış ve iletişim araçlarındaki yaygınlaşma sayesinde insanlar sağlık konularına karşı daha duyarlı hale gelmişlerdir (Kurtulmuş, 1998: 64).

1.1.2.1.3.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Tüketim çağı olarak da adlandırabileceğimiz günümüzde var olan her şey kısa süre içinde tüketilerek yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Bu durumdan sosyal değer yargıları da etkilenmiştir. Eskiden doğru sayılan görüşler yerini yeni gelen görüşlere bırakabilmektedir (Akin, 2007: 33).

Toplumdaki bakış açısı değiştikçe insanlar sağlıkları konusunda daha duyarlı hale gelmiştir ve tedavi maliyeti yüksek de olsa önceden önemsenmeyen sağlık

problemlerinin nedenlerini araştırmak için talepte bulunmuşlardır. Beklentilerin artmasıyla hastalar en son teknolojilerle en iyi hizmet ve ilaçları talep etmişlerdir. Teknoloji geliştikçe insanlar daha iyi hizmetlerin varlığından haberdar olmuş, kendi yerel sağlık merkezlerindeki veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesini çok daha fazla sorgular hale gelmiştir. Dolayısıyla bölgesel merkezler ve akademik tesisler daha çok rağbet görmektedir. Geçmiş yıllarda doğru kabul edilen uygulamalar ya da çok yüksek tedavi maliyeti nedeniyle uygulanamayan yöntemler de zamanla sağlık harcamaları bölümünde yerini almıştır (Yılmaz, 2012: 82).

Toplum içinde birçok nedenden kaynaklanan değer yargılarının küreselleşme süreciyle birlikte hızla değişmesi, yaşanan teknolojik değişim, haberleşme kanallarının yaygınlaşması gibi birçok nedenden dolayı sağlık konusuna verilen önemde de bir değişim olmaktadır. Eskiden son aşamaya gelindikten sonra doktora giden vatandaşlar artık günümüzde ufak tefek sorunlar için bile aile hekimlerinin kapısını çalmaktadır. Hatta birçok vatandaş tek bir doktorun tespitini yetersiz görüp, birden çok doktora görünerek hastalıklarını bir nevi teyit ettirip psikolojik olarak tatmin olmak istemektedirler.

1.1.2.1.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknoloji ve bilimin gelişmesi, kültür seviyesi ve insanlığa verilen önemin artmasına ilaveten, sağlık hizmetlerinin yüksek düzeylerde verilmesini de zorunlu hale getirmiştir (Aslantekin vd., 2007: 55). Sağlık alanında yaşanan bu hızlı değişim beraberinde bazı teknolojik sorunların gelmesine de sebebiyet vermektedir. Temel bilişim sistemlerinin karmaşık yapısını sağlık örgütlerinde başarıyla uygulamak için teknik becerilerin yanı sıra etkili örgütsel becerilerin de gerekli olduğu bilinmektedir. Son yıllarda etkisi daha da artan sağlık alanında gözlenen teknolojik gelişmeler başta haberleşme kanallarının yaygınlaşması ve küreselleşme sürecinin etkisi ile tüm dünyada hız kazanmıştır. Teknolojideki akıl almaz gelişim, sağlık sektöründe önemli gelişmeleri hayatımıza katmaktadır. Robotik cerrahi, kapalı sistem ameliyatlar başta doktorların işini rahatlatırken hastalara da daha konforlu tedavi imkânları sunmaktadır. Bu ve benzeri gelişmeler sağlık sektöründeki yatırımların artmasına ve beraberinde bu alanda yapılan harcamaların artmasına neden olmaktadır. Ancak günümüz sağlık bilgi sistemleri ilk evrelerdeki uygulamaların aksine daha karmaşık örgütlerde uygulanan,

çok sayıda insanın işbirliğini gerektiren, etkileri ve etkilenen insan sayısı daha fazla olan sistemlere dönüşmüştür (Zayim, 2005: 73). Bu durum başta bu teknolojiyi üretecek kaynak olmak üzere kullanımını ve bakımını bilen sağlık teknolojileri alanında kalifiye eleman ihtiyacını gündeme getirmektedir.

1.1.2.1.5.Kentleşme

Sağlıklı bir kentleşme içerisinde ekonomik değerler yaratma, demokratik yaşam standartların oluşturulması, kültürler arası etkileşim, bilgi toplumu olma gibi deneyimlerin paylaşması gibi unsurları ifade eden bir kavramdır (Toprak, 2008: 38). Ancak kentleşme süreci 1950'li yıllardan itibaren kırdan kente göç hareketleriyle aşırı göçe bağlı olarak sağlıksız bir kentleşmenin oluşmasına sebep olmuştur. Bu hareketler beraberinde gecekondular, alt yapı, işsizlik, eğitim ve sağlıktan yeteri kadar faydalanamama, sağlık sorunları gibi birçok probleme neden olur. Kentlerin hızlı ve kontrolsüz bir şekilde büyümesi sadece doğal çevreyi etkilemekle kalmayıp, kişilerin yaşam alanları üzerinde de ciddi tahriplere yol açtığı görülmektedir (Başaran, 2008: 92).

Bu sorunların bir kısmı halen varlığını korumaktadır. Sağlık bunlar arasında önemli bir yere sahiptir. Çarpık kentleşme, alt yapının yokluğu, sağlıksız yerleşim düzeni, başta çocuklar olmak üzere ailelerini ve toplumu olumsuz etkilemiştir. Devletin bu noktada kentlerde toplanan nüfusun sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmesi için yeterli sağlık birimi kurması ve sağlık çalışanı yetiştirmesi gibi pek çok soruna çözüm aramasını zorunlu kılmıştır (Kaya vd, 2007).

1.1.2.1.6.Yaşam Süresinin Uzaması

Uzun dönemde ekonomik büyümenin artmasındaki en önemli faktörlerden biri sağlıktır. Sağlık alanına yapılan yatırımların artırılması ortalama yaşam süresine de etki ederek emek verimliliğinin artmasına sebep olmaktadır. Bu da ekonomik performansın olumlu anlamda etkilenmesi demektir (Erdoğan ve Bozkurt: 2008: 25).

Sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden birisi de şehirlerdeki yaşlı nüfusunun artmasıdır. Dünya nüfusuna bakıldığında yaşlı nüfusun giderek arttığı görülmektedir. Ekonomik büyümeden kaynaklanan gelir seviyesi artışı insanların sağlık yatırımlarını artıran bir etki yapmaktadır (Morand, 2004). Bu etki de insanların yaşam

seviyesini artırmaktadır. Bu artış sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmayı da beraberinde getirir. Dolayısı ile devletlerin de bu doğrultuda çeşitli önlemler alması gerekir. Yaşlılar başta olmak üzere bunlara yönelik kurulan rehabilitasyon ve fizik tedavi merkezler, kaplıcalar, evde sağlık hizmeti anlayışı bu kapsamda geliştirilmeye çalışılan sağlık faaliyetleri arasında yer almaktadır (Yolcu, 2012).

1.1.2.1.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişmeler

Toplumsal değişmeler toplumdaki ilişkilerden ve kültürel değişimlerden etkilenmektedir (Sağ, 2003: 12). Değişim kavramı toplumun zaman içinde iç ve dış etkenler karşısında toplumsal yapısında meydana gelen değişimi ifade eder. Bir diğer adı da sosyo-kültürel değişimdir (Tezcan, 1981: 163). Toplumsal değişim, yalnızca olumlu yöndeki bir gelişmeyi değil, aynı zamanda olumsuz yönleri olan bir değişmeyi de ifade eder (Kurtkan, 1976: 272). Toplumsal değişmeyi ortaya çıkaran çok sayıda unsur bulunmaktadır. Bunların başında teknolojideki ilerlemeler ve demokratik sistemlerdeki değişimler ilk sırayı almaktadır. İnsanların teknoloji sayesinde daha bilinçli hale gelmeleri, yönetime katılma istekleri, katılımcı yönetim anlayışına yer veren yönetsel süreçler sağlık harcamalarını şekillenmesinde vatandaşların beklenti ve etkisine daha fazla zemin hazırlayan bir nitelik ortaya çıkarmıştır (Eroğlu, 2006).

Hastane sıralarında kuyruk bekleyen, doktorlar tarafından bilgilendirilmeyen, karşı karşıya kaldığı tıbbi sorunlar karşısında hasta haklarına başvuramayan bireylerden günümüzde elektronik randevu, hasta hakları, bilgi edinme hakları gibi birçok değerle desteklenmiş müşteri-vatandaş anlayışını benimsemiş yeni kamu yönetimi değerlerine sahip katılımcı, hesap veren bir yönetim anlayışına doğru bir gidişatın söz konusu olduğu görülmektedir. Bu durumun temel sebebi toplumsal değişimin insanların beklenti ve tutumlarını etkilemesidir. Toplumun yapısı, sistemi ve kuralları sürekli bir değişim halindedir. Bu da toplumsal düzendeki değişmeyi kaçınılmaz kılmıştır (Sağ, 2003: 13).

1.1.2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Ülkelerin ekonomik verilerini takip eden pek çok örgüt, ülkelerin küresel krizlere rağmen sağlık harcamaları konusunda ciddi kısıtlamalara gitmediğini, aksine

sağlık harcamalarında sürekli bir artış eğiliminin olduğunu yıllık raporlarında ortaya koymaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 yılından itibaren yürürlüğe girmesi ile Türkiye’de sağlık göstergeleri bebek ölüm oranlarının azalmasından, yaşam beklenti süresinin uzamasına kadar birçok yönde gelişmeler kaydetmiştir. Sağlık alanında yapılan reformlarla hizmet sunucularına erişim daha kolay hale gelerek sosyal bir hak olan sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit şekilde dağılımı hedeflenmiştir (OECD, 2008).

Sağlık harcamalarının Türkiye’deki gelişimi incelendiğinde, öncelikle sağlık harcamaları konusunun merkezi yönetim bütçe giderleri içerisinde yer aldığı görülmektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının; ilaç giderleri, tedavi ve sağlık malzemeleri giderleri ve yeşil kartlıların ilaç giderlerinden oluştuğu görülmektedir (Akar, 2014: 316).

Türkiye’de sağlık harcamalarının kaynağını oluşturan sağlık politikalarındaki değişim ve hedefler göz önüne alındığında Sağlık Bakanı Recep Akdağ Türkiye’deki 2017 hedefleri kapsamında sağlıkta yaşanan kalite hedeflerini korumayı ve geliştirmeyi, bu amaç doğrultusunda şehir hastaneleri, sağlık turizmi gibi konularda marka olmayı, insanların kaliteli sağlık hizmetine eşit bir şekilde erişmelerini hedeflediklerini açıklamaktadır. Bunlara ilaveten Akdağ 2017 yılı itibariyle sağlıkta dönüşüm programının ikinci fazını ortaya koyarak kaliteyi sürekli yüksek tutup vatandaşların memnuniyetine odaklanılacağını ifade ederek bu alanda yatırımları sürdüreceklerini belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 5).

1.1.2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları İstatistikleri

2017 yılı itibariyle Türkiye’de sağlık alanında yapılan harcamaların seyrinin son on yıla dönük gelişimi gösteren verilerden hareketle incelemek gerekirse, aşağıdaki tablolarda bunlara ilişkin verilere yer verildiği görülmektedir. Bu tablolarda Türkiye’nin sağlık alanında hizmet sunmak amacıyla gerçekleştirdiği sağlık harcamalarına ilişkin veriler sağlık bakanlığının en son faaliyet raporu olan 2017 yılı içinde yayımladığı 2016 yılı faaliyet raporlarında gösterdiği verilerden hareketle tablolaştırılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

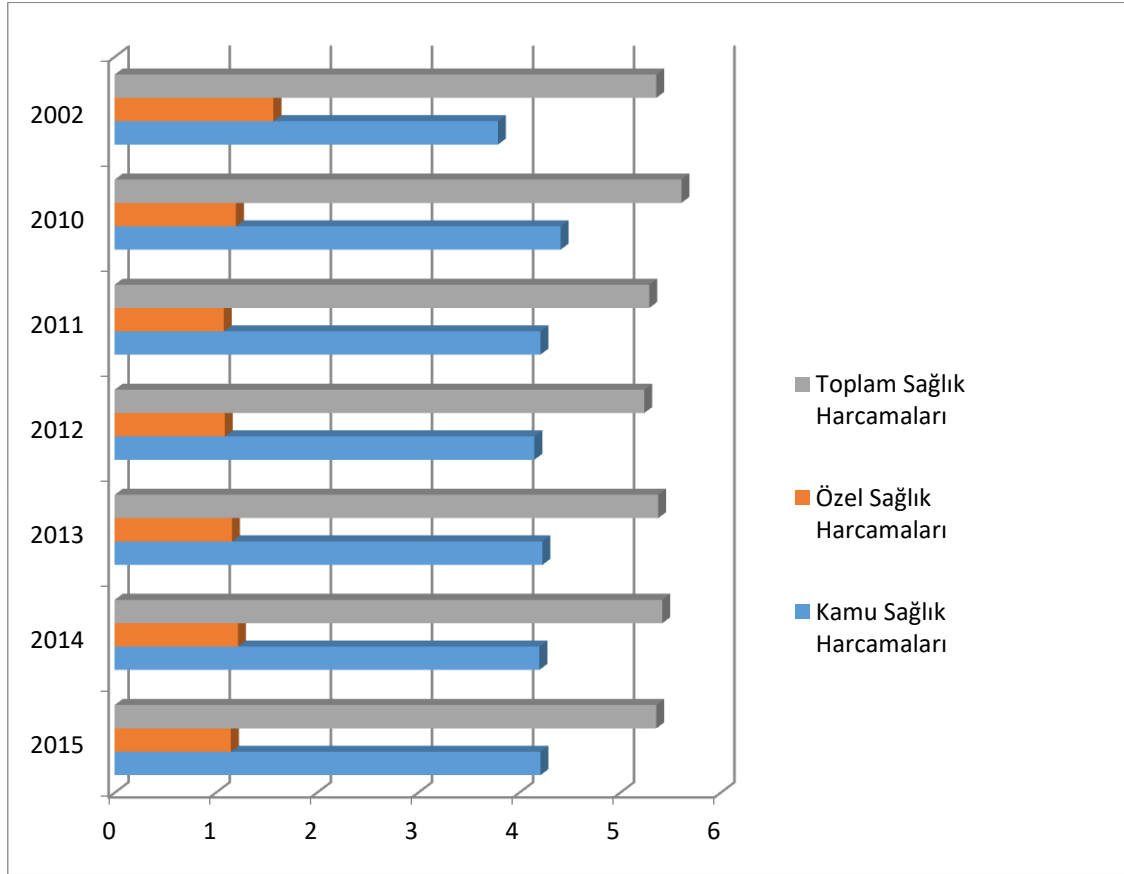
Tablo 5:Türkiye'nin Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamaları

Yıl	Birim	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH' ya Oranı %	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYH' ya Oranı %	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH' ya Oranı %
2002	Milyon ABD \$	230479	12056	5,2	291	0,1	5,4
2010	Milyon ABD \$	731603	39033	5,3	2034	0,3	5,6
2011	Milyon ABD \$	773980	38989	5,0	1930	0,2	5,3
2012	Milyon ABD \$	786283	39008	5,0	2162	0,3	5,2
2013	Milyon ABD \$	823044	41855	5,1	2462	0,3	5,4
2014	Milyon ABD \$	799370	40641	5,1	2685	0,3	5,4
2015	Milyon ABD \$	719620	35669	5,0	2868	0,4	5,4

Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, 2017: 211.

Yukarıdaki veriler Türkiye'nin yıllara göre cari, yatırım ve toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hâsıla'ya göre, sağlık alanında yaptığı harcamaların miktarını ve gayrisafi yurt içi hasıla içindeki oranını göstermektedir. Bu kapsamda veriler incelendiğinde, yıllar itibariyle 2002 yılında 230479 Milyon \$ olan gayrisafi yurtiçi hâsıla'nın, cari sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 5,2 olduğu, yatırım harcamasının GSYİH'ya oranı %0,1, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 5,4 olduğu görülmektedir. Buna karşın 2015 yılı itibariyle 719620 milyon \$ olan GSYİH'nın, cari sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 5,0, Yatırım harcamasının GSYİH'ya oranı % 0,4, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 5,4 olduğu görülmektedir. Bu tablolardan çıkan sonuca bakıldığında GSYİH oranının yıllar içerisindeki artışına oranla toplam sağlık alanında yapılan harcamaların oranı arasında pek farkın olmadığı görülmektedir.

Şekil 1:Türkiye'nin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı

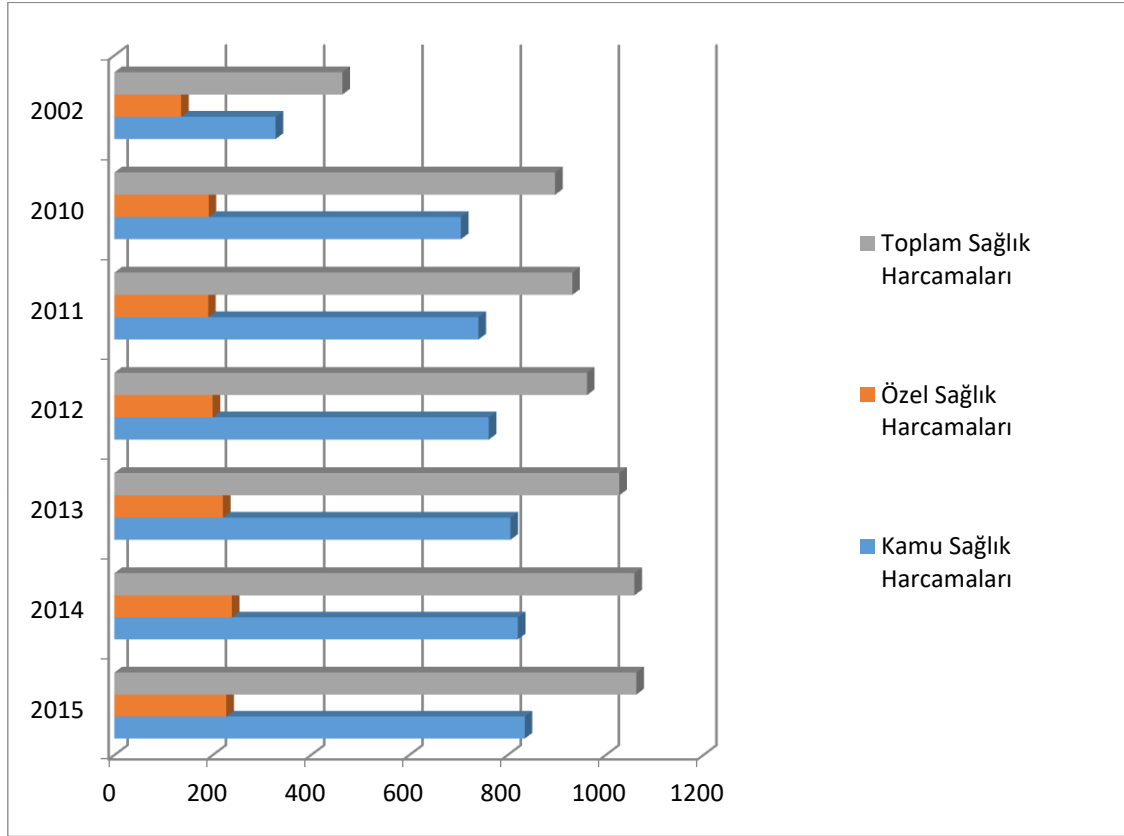


Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, 2017: 212.

Yukarıda yer alan Şekil 1’de Türkiye’nin yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içerisindeki payını gösteren oranlara yer verilmiştir. Şekil 1’de de görüleceği üzere 2002 yılı verilerine göre kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı % 3,79 iken, özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının %1,57 toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının %5,36 olduğu görülmektedir. Buna karşın 2015 yılı verileri incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ ya oranı %4,21 iken özel sektör sağlık harcamaların GSYİH’ya oranı %1,15, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı ise %5,36 çıktığı görülmektedir.

Bu tablodan çıkan sonuca bakıldığında, Türkiye’de GSYİH içerisinde yıllar içerisindeki kamu, özel sektör ve toplam sağlık alanında yapılan harcamalarına ayrılan payın çok değişmediği gözlemlenmektedir.

Şekil 2:Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (ABD \$)

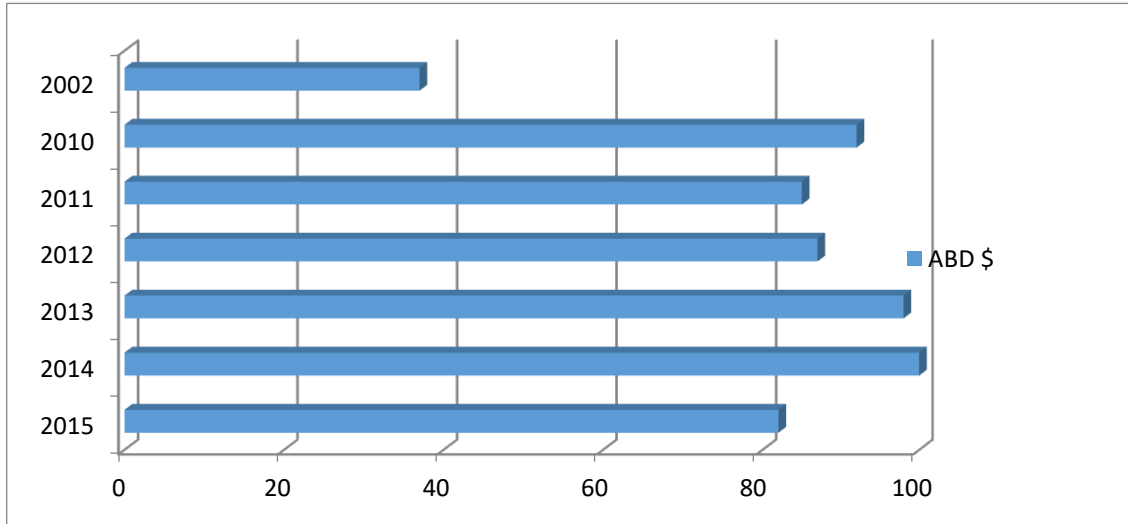


Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, 2017: 214.

Yukarıdaki Şekil 2’ de Türkiye’de yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması (ABD \$) açısından miktarına yer verilmiştir. Şekilde de görüleceği üzere 2002 yılı verilerine göre kamu sağlık harcamalarının 328 ABD \$ iken özel sağlık harcamalarının 136 ABD \$, toplam sağlık harcamaları ise 464 ABD \$ olarak yer aldığı görülmektedir.

Buna karşın 2015 kamu sağlık harcamalarının 835 ABD \$ iken özel sağlık harcamalarının 228 ABD \$, toplam sağlık harcamaları ise 1063 ABD \$ olarak yer aldığı görülmektedir. Bu tablodan çıkan sonuca bakıldığında Türkiye’de yıllar itibariyle kamu, özel sektör ve toplam sağlık alanında yapılan harcamaların ayrılan paranın hem kamu hem de özel sektörde 328 ABD dolarından 1063 ABD dolarına yükseldiği görülmektedir.

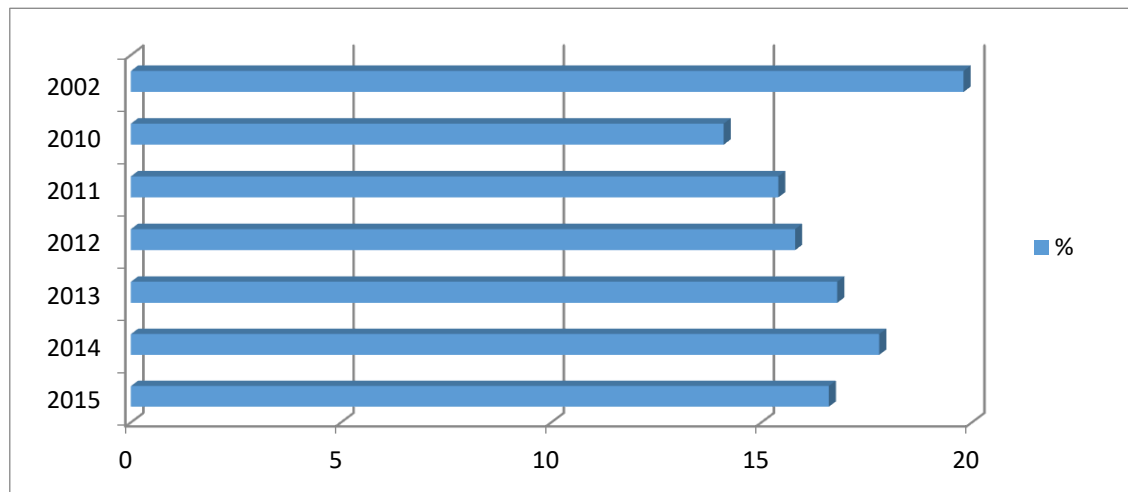
Şekil 3:Türkiye’de Yıllara Göre Cepten Yapılan Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$)



Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, 2017: 216.

Yukarıdaki Şekil 3’de Türkiye’de yıllara göre cepten yapılan kişi başı sağlık harcamasının (ABD \$) açısından miktarını gösteren rakamlara yer verilmektedir. Şekilde de görüleceği üzere 2002 yılı verilerine göre sağlık harcamaları 37 ABD \$ iken bu rakamlar 2010’da 92 ABD \$, 2011’de 85 ABD \$, 2012’de 87 ABD \$,2013’de 98 ABD \$, 2014’de 100 ABD \$ ve 2015’de 82 ABD \$ olarak gerçekleştirildiği görülmektedir.

Şekil 4:Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)



Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, 2017: 217.

Yukarıdaki Şekil 4’de Türkiye’de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı (%) açısından gösteren

rakamlara yer verilmektedir. Şekilde de görüleceği üzere 2002 yılı verilerine göre sağlık harcamaları %19,8 iken bu rakamlar 2010’da % 14,1, 2011’de %15,4, 2012’de %15,8, 2013’de %16,8, 2014’de %17,8 ve 2015’de %16,6 olarak gerçekleştirildiği görülmektedir.

Son olarak 2017 yılı verileri kapsamında 2016 yılı itibariyle “Sağlık Harcamaları Ödeneği ve Harcama Miktarını” incelemek gerekirse aşağıda yer alan Tablo 6’da belirtilen verileri görmek mümkündür.

Tablo 6: 2016 Yılı Sağlık Harcamaları Ödeneği ve Harcama Miktarı (Bin TL)

GİDERLER	ÖDENEK	HARCAMA
Personel Giderleri	1,313,683	1,313,535
Sosyal Güv. Kur. Dev. Primi Gid.	285,044	283,857
Mal Ve Hizmet Alım Giderleri	288,483	286,268
Cari Transferler	98,337	93,141
Sermaye Giderleri	2,517,834	2,470,974
Sermaye Transferleri	55,985	55,985
GENEL TOPLAM	4,559,365	4,503,760

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu, 2017: 59.

Yukarıdaki Tablo 6’da 2016 yılı için Merkezi hükümet bütçesinden Sağlık Bakanlığı’nın harcamalarını yapması için 45 milyar TL üzerinde bir ödeneğin gönderildiği ve bu rakamlara yaklaşık bir harcamanın yapıldığı görülmektedir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığına gönderilen 4,559,365 TL ödeneğin 4,503,760 TL’lık bir kısmının kullanıldığı görülmektedir. Sağlık bakanlığının gerçekleştirdiği harcama kalemleri içerisinde en büyük payı 2,470,974 TL ile sermaye giderleri kaleminin oluşturduğu görülürken en az gider kalemini 55,985TL ile sermaye Transferlerinin oluşturduğu görülmektedir.

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için sağlık ekonomisi kavramına da değinmek önemlidir. Bu nedenle çalışmanın bu bölümünde sağlık ekonomisinin kavramsal tanımı, kaynakları, özellikleri ve tarihsel gelişimine yer verilecektir.

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimindeki kuralların sağlık sektörüne uygulanması ile ortaya çıkmış ve sağlık sektörü için ayrılmış kaynakların gün geçtikçe artmasıyla gelişmiş bir bilim dalı olarak ele alınmaktadır (Acar ve Yeğenoğlu, 2006: 39).

Sağlık ekonomisi, bireylerin sağlıklarını korumak, sağlık durumlarının bozulması halinde tedavilerini yapmak, iyileşemeyip sakat kalanların kimseye bağımlı olmadan hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlamak ve daha sağlıklı bir toplum için gerekli faaliyetlerde bulunmak adına ekonomi biliminin imkânlarından yararlanmaktadır (Bekir, 2003: 1). Sağlık ekonomisindeki asıl amaç, sağlık hizmetinin üretilmesi için ayrılan kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Tokalaş, 2006: 11). Sağlık sektöründe çalışan personelin temel amacı hastalıkların önüne geçmek ve var olan sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesine katkı sağlamak iken; ekonomistlerin temel amacı, var olan kaynakların en verimli şekilde değerlendirilerek toplumsal faydanın artırılmasını sağlamaktır (Williams, 1987: 9).

Sağlık ekonomisi sistemi, insanların sağlık hizmetlerine duyduğu gereksinimi, bu ihtiyacın karşılanması için piyasaya sürülen çeşitli sağlık hizmetlerinin üretimini, bu hizmet fiyatlarının oluşum sürecini ve finansman şeklini ortaya koyan bir sistemi ifade eder (Tokat, 2008: 7). Sağlık ekonomisi ekonomideki kuralların sağlık sektörüne uygulanmış halidir ve sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar arttıkça gelişen bir bilim dalıdır (Acar ve Yeğenoğlu, 2006: 39).

Tanımlardan çıkan ortak sonuç sağlık ekonomisinin sağlık alanında etkili ve verimli hizmet sunmak amacıyla bu sektöre tahsis edilen kıt kaynaklardan maksimum faydayı almak amacıyla kaynak tahsisinden, hizmet bölüşümüne kadar pek çok sağlık

konusunun ekonomik araçlardan faydalanarak planlanması ve bu planlardan hareketle uygulanmasını kapsayan bir süreci ifade ettiği görülmektedir.

Özkara'nın (2006: 17) sağlık ekonomisinin özellikle son yıllarda hızla önem kazanmasından hareketle sağlık ekonomisinden elde edilen kazanımları şu şekilde ele aldığı görülmektedir:

“Geleneksel tedavi hizmeti anlayışının artık olmaması, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önem kazanmasına yol açmıştır. Dolayısıyla hastalıklara yakalanma riskini artıran etmenlerin önüne geçilerek gelecekteki sağlık harcamaları için tasarruf sağlanmıştır. Bu yüzden sağlık hizmetleri için tahsis edilen kaynakların miktarı sağlık göstergelerini düzeltmede tek başına yeterli değildir.”

Ülkelerin sağlık politikalarında, sağlık ekonomisinden çok fazla bahsedilmesindeki temel sebep bütçelerindeki sağlık hizmetlerine ayrılan payın giderek artmasından kaynaklıdır (Akalin, 1995: 233-236).

1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları

İnsanlar yapmak istedikleri her şeyi yapamazlar veya sahip olmak istedikleri her şeye sahip olamazlar. Ekonominin konusu da bu kısıtlılıktan gelir ve amacı da bu ikilem üzerinde çalışmak ve mümkün olabilecek en iyi çözümü bulabilmektir (Aytürk, 2010: 9). Sağlık ekonomisi ise ekonomi disiplininin sağlık üzerine uygulanmış halidir denilebilir. Bu disiplin sağlık hizmetleri örgütünün geliştirilmesi hususunda önerilerde bulunur (Filiz, 2010: 27). Sağlık ekonomisinin kaynaklarını bilmek ve etkin şekilde kullanmak iktisadi etkinlik açısından önemlidir.

Sağlık ekonomisinin kaynaklarını emek, sermaye ve toprak olmak üzere üç grupta toplamak mümkündür.

Emek: Sağlık sektörü hem kullandığı kaynak miktarı bakımından, hem de büyük bir emek gücünü istihdam etmesi bakımından ekonomide önemli bir yer tutmaktadır (Belek, 2001: 33). Sağlık sektörü, tıbbi hizmetlerde görevli personel ve destek hizmetlerinde görev alan çok farklı meslek grubunda çalışan insan gücünden

oluşmaktadır. Emek unsurunu, ebe, hemşire, doktor, sağlık teknisyenleri (radyoloji, anestezi, çevre sağlığı vb) gibi tıbbi hizmetlerini sunanlar ve büro işleri, temizlik, bilgi-işlem, güvenlik vb. destek hizmet çalışanları oluşturmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011: 194). Sağlık sektörü tarihsel olarak kadınların yoğunlukta olduğu bir sektördür. Temel sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve hastane hizmetlerinde kadınların ezici bir çoğunluk sağladığı görülmektedir (Urhan ve Etiler, 2011: 191). Ağırlıklı istihdamın kadınlardan oluşmasında hemşirelik ya da ebelik gibi mesleklerin çoğunlukla kadın işi olarak görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Altuğ ve Başla, 2005: 255).

Sermaye: Beşeri ve fiziki sermaye olarak ikiye ayrılmaktadır. Maddi unsuru oluşturan fiziki sermaye, maddi değerleri olan her türlü taşınır taşınmaz mal ve parasal değeri ifade ederken; beşeri sermayede bir o kadar önemli insan faktörünü ifade etmektedir. Beşeri sermaye üretim sürecine katılan emeğin diğer üretim faktörlerinin daha etkin kullanılmasını sağlayan bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olması anlamına gelmektedir. Büyüme üzerine yapılan son dönemlerdeki teorik tartışmaların beşeri sermayenin ekonomik büyüme sürecindeki rolü üzerinde yoğunlaştığını göstermektedir (Çetin ve Ecevit, 2010: 166). OECD (1998)'e göre beşeri sermaye, iktisadi faaliyetlerle uyumlu bilgi, yetenek ve diğer bireysel vasıfları kapsayan bir kavramı ifade etmektedir. Beşeri sermayenin temel kaynağını eğitim oluştursa da toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayeyi destekleyen ve besleyen bir unsuru oluşturmaktadır (Taban, 2006: 43). Ekonomik büyümeyi sadece fiziki sermaye ile açıklamak yeterli olmadığı için beşeri sermayenin de etkin bir şekilde kullanılması için gereken önlemlerin alınması şarttır (Eser ve Gökmen, 2009: 41).

Toprak: İnsan yaşamında çok önemli yeri olan canlı bir varlıktır. Hayatın her alanında doğumdan ölüme kadar yer alan toprak, tarımsal faaliyetlerden meskenlerin yapı malzemesine, hastalıkların tedavisinden yiyeceklere eklenmesine hatta doğrudan yenmesine, temizlikte kullanılmasından mutfak eşyalarının yapımına kadar çok geniş bir kullanım alanına sahiptir (Güngör, 2015: 1). Eski çağlarda tarımsal üretimle geçimini sağlayan dünya ekonomisi, teknoloji gelişmelerin etkiyle toprak unsuru yerine sanayi ve bilgi merkezli üretimi benimsemeye başlamıştır (Türkoğlu ve Yetişen, 2016: 66). Sağlık sektöründe toprak bina amortismanları ve sabit yatırım amortismanları şeklinde değerlendirilebilir (Aytürk, 2010: 9). Sanayi toplumu ile birlikte doğal

girdilerin ekonomideki ağırlığı nispi olarak azalmasından dolayı toprak, yerini sanayiye terk etmiş gözükmektedir (Türkoğlu ve Yetişen, 2016: 67). Sağlık alanında toprağın sadece ekonomik olarak tarım boyutunun değil, tıbbi binaların yapıldığı zeminden, hastaların temiz hava alabilecekleri yeşil alanlara kadar pek çok farklı kullanım alanı olduğu bilinmektedir.

1.2.3. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır, bu hizmetlere olan talepler tesadüfi olmakla birlikte hasta almış olduğu sağlık hizmetini ölçme yetisine sahip değildir. Bu yüzden talep esnekliği de katıdır. Sağlık hizmetleri büyük ölçüde kâr amaçlı değil, sosyal amaçlı faaliyetleri oluşturur (Tokat, 1994: 2).

Sağlık ekonomisinin başlıca özelliklerini sıralamak gerekirse aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (Hacettepe, 2017:1).

- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler.
- Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.
- Hasta aldığı sağlık hizmetinin kalitesini ve niteliğini ölçme kabiliyetine sahip değildir.

Özetle sağlık ekonomisi, karar vericilerin yapacakları seçimlerde onlara yol göstermeyi ve kıt kaynakları kullanırken öncelik sıralamasında kanıta dayanan bilimsel veriler ışığında bunu gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda sağlık ekonomisinin esas çalışma alanları, sağlık hizmetleri için tahsis edilen kaynak miktarını inceleyerek bunların etkin kullanılıp kullanılmadığını ortaya koymaktır. Ayrıca kaynakların etkin kullanılması halinde gelişme sağlanabilecek alanları tespit ederek sağlık teknolojisinin değerlendirilmesini yapmak ve sağlık hizmetlerinin birey ve toplum üzerindeki etkisini değerlendirmek sağlık ekonomisinin başlıca çalışma alanları arasında yer alır (Kısa, 2012: 13).

1.2.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisi

2003 yılından sonra düzenlenen Sağlıkta Dönüşüm programından sonra sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile alakalı düzenlemeler hız kazanmış ve bu konuda radikal değişiklikler olmuştur (Tatar, 2011:103). Sağlığa ayrılan bütçe her ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sınırlıdır. Kaynakların kıt olması mevcut olanın en etkili şekilde kullanılması gerekliliğini doğurmuştur (Acar ve Yeğenoğlu, 2006: 39). Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ve özel kesimin gündemindeki önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerinde piyasaya dayalı finansal modeli uygulamak isteyen ülkeler için bütçedeki açıklar ve uluslararası kreditorlerden gelen baskılardan dolayı kamu sübvansiyonlarının efektif kullanımı ve kamu harcamaları için özel kaynakların devreye girmesi önemlidir (Ener ve Yelkikalan, 2003: 99). Sağlık ekonomisi ülkelerin üzerinde en fazla durduğu konular arasında yer almaktadır. Bunun temelinde, bütçede sağlık için ayrılan payın giderek artması ve toplumların bunu karşılayamayacak düzeye gelmesi vardır (Akalin, 1995: 233-235). Ortalama yaşam süresinin uzaması, teknolojinin gelişmesi, hastalıkların yapısının değişmesi ve buna benzer başka faktörlerin olması, kontrollü bir sağlık harcaması için düzenlemeler yapmayı zorunlu kılmaktadır (Tatar, 2011: 104).

Tıp biliminin gelişmesi ve verilen hizmet çeşitliliğinin zaman içinde artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine verilen önem de artmıştır. İnsanlar sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemini gün geçtikçe daha iyi anlamış ve mevcut sağlık seviyesini daha ileriye taşımak için yeni kaynaklar bulma arayışına girmişlerdir. Böylece sağlığın sosyal bir olgu olmasının yanında ekonomik bir olgu olduğu görüşü de yaygınlaşmaya başlamıştır. Ekonomi bilimi bu amaç doğrultusunda sağlık hizmetlerinin en etkin biçimde yerine getirilebilmesi için yardımcı olmaya çalışmaktadır (Kısa, 2012: 13).

Sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıkmasına Kenneth Arrow’un öncülük ettiği kabul edilir. Sağlık ekonomisi konusunda referans kaynaklardan birisi, Arrow’un “*Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care*” adlı çalışmasıdır. Arrow bu çalışmayla kimsenin sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılmayacağına ayrıca piyasa mekanizmasının (diğer ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi) sağlık faaliyetlerinde de etkili olacağına dikkat çekmiştir. Sağlık piyasasında

meydana gelebilecek piyasa aksaklıklarının da piyasa dışı önlemler ile düzenlenebileceğini ifade etmiştir (Çoban, 2009: 6).

Sağlık ekonomisine ilişkin ilk çalışmalar 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği'nin kurmuş olduğu “*Tıbbi Ekonomi Bürosu*” ile başlamıştır. Kurulmasındaki esas amaç, tıp alanındaki profesyonelleri ekonomik olarak ilgilendiren konularla ilgili çalışmalar yapmak olarak belirlenmiştir. Çalışma alanının kısıtlılığı dolayısıyla her ne kadar bugün karşılaştığımız tanımlar kadar geniş bir kapsamda ele alınmamış olsa da, sağlık ekonomisine dair kullanılan ilk kavramlar bahsi geçen büronun kurulmasıyla başlamıştır (Kısa, 2012: 13).

1932 yılında Ray Lyman Wilbur Amerika’da sağlık hizmetleri sunum teknikleri ve ödeme sistemlerinin etkinliği ve yeterliliği üzerine bir takım çalışmalar yapmıştır. Hizmet sunum ve finansman tekniklerinin eksikliğini dört farklı temele dayandıran Wilbur, birincisini şu şekilde açıklar: İnsanlar gerçekten ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini nitelik ya da nicelik olarak elde edememektedirler. İkincisi maliyetlerin insanlar arasındaki adaletsiz dağılımıdır ve az gelirli kişiler kazandıkları parayla bu eşitsizliğin etkilerini silemezler. Üçüncüsü sağlıkta uzman kişilerin gelirleri net değildir ve düşüktür. Sonuncusu ise sağlık hizmetlerinde kullanılan sunum ve finansman yöntemlerinin etkisiz ve iktisadilikten uzak olmasıdır (Çoban, 2009: 8). 1940’lı yıllarda, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra Harris ve Sollis (2003), sağlık hizmetlerinin sunumuna dair yapılan kamu harcamaları ile ilgili araştırmalar yapmıştır. İngiliz Sağlık Hizmetleri Programı’nın ilk iki yıllık sonuçları üzerine analizler yapmış ve bazı değerlendirmelerde bulunmuştur. Harris ve Sollis (2003), vergi ve fiyat politikaları uygun olduğunda, sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik alkol, sigara gibi keyif verici maddelerin olumsuz etkilerinin giderilmesine ilişkin yapılan harcamaların düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir (Çoban, 2009: 9).

ABD’nin sağlık ekonomisini ekonominin bir alt disiplini olarak ele alması 1950’li yıllarda meydana gelmiştir. Sağlık ekonomisine olan ilgi gelişmiş ülkelerde artmaya başlamıştır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde ekonomistlerin sağlık ekonomisi ile ilgili bakış açıları da değişmiştir. Bu dönemde ekonomistler ilgilerini sağlık planlaması, yöntemi ve klinik davranışları gibi uygulamalı ekonomik konulara doğrultmuşlardır (Karagöz, 2015: 32). Yine bu yıllarda Eli Ginzberg, hastane hizmetlerinin ekonomik

çerçevesi ile ilgili araştırmalar yapmıştır. Sonraki yıllarda Eli Ginzberg'in bilhassa sağlık hizmetleri sektöründe yapmış olduğu rekabet artırıcı politikalar, Arrow'un sağlık piyasaları ile rekabetçi piyasalar arasında yapmış olduğu araştırmalar ve aynı zamanda Amerika'daki sağlık politikasının gidişatına yönelik yaptığı çalışmalar sağlık ekonomisinin ilerlemesinde büyük katkılar sağlamıştır (Çoban, 2009: 9).

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri verilirken kullanılan kaynakların miktarlarını, organizasyon şeklini, finansmanını, sağlıkta kullanılan kaynakların verimliliğini, bu hizmetlerin kişisel veya toplumsal düzeydeki koruyucu, iyileştirici ve geliştirici etkilerini inceleyen bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007: 33).

Sağlık ekonomisinin gelişmesinde önemli rol oynayan faktörlerin başında sağlık alanında yaşanan harcamalara kaynak ayırma zorunluluğu gelmektedir. Bu artışın nedenleri arasında, toplum içinde sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmetlerine duyulan talebin yükselmesi, ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, ilerleyen yaşları ilgilendiren ek sağlık hizmetleri gereksinimlerine ihtiyaç duyulması, bulaşıcı hastalıkların azalmasına rağmen uzun süreli tedavi gerektiren kronik hastalıkların yaygınlaşması gibi sebeplerin olduğu bilinmektedir (Mazgit, 2002: 5).

Sağlık ekonomisinin dünya üzerindeki gelişimi 1960'lı yıllarla birlikte başlamış ve 1980'lere kadar teori ve uygulama açasından uzun yollar katetmiştir. Ancak Türkiye'de sağlık ekonomisine dair kavramların ortaya çıkması 1989'da Price Waterhouse'ın Devlet Planlama Teşkilatı'na hazırladığı Master Plan Etüdü sayesinde meydana gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve dahili piyasa gibi kavramlar bu plan sayesinde ilk defa gündeme gelmiştir. Bu plandan sonra sağlık hizmetlerindeki iyileştirme konusu sürekli Türkiye'nin gündeminde yer almıştır (Kısa, 2012: 14).

Türkiye'nin en kapsamlı ilk sağlık politikası belgesi 1993'te yayınlanmış ve hizmet sunumunu finansmanından ayıran, ülkedeki nüfusun tümüne genel sağlık sigortası ile güvence sağlamış olan, hastanelerin birbirleri ile rekabet edebilecek kadar özerklikte olabildiği, öncelikli olarak aile hekimliğine dayalı bir reform paketi ayrıntılarıyla ele alınmıştır. 1996-1998 yılları arasında ilk kez sağlık harcamaları

ayrıntlarıyla araştırılmış ve sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrıldığı, kaynağın boyutu, geldiği yer ve işlevlerine göre nasıl dağıldığı belirlenmiştir. Böylece sağlık harcamaları Türkiye’de ilk kez ayrıntılarıyla ele alınmıştır (Karagöz, 2015: 34).



BÖLÜM 2: SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜMEYE ETKİSİ

Sağlık harcamalarıyla ekonomik büyüme arasındaki ilişki iktisat literatüründe sık tartışılan konular arasında yer almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle sağlık harcamalarına ayırdıkları pay yanı sıra, ülkelerin ekonomik büyümelerinde sağlık harcamalarının farklı etkilere sahip olduğu düşüncesi bu bölümün temel inceleme konusunu oluşturmaktadır.

2.1. EKONOMİK BÜYÜME

Bir ülke ekonomisinin üretim hacmindeki dönemsel artış ekonomik büyüme olarak tanımlanabilir (Özel, 2012: 64). Kirbitçioğlu, ekonomik büyümeyi, kişi başına düşen reel hâsiladaki artış şeklinde tanımlamaktadır. Bu artışlar, sadece ülkedeki üretim ölçeğinin ya da potansiyelinin artmasıyla veya verimli kullanılmasıyla elde edilebileceği için, iktisadi büyüme kavramı uzun bir dönemi gerektirir (Kirbitçioğlu, 1998: 208). Devletlerin ekonomik önceliği, kişilerin gelir seviyelerini artırarak refahlarına katkıda bulunmaktır. Refah seviyesindeki artış ekonomik büyümeyle yakından ilgilidir. Bu görüşten hareketle bir ekonomideki başarı veya başarısızlık, büyüme hızlarının yüksekliği ve düşüklüğü ile yakından ilgilidir (Tarı ve Kumcu, 2005: 15).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından ekonomik büyüme kavramı oldukça önem taşıyan bir konudur. Ancak gelişmiş ülkeler, reel gayrisafi yurtiçi hâsılanın yıllar içindeki değişimi demek olan ekonomik büyümeye önem verirken, gelişmekte olan ülkeler ekonomik kalkınma kavramına daha çok önem vermişlerdir (Özel, 2012: 64).

Ülkelerin ekonomik büyüme düzeylerini açıklamak amacıyla kullanılan ekonomik büyüme teorilerini, dışsal ekonomik büyüme teorileri ve içsel ekonomik büyüme teorileri olarak iki temel gruba ayrılmak mümkündür (Özel, 2012: 64).

2.1.1.Dışsal Ekonomik Büyüme Teorileri

Klasik iktisadi düşünceye göre ülkelerdeki ekonomik büyüme, sermaye birikimi, makineleşme ve iş bölümüyle değerlendirilmektedir. Bu açıdan ekonomik büyüme ile

üretim artışını sağlayan teknolojik gelişme arasında yakın bir ilişki vardır. Büyümenin kaynağı olarak tasarruflar, yatırımlar ve sermaye birikimi gibi unsurların ön plana çıktığı görülmektedir. Az gelişmiş ya da çok gelişmiş olsun, bir ekonomideki gelir artışı tasarrufların artmasına ve kar amacıyla tasarrufların yatırımlara dönüşmesine sebep oluyorsa ardından büyüme de kaçınılmaz olmaktadır. Bu ülkelerde tam rekabet piyasasının varlığı durumunda, sermaye çok daha etkin şekilde değerlendirilerek maliyetlerin düşürülmesine ve karlılık oranının artmasına imkân verecektir. Karlılıktaki artışın sonucu olarak ise ekonomik büyümeye neden olan sermaye birikimi ve yatırımlarda bir yükseliş yaşanacaktır. Böylece ekonomik büyüme sağlanacaktır (Özel, 2012: 64).

Neo-Klasik büyüme kuramında, azalan verimler kanunu geçerli olduğu için, model durağan hale geldiği zaman ekonomik büyümeyi belirleyen temel unsur teknolojik gelişmelerdeki değişme ve nüfus artış hızıyla sınırlı kalmaktadır. Bu kuramda tasarruf oranı ile durağan olan sermaye-işgücü ve kişi başına gelir değerleri doğru orantılı olarak işlemektedir. Yani görece olarak daha fazla tasarruf eden bir ülke daha az tasarruf edenle kıyaslandığında durağan halde sermaye yoğun ve daha zengin bir ekonomiye sahip olacaktır. Fakat tasarruf ortamındaki artışın durağan durumdaki ekonomik büyüme hızına etkisi yoktur. Bu nedenle uzun dönemde büyüme hızının dışsal teknolojik ilerlemeler yoluyla belirlenmesi, devletlerin uzun dönemde kişi başına gelir ve sermaye düzeylerinin birbirlerine yakınsayacağı anlamını taşımaktadır (Kar ve Taban, 2003: 148).

Dışsal büyüme teorileri ülkelerin büyüme hızlarındaki farklılıkların sebebini ülkelerin tasarruf oranları, başlangıç sermaye düzeyleri ya da nüfus artış hızları gibi yapısal özelliklerini kullanarak açıklamaya çalışır. Bunu yaparken de teknolojiyi dışsal bir değişken olarak değerlendirmektedir (Şimşir vd, 2015: 44).

Ekonomik büyümede sermaye birikiminin ve tasarrufun önemli bir belirleyicisi olan dışsal ekonomik büyüme teorileri, uzun dönemdeki büyümenin temel belirleyicisinin teknolojik gelişmeler olduğunu iddia etmektedir. Fakat uzun dönem ekonomik büyümemin en büyük belirleyicisi kabul edilen teknolojik büyüme, modelde dışsal bir değişken olarak tanımlanmaktadır. Bu durum ekonomik büyümenin uzun dönemde nasıl sağlandığını açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Özel, 2012: 64).

2.1.2. İçsel Ekonomik Büyüme Teorileri

Ülkelerin ekonomik büyüme hedeflerine ulaşabilmeleri için hayata geçirecekleri büyüme teorileri arasında dışsal ekonomik büyüme teorisi yanında içsel büyüme teorileri büyük önem arz etmektedir. Gerek fiziki sermaye gerekse beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerine olumlu yönde etkisi olduğundan dolayı beşeri sermayeyi etkileyen unsurlar dolaylı olarak devletlerin büyüme eğilimine olumlu yönde katkı sağlaması beklenmektedir (Başar vd, 2016: 189). İçsel büyüme modeli, ekonomik büyümeyi piyasa içinde faaliyet gösteren ekonomik birimlerin içsel olarak belirlediğini varsayarak açıklamaya çalışır (Özel, 2012: 68).

Neoklasik büyüme modelleri uzun dönemde gerçekleşen büyümenin kaynaklarını açıklamakta yetersiz kalmıştır. Bu sebepten içsel büyüme teorileri ortaya çıkmıştır. Solow (1956) büyüme modelinde teknoloji dış faktör olarak ele alınırken, faktörler arası ikamenin olabildiğini ve bağımsız bir yatırım işlevine sahip olmadığını ileri sürmektedir. Solow'un iddia ettiği modelde sermaye sadece fiziki sermayeden oluşurken içsel büyüme teorisi sermayeyi fiziki ve beşeri sermaye olarak iki kısımda incelediği görülmektedir (Ünsal, 2009). Neoklasikler başlarda eğitim düzeyi, kamu politikaları, dış ticaret, gelir dağılımı, vergi, bölgesel ve kültürel faktörler, dinsel faktörler, yönetim şekli, sağlık, enflasyon, yatırım ortamı gibi unsurları göz ardı etmelerine rağmen daha sonra içsel büyüme teorisi bu faktörlerin uzun dönemde ekonomik büyüme üzerinde etkiye sahip olduğu varsayımını doğrulamıştır (Berber, 2006). İçsel büyüme kuramı; büyüme hızını içselleştirmeye, yani teorinin içinde tanımlamaya çalışmaktadır. Diğer bir ifadeyle, içsel büyüme teorileri teknolojik gelişmenin dışsallığını kabul etmekte ve bunu modelin içerisinde belirlenen bir değişken olarak teknolojik gelişmelerin etkisini kabul etmektedir. Ayrıca, içsel büyüme kuramını savunan kişiler, hükümet politikaları ve iktisadi davranışın uzun dönemde büyüme hızını etkileme yeteneğine sahip olması gerektiği görüşünden hareket ederek bu oluşuma izin verecek dinamikleri araştırmaya yönelik eğilim göstermektedirler (Kar ve Taban, 2003: 149).

İçsel büyüme modellerinde, fiziksel sermayenin yanı sıra, beşeri sermayeye de oldukça önem verilmektedir. Dolayısıyla, içsel büyüme teorilerindeki amaç, bilgi ve becerinin ön plana çıkarılmasıdır. İçsel büyüme teorileri, dışsal büyüme teorilerindeki

azalan verimler yasaı varsayımının geçersiz olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca bu teoride, fiziki sermayenin beşeri sermayeye olumlu bir etki sağladığı ve fiziki sermayede gerçekleşen artışın beşeri sermayeyi de artıracakı düşüncesi bulunmaktadır (Özel, 2012: 70).

Ekonomik büyümenin içsel nedenlerden kaynaklanması onun sağlıklı olduğuna işarettir (Yetkiner, 2006: 83). Bir ekonomide içsel büyüme ne kadar sağlıklı ise iktisadi büyümenin de o kadar içsel olduğu kabul görür. Emek, ekonomik içsel büyüme büyümenin en temel unsurları arasında sayılmaktadır. Mikro seviyede ele alındığında, emek verimliliği bireysel emeğin sağlıksızlığı oranında düşüş eğilimi göstereceği düşünülmektedir. Örneğin hasta olan bir çalışanın diğer çalışanlar gibi etkili ve verimli çalışması mümkün olmayacaktır. Makro düzeyde düşünüldüğünde toplumun ortalama sağlık eğilimi azaldıkça toplam ve bireysel emek verimliliği de aynı doğrultuda düşme eğilimi gösterecektir (Yetkiner, 2006: 83).

İçsel büyüme teorilerinde uzun dönemli büyümeyi açıklayan en önemli değişkenlerden bir tanesini beşeri sermaye oluşturmaktadır (Şimşir vd, 2015: 44). Beşeri sermaye, genel olarak toplumdaki bireylerin, üretim süreçleriyle ilgili olarak bir taraftan sahip oldukları bilgilerinin, becerilerinin, tecrübelerinin, kişilerin işlerine olan duygusal bağlılığının, iş tatminlerinin, motivasyon düzeylerinin, davranışlarının ve değerlerinin geldiği seviyeyi; diğer taraftan bedensel, ruhsal ya da fiziksel sağlamlığı ifade eden geniş bir kavram olarak nitelendirilmektedir (Keskin, 2011: 128).

2.2. SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ

Beşeri sermaye teorisinde meydana gelen gelişmelerin, sağlığın ekonomik büyümeye olan etkilerinin araştırıldığı çalışmalara popülerlik kazandırdığı düşünülmektedir. İktisat yazınında sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkilerinin ortaya konulduğu çok sayıda uygulamalı çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan çıkarılan sonuçlar, ülkeleri sağlık alanında daha fazla kaynak ayırmaya zorlamıştır (Çalışkan vd, 2013: 123). Sağlık, ekonomik büyümenin lokomotifi olup, yoksulluk ve eşitsizlik gibi sorunları azaltmada önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimi için yapılan sağlık harcamaları, beşeri sermayeyi geliştirerek iktisadi büyümeye katkı yapmakta ve aynı zamanda ekonomik büyümenin gelişimi

beşeri sermaye yatırımlarına taşıyarak zincirleme bir büyüme etkisi ortaya çıkardığı görülmektedir (Akıncı ve Tuncer, 2016: 47).

İnsanların sağlık düzeyinin artması yönündeki faaliyetleri bireylerin yaşam sürelerini uzatmakta, beraberinde insanların yaşam kalitelerinin yükselmesine sebep olmaktadır. Yaşam süresinin uzaması neticesinde tasarruflar artmış, artan tasarruflar yatırımları artırarak ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilemiştir. Buna ilaveten sağlıklı insanların işlerini yerine getirirken işleriyle alakalı verimlilik artışı da ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönde bir etki sağlamıştır (Şimşir vd, 2015: 43).

İktisatçıların çoğu, bir ülkenin sağlık düzeyinin yüksek olmasının o ülke kalkınmasına pozitif yönde etki edeceği konusunda hemfikirdir (Karagül, 2002: 72). Sağlık, ülkelerin ekonomik gelişmişliğini belirleyen, gelir ve refahının, işgücü verimliliğinin, demografik ve beşeri sermaye faktörlerinin üzerinde doğrudan etkisi olduğu düşünülmektedir (Taban, 2006: 33). İnsan faktörünün sağlıklı olması çalışma hayatında daha verimli olmasına doğrudan katkı sağlamaktadır. Ekonomik büyümenin sağlanmasında beşeri sermaye unsurunu oluşturan insanlar ülkeler için oldukça önemli rol oynamaktadır. Romer (1986) ve Lucas (1988) bu konuya büyüme teorileri içerisinde dikkat çekerek beşeri sermayenin büyümede önemli bir değişken olduğunu belirtmişler ve beşeri sermaye gelişiminin ekonomik büyümeyi ve bir ülkenin refahını pozitif yönde etkileyebileceğine vurgu yapmışlardır. Beşeri sermayenin gelişiminde sağlık hizmetleri ön plana çıkan faktörlerden sadece bir tanesidir. Ancak ekonomik büyüme üzerinde sağlık hizmetleri beşeri sermayeler arasında oldukça önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimi ile daha sağlıklı işgücü oluşturarak dinamik ve yaratıcı niteliği gelişmiş personellerin istihdam edileceği düşünülmektedir. Ayrıca daha sağlıklı çalışanlarla daha verimli çalışma yeteneğinin oluşmasına katkı sağlanarak örgütsel verimin artırılacağı beklenmektedir (Akıncı ve Tuncer, 2016: 47).

Sağlık alanında yaşanan gelişmelere paralel bir şekilde, ülkelerin ekonomik göstergelerinden hareketle, ekonomisi daha güçlü olan devletler, ekonomik gücü iyi olmayan ülkelere göre sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırma kabiliyetine sahip oldukları görülmektedir. Bu sayede daha sağlıklı insanların oluşturduğu emek gücü yüksek bir topluma ulaşılmaktadır. Ülke ekonomisi içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir

(Yeğınboy, 1993). Bir ülkenin sağlık harcamaları, ülkenin iktisadi gelişmesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Aydemir ve Baylan, 2015: 418). Sağlık konusunda günümüzü göz ardı ederek geleceğe yönelik uzun vadeli planlar yapmak ülkelerin sağlık harcamalarına yönelik eksikliklerini gidermede geç kalmaları, ileride telafisi mümkün olmayan sorunlara yol açabilir (Gölcan, 2008: 24). Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacı (ister tedavi şeklinde olsun ister hastalığı önleme şeklinde olsun) insanların sağlıklı geçen ömrünü uzatmaktır (Bulutolu, 2001: 251). Önce insan sağlığı ardından toplumsal sağlığın korunması ve muhafaza edilmesi arzulanmaktadır. Sağlıklı insanlardan oluşun toplum sağlıklı bir ülkeyi meydana getirmektedir.

Sağlık bir açıdan ekonomik verimliliğin artmasını sağlayan beşeri sermayenin oluşturulması için başlıca bir girdi olarak görülürken, diğer açıdan ülkeler için bir kalkınma amacı kabul edilmektedir. Sağlıklı bir toplum ekonomik büyümenin motoru olarak görülür. Halk sağlığını iyileştirmenin ön koşulu olarak da ekonomik büyümenin belirleyici olduğu kabul edilmektedir (Şimşir vd, 2015: 44).

Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için, sağlık kavramının geniş manada incelenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık, sadece hastalığın olmayışı değildir. Sağlık aynı zamanda insanların tüm yaşamları boyunca kendi potansiyellerini geliştirecek olan yeteneklerini ifade etmek için kullanılan bir kavramı ifade etmektedir (Aydemir ve Baylan, 2015: 418). Sağlık kavramının bu özelliği günümüzün ekonomik değerlerinden bir tanesini oluşturmaktadır. Beşeri sermaye olarak kabul gören sağlık kavramının aynı zamanda manevi bir beşeri sermaye unsuru olduğu da bilinmektedir. Maddi olmayan sermayenin de tıpkı maddi sermaye gibi ekonomik büyümeye önemli katkı sağladığı düşünöldüğünde sağlık kavramının ekonomik değeri daha da iyi anlaşılmalıdır (Karagöl, 2003: 81-82).

Son yıllarda, ekonomik büyüme literatürüne katkı sağlayan teorik ve ampirik çalışmaların, ekonomik büyüme sürecinde beşeri sermayenin rolünü ön plana çıkaran tarzda araştırmalara ve incelemelere yer verdiği görölmektedir (Çetin ve Ecevit, 2010: 166). Sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisine yönelik çalışmalar incelendiğinde maalesef içsel büyüme/sağlıklı büyüme konusunun son yirmi yılın temel araştırma konuları arasında yer aldığı görülürken, sağlık ile büyüme ya da sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisine yeteri kadar önem verilmediği görölmektedir (Yetkiner, 2006: 83).

Sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini anlatan çalışmalar incelendiğinde, sağlık alanıyla alakalı bu anlamda sağlığın ekonomik yakınsamadaki önemini tartışmaya açan ilk düşünürlerin Knowles ve Owen (1995,1997) olduğu buna ilave olarak Mankiw, Romer ve Weil'in (1992) çalışmalarında sağlık ve eğitim değişkenlerini açık ve net bir şekilde ayırarak sağlığın uzun dönemli büyüme performansı üzerindeki etkisini ortaya koymaya çalıştıkları görülmektedir. Buna rağmen yürütülen çalışmalar üzerinde sağlık değişkeninin üretim teknolojisinde yer almasından kaynaklanan eleştirilere maruz kaldığı görülmektedir. Bunlara ilaveten, sağlığın hangi yöntem ve araçlar vasıtasıyla üretim teknolojisinde bulunduğu konusunun Knowles ve Owen tarafından geliştirilerek açıklığa kavuşturulduğu da bilinmektedir (Yetkiner, 2006: 84).

Yapılan birçok çalışmada beşeri sermaye olarak sağlığın genellikle eğitimle birlikte ekonomi üzerine etkisini konu alan çalışmalara yer verildiği görülmektedir. Bu durumun temel sebebi beşeri sermaye kuramcılarının göre bireylerin bilgi ve becerisini geliştirmesi iktisadi faaliyetlerdeki üretkenliğini artıran ana unsur olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak insanların eğitim alıp, iktisadi faaliyetlere katılabilmesi için sağlık düzeylerinin de önemli olduğunun anlaşılması üzerine sağlığın beşeri sermaye stokunda beraber değerlendirilmeleri gerektiğine yönelik araştırmalara hız verildiği görülmektedir (Karagül, 2002: 70). Beşeri sermayenin son zamanlarda önem kazanmasının ardından beşeri sermayenin bileşenleri olan sağlık ve eğitim harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin varlığını tespit etmeye yönelik yapılan çalışmaların bu nedenle arttığı yapılan çalışma sayılarından anlaşılmaktadır. Bu çalışmalarda genellikle dikkat çeken husus, eğitimin beşeri sermayenin ana kaynağı olduğunun bilinmesinin yanında sağlığın da bu kaynağı besleyen bir başka önemli bileşen olarak kabul görmesidir (Selim vd., 2014: 13).

Sağlık ve ekonomik büyüme alanında ilerleyen araştırmalarda, Grossman (1999) ilk kez sağlık unsurunu beşeri sermayeden ayrı olarak ele alıp ekonomik açıdan değerlendirmiştir. Bunun nedeni beşeri sermayenin, kişinin piyasadaki üretkenliğini artırırken sağlık sermayesinin kişinin mal ve para edinme zamanının miktarını belirlemede önemli rol oynamasıdır (Grossman, 1999: 2-5). Ancak sağlık sermayesinin de bireylerin üretkenliğini artırmasından dolayı sağlık sermayesini beşeri sermaye içerisinde kabul eden yaklaşımın benimsenmesini daha doğru bulan

düşünürlerde söz konusudur (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60). Bu sebeple beşeri sermaye stokunu geliştirmek isteyen bir ülkenin öncelikle toplumdaki sağlık düzeyini yükseltmesi gerekmektedir (Karagül, 2002: 71).

Dünyada az gelişmiş veya gelişmiş tüm ülkelerde ekonomik büyümeyi etkileyen çok sayıda faktörün olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden önemli bir kalemi sağlık oluşturmaktadır. Sağlık düzeyinin gelişimi ülkelerin ekonomik gelişimini hızlandıran bir etkiye yol açmaktadır (Mazgit, 1998: 405). Bu nedenle sağlık, iş gücü verimliliği ve getirdiği ekonomik yük sebebiyle ekonomik büyümeyi doğrudan etkileyen önemli unsurlardan bir tanesi olarak kabul görmektedir (Çetin ve Ecevit, 2010: 168).

Son yıllarda pek çok sebepten ötürü sağlık alanına yapılan yatırımlar, sağlık konusunda gerçekleştirilen harcama miktarının artması, toplumsal beklentiler, sağlık ve ekonomik büyüme konuları üzerinde durulmasını zorunlu hale getirmiştir. Sağlık, toplumun gelir düzeyi ve refahına, işçi verimliliğine, iş gücü katılımına, tasarruf ve yatırım oranlarına, demografik faktörler ile diğer beşeri sermaye faktörlerine doğrudan etki etmesi artan önemi de açıklamaktadır (Karagül, 2002: 72). Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere yapılan araştırmalar sonucunda ekonomik büyümenin sağlığa pozitif yönde etki ettiği, sağlıkta yapılan iyileştirmelerin de ekonomik verimliliğe ve büyümeye önemli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır (Atun ve Fitzpatrick, 2005: 6).

Sağlık harcamaları ekonomik büyüme üzerinde özendirici bir niteliğe sahiptir (Mushkin, 1962: 129). Bloom ve Canning (2000)'e göre sağlık harcamaları ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Bir toplumun ekonomisinde hem iktisadi etkinliklerin ölçeğinde gerçekleşen büyüme, hem de iktisadi faaliyetlerin toplam ölçeğindeki büyüme toplam nüfustaki büyümeden daha fazladır. Bu yüzden kişi başına hasılanın büyümesi ekonomik büyüme olarak adlandırılır (Tezel, 1989: 12). Sağlık, bireylerin sahip olduğu en önemli hazine olması yanında ülke ekonomisinin ve ülke refahının en önemli kaynağı olarak düşünülmektedir (Lusting, 2004: 15). Bu nedenle hayatlarını sağlıklı bir şekilde devam ettiren birey ve toplumlar, doğal kaynakları etkili bir şekilde kullanarak üretimde daha aktif rol oynayabilmekte ve böylece toplumsal refahın sağlanmasına yardım edebilmektedirler. Günümüzde gelişerek belirli bir refah seviyesine ulaşmış ülkeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilmek için her yıl

sağlık harcamalarına daha fazla kaynak tahsis etmişlerdir (Aydemir ve Baylan, 2015: 418).

2.2.1.Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi

Sağlık, insan hayatını sadece bireysel olarak değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik açıdan etkileyen önemli bir kavramdır (Deniz ve Sümer, 2017: 471). Beşeri sermaye kuramına göre insanların bilgi ve sahip olduğu beceri düzeyinin artması bireylerin ekonomik hayattaki üretkenliğini artıran bir etki ortaya çıkarmaktadır. Fakat kişilerin eğitim seviyelerini geliştirebilmeleri ve iktisadi faaliyetlere katılabilmeleri için sağlıklı olmaları ön koşul olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle eğitim ve sağlığın beşeri sermaye olarak beraber değerlendirilmesi gerektiği üzerinde birçok iktisatçı arasında bir fikir birliği bulunmaktadır (Karagül, 2002: 70). Karagül bu durumu şu şekilde açıklamaktadır.

“Ekonomik gelişmişlik ve beşeri sermayenin unsurlarından olan eğitim durumu ve sağlık düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır. Bu ilişki sağlıklı bir toplumdaki beşeri sermayenin sağlıklı bir topluma oranla daha kolay artırılabilmesinden kaynaklıdır. Ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı insanların gerek fiziksel gerekse zihinsel eğitimleri daha kolay olacaktır. Bu sebepten bir ülke beşeri sermaye stokunu artırmak istiyorsa öncelikle toplumun sağlık düzeyini yükseltmelidir” (Karagül, 2002: 71).

Yine Sab ve Smith (2001)’in ortaklaşa yürüttükleri bir alan araştırmasında ekonomik büyüme için sağlık ve eğitimin vazgeçilmez iki kalem olduğundan bahsettikleri görülmektedir. Benzer bir şekilde Mushkin’de (1962) de yürüttüğü bir çalışmada eğitim ve sağlık için yapılan eş zamanlı yatırımların ekonomik gelişme sürecinde olumlu etkilere yol açacağından söz etmektedir. Bu kapsamda eğitilmiş ve sağlıklı insanların toplumda tüketici ve üretici olarak daha etkin davranış kalıplarına sahip olacağı düşünülmektedir. Bunun yanında üzerinde durulması gereken başka bir husus ise sağlıklı kişilerin daha iyi eğitilebilir olmaları ve bu kişilerden oluşan iş gücünün üretimi artırıcı bir etken olması durumudur (Mushkin, 1962: 156). Ayrıca sağlıklı kişilerin eğitilmesiyle potansiyel olarak bu kişiler daha uzun süre yaşayacakları için eğitim yatırımlarından daha uzun süre faydalanma imkânı bulacaklardır. Bu

bağlamda eğitim ve sağlığın birbirini tamamlayan iki faktör olduğu geçeceği açık bir şekilde iktisat literatüründe kendine yer bulduğu görülmektedir (Karagül, 2002: 71).

Sağlık konusunun ekonomik büyüme üzerine etkisi konusu kapsamında insanların doğumlarıyla başlayıp ölüncüye kadarki yaşam aralığında karşı karşıya kaldıkları sağlıkla ilgili durumlar incelendiğinde sağlığın ekonomik boyutu daha iyi anlaşılacaktır. Bu kapsamda bebek ölüm oranlarından, ortalama yaşam süresine kadar pek çok sağlıkla alakalı durum ekonomi üzerinde önemli etkilere sahip olacaktır. Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki konusunda çok sayıda düşünürün çalışması mevcuttur bu çalışmalardan bazılarını kısa kısa değerlendirmek gerekirse;

Karagül, sağlık konusunda insanlık için ilk aşama olan bebeklerin doğumu yani hayatın bireyin sağlıkla tanıştığı ilk aşamada bu çerçevede bebek ölümlerinin ekonomik açıdan sermaye üzerindeki etkilerini ortaya koyarak sağlık ve ekonomik büyüme konusunda düşüncelerini şu şekilde dile getirdiği görülmektedir.

“Bebek ve çocuk ölüm oranlarındaki yükseklik, toplumları birçok yönden etkilemektedir. İlk olarak ölümlerin bir sonucu olarak toplumdaki sağlıklı insan sayısı azalmaktadır. Diğer taraftan bu nüfus kaybı ile birlikte harcanan emek ve sermaye de kayba uğramaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda kalanların sağlık durumları da yetersiz olacaktır. Bu kayıp ve yetersizliklerin varlığı, beşeri sermayenin kalitesini ve verimliliğini artırmayı olanaksız kılacaktır” (Karagül, 2002: 71-72).

Ülkelerin sağlık durumları ortaya konulurken kullanılan en önemli göstergelerden biri bebek ölüm oranlarıdır (DPT, 2006: 201). Aynı zamanda bebek ölüm hızı göstergesi insani gelişimin de bir göstergesi olarak dünyanın pek çok örgütü tarafından kabul görmektedir. UNICEF, UNDP, OECD ve WHO gibi uluslararası örgütler yapmış olduğu araştırmalarda bebek ölüm oranları göstergesini diğer göstergelerle birlikte raporlarında sıklıkla kullanarak yer vermiştir (The Task Force Report, 2005).

Kalemlı ve arkadaşları (2000), yaptıkları ortak bir çalışmada toplumların sağlık durumlarının göstergesi olarak kullanılan diğer bir ölçütün ortalama yaşam süresi olduğunu ifade etmişlerdir. Ortalama yaşam süresinin ekonomik boyutu konusunda Kalemlı ve arkadaşları şu açıklamalara yer vermektedirler;

“Ortalama yaşam sresindeki artış insanların aktif çalışma sürelerinin de artması anlamına geldiği için bu süre beşeri sermaye stokuna da büyük oranda etki etmektedir. Her insanın beşeri sermaye anlamında belirli bir yatırımının olduğu düşünülürse, beşeri sermayenin sabit sermaye yatırımdan faydalanma süresi ve dolayısıyla yatırımdaki verimlilik oranı da artacaktır ” (Kalemlı vd., 2000: 18).

Ortalama yaşam süresine ilave olarak doğumda yaşam beklentisi ülkedeki sağlık hizmetlerinin niteliği ve adaletli dağılımı hakkında ülkelerin sağlık ekonomisi planlamaları konusunda önemli bilgiler vermekle birlikte ülkelerin sağlık, kalkınma ve sosyal göstergeleri içinde önemli göstergelerin bir diğerini oluşturmaktadır (DPT, 2006: 201). Bu gösterge, gelir ve eğitim ile beraber kişisel kalkınmanın  önemli ayağından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. lkelerdeki yaşam beklentisi sağlıklı olan ve uzun süre yaşayan insan sayısına ilişkin önemli bilgiler verebilir. Doğumda yaşam beklentisi, kişi başı GSYİH ya da kişi başı sağlık harcamasında olduğu gibi ortalama bir ölçüm yaparak bütün toplum için ortalama bir değer vermektedir. Ama uzun bir ömür sürmek, sağlıklı olmak demek değildir. Ancak yapılan araştırmalarda uzun bir doğumda yaşam beklentisine sahip ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğunu da belirtmektedir (Yılmazer, 2002: 92). Günümüzde ülkelerin sağlık üretim fonksiyonunun bir çıktısı kabul ettiği doğumda yaşam beklentisi hesaplamaları, birçok ülke için önemli bir göstergedir. Ayrıca bu gösterge ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinde emeklilik yaşını hesaplamak için kullanılan ana kriterlerden biri olarak kullanılmaktadır (Nordhaus, 2005: 392). Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkiyi irdeleyen pek çok çalışmada farklı değişkenler kullanılmaktadır. Bir toplumdaki sağlık düzeyi ortaya konurken; doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları, ocuk ölüm oranları ile kaba ölüm oranları gibi göstergelerden yararlanır. Toplumun ekonomik düzeyini ortaya koymak için ise ülkenin milli geliri ve tüketim harcamalarının kullanıldığı görülmektedir (Feldstein, 1993: 22). Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, bir ülkenin

ekonomik durumunu belirleyebilmek için sadece gelir ve tüketim harcamalarına bakmak yeterli değildir. Bu yüzden farklı göstere arayışlarına gidilerek genel sağlık ve ekonomik göstergeler birlikte değerlendirilmiştir (Şenses, 2003: 96).

Folland ve arkadaşları, Amerika’da gelir düzeyindeki artışın sağlık üzerine artırıcı etkiye sahip olup olmadığı tespit etmek amacıyla bir alan araştırması yapmışlardır. Araştırmalar sonucunda gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin karmaşık ve çelişkili olduğunu belirlemişlerdir. Amerika’da yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren gelir seviyesinin artmasıyla birlikte kaba ölüm oranında ciddi azalmalar gözlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, gelirin artmasıyla birlikte teknolojinin de gelişmesi, kaba ölüm oranlarındaki azalmayı etkilediği düşünülmektedir (Folland vd., 2001: 91).

Preston’un gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada gelir ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde Preston’un şu düşünceye yer verdiği görülmektedir (Preston, 1975: 231).

“Tarihin ilk zamanlarından beri ekonomik koşulların ölüm üzerindeki etkisi herkes tarafından bilinmektedir. Preston çalışmasında gelir seviyesindeki artışın beslenme düzeyinde de iyileştirmelere yol açtığını vurgulamaktadır. Preston, yalnızca gelirle birlikte beslenme düzeyinin de artmasını, gelirle sağlık arasında bir ilişkinin varlığını ispatlamak için yeterli olduğu fikrini savunmaktadır.”

Bu çalışmalar dışında sağlık ve gelir arasındaki ilişkinin bir nedensellik ilişkisi olduğunu düşünen çalışmaların yapıldığı da görülmektedir. Bir ülkenin geliri sağlık harcamalarına, sağlık harcamaları toplum sağlığına ve yine toplumun sağlığı da ülke verimliliğine etki ettiği iddia edilmektedir. Bu ilişki gelirden sağlığa veya sağlıktan gelire olabildiği gibi çift yönlü olabileceği de düşünülmektedir. Döngünün şekli ülkeden ülkeye değişiklik gösterse de nedensellik ilişkisi farklı gelir gurubuna ait ülkelerde her iki şekilde de bu etki gözlenebilmektedir (Erdil ve Yetkiner, 2004: 702).

Bunların yanında sağlık harcamalarıyla kişi başına düşen geliri karşılaştıran ve bu anlamda sağlık harcamalarının gelir elastikiyetini hesaplayan, ayrıca sağlık

harcamalarını kamu ve özel kesim sağlık harcamaları açısından ele alan çalışmalara da yer verilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 203-205).

Bir başka araştırmada Taban ve Kar (2004), tarafından yürütülmüştür. Çalışmada sağlık harcamalarının ekonomiye etkisini uzun vadede söz konusu olacağını ifade ettikleri eserlerinde şu açıklamalara yer verdikleri görülmektedir.

“Beşeri sermaye yaklaşımında sağlık hizmetleri sağlık yatırımı gibi görülmektedir. Schultz başta olmak üzere diğer yazarlar, sağlık hizmetlerinin kişinin çalışma kabiliyetini koruyup geliştirdiğine inanır ve bu yüzden sağlık hizmetlerini insana yapılmış bir yatırım olarak değerlendirirler” (Taban ve Kar, 2004: 291).

Mazgit (2002) eserinde sağlığa yapılan harcamaları, iş gücünü koruyarak ve ileride ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını azaltarak, geleceğe yönelik bir tasarruf aracı olarak görmektedir. Mazgit'e göre gelişen insanın sağlık sermaye stoku beşeri sermayenin de önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık stokunu artıracak olan sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımlarının, beşeri sermayeyi artırarak ülke kalkınmasına önemli bir olumlu etkide bulunacağını belirtmektedir. Bu çerçevede Mazgit, şunları ifade etmektedir.

“Ekonomik gelişmişlik seviyesi belirli bir düzeye gelmiş toplumların sağlık için ayırdıkları kaynaklarının arttığı ve kişilerdeki sağlık bilincinin de yükseldiği görülür. Dolayısıyla sağlık hizmetlerindeki gelişim ekonomik büyümeyi de artırmaktadır” (Mazgit, 2002: 410).

Tüm bu düşüncelerin yanında sağlık durumunun eğitim durumundan farklı olarak beşeri sermaye üzerinde bir etkiye sahip olduğu yönünde düşüncelerde söz konusudur. Bu durum sağlığın dışsallık etkisine sahip olmasından kaynaklanmaktadır (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60). Bu konuyla alakalı Yetkiner'in 2006 da gerçekleştirdiği bir çalışmada sağlığın ekonomik etkileri arasında de dışsallık etkisinin önemli bir yere sahip olduğundan bahsettiği görülmektedir. Yetkiner'e göre,

“Bir çalışanın hanesinde hasta bir birey varsa o çalışanın emek verimliliğinin tam olması beklenilmez. Çünkü hem psikolojik olarak

etkilenir hem de vakit ayırmak zorunda kalacağı için verimliliği de azalır. Salgın bir hastalığın varlığı durumunda sayı olarak az kişi etkilense de, hastalığın bulaşıcı etkisinden dolayı üretimde olumsuz bir etki yaratabilmektedir” (Yetkiner, 2006: 84).

Sağlık alanında yapılan yatırımlar sadece sağlık harcamalarından ibaret değildir. Bu nedenle sağlık yatırımı denildiğinde sadece sağlık harcamaları düşünülmemesi gerekmektedir. Fakat sağlık yatırımları sağlık harcamalarıyla benzer şekilde ele alındığında genellikle ülkelerin sağlık seviyesi sağlık alanına yapılan harcamalarla birlikte değerlendirildiği görülmektedir. Bu nedenle toplumdaki sağlık durumunun iyiye gitmesi, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğünden ziyade kaynakların rasyonel kullanımının yanı sıra ülkelerin sosyoekonomik durumuyla yakından ilgilidir (Mazgit, 2002: 406). Bunların yanında sağlık ekonomisinin konusunu oluşturan sağlık çalışanları, sağlık alanına yönelik yapılan alt yapı harcamaları toplum için yatırım özelliği taşıyan, kişi için tüketim özelliği göstermektedir (Erkan, 1998: 27).

2.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi

Sağlık harcamaları kadar sağlık hizmetleri de ülkelerin ekonomilerini oldukça etkileyen önemli bir konudur. Ülkelerin sağlık hizmeti göstergelerinden de anlaşıldığı üzere sağlık hizmetleri ekonomi açısından önemli bir yere sahiptir. Bu konuda gereken incelemelerin doğru bir şekilde yapılması, ülkelerin ekonomik istikrarına katkı sağlayacaktır (Alpugan, 1984: 152). Sağlık harcamalarının sağlık ekonomisi üzerindeki etkilerine yönelik yapılan çalışmalara kısa kısa bakmak gerekirse komuyla alakalı çok sayıda çalışmanın yürütüldüğü görülmektedir.

Apugan (1984) çalışmasında insanların sağlıklı kalabilmek için sağlık hizmetlerinden faydalanmaları gerektiğine vurgu yaparak sağlığın ekonomik faydaları yanında psikolojik faydaları olduğuna da değinmektedir. Bu kapsamda Apugan çalışmasında şu düşünceleri ifade etmektedir.

“Birey kendisi için yeterli gördüğü sağlık düzeyinde bir değişiklik hissettiğinde, bir takım şüphe, acı ve ızdırap duymaya başlayacaktır. Bunlardan kurtulmak

için yararlandığı sağlık hizmetleri ekonomik olmayan yararlardır” (Alpugan, 1984: 152-153).

Sağlıklı olan bir bireyle sağlığını kaybeden bir insanın karşı karşıya kalacağı durum ve sağlığını korumak ve yeniden kazanmak için almak zorunda kalacağı sağlık hizmetleri için ayıracağı para ve zaman gibi unsurların ekonomi üzerindeki etkisi oldukça büyüktür. Emek piyasasında sağlık konusu bu nedenle daha da mühim bir yere sahip olacaktır. Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler üretim fonksiyonunu etkileyerek emek hizmetlerinin düzeyinde bir artışa yol açacaktır. Çalışma hayatında işgücü sağlıklı olduğunda işlerin tamamlanabilmesi için daha az zaman harcanmaktadır ve çalışanların daha çok etkin ve verimli iş yapmalarına fırsat verilmektedir. Ayrıca sağlıklı emek gücü hızlı bir ekonomik büyümeye önemli katkılar sağlayacaktır (Talas, 1972: 80).

Sağlık konusunu eğitim ve büyümeyle ilişkilendirerek anlatan Başol (1994), bununla alakalı şu ifadeleri kullanmaktadır.

“Sağlık-egitim-büyüme ilişkisinde, dikkati çeken ilk olgu, sağlıklı insanların eğitim esnasında olumlu davranışlar göstermeleridir. Bu olumlu davranışlar sebebiyle sağlıklı bireyler eğitimde daha başarılı olmaktadır. Eğitimin kalkınma üzerindeki etkileri ise, insan sermayesi yaklaşımı kapsamında ele alınmaktadır. Bu yüzden, eğitimin ekonomik büyüme üzerine etkisini veri alarak, sağlıkla eğitim arasındaki ilişkilerin belirtilmesi, sağlık-egitim-büyüme ilişkisinin açıklanmasında yeterli görülmüştür” (Başol, 1994: 114).

Sağlık konusu ekonomi biliminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bunun arkasında yatan neden ekonominin, insanların sınırsız tüketim taleplerini sınırlı “kıt” kaynaklarla en iyi nasıl tatmin edileceğini inceleyen sosyal bir bilim dalı olmasından kaynaklanmaktadır (Ertek, 2005: 1). Sağlık konusunun da kıt bir kaynak olarak ele alınması doğrudan ekonomiyi ilgilendirmektedir. Kıtlık konusunun birçok ekonomi tanımında ortak bir nokta olarak ele alındığı bilinmektedir.

Örneğin, Tokalaş (2006) da ekonomiyi, sınırlı kaynaklarla sonsuz olan ihtiyaçları karşılamak için bireylerin veya toplumun mal ve hizmetlere yönelik

seçimlerini, bunların üretim, dağıtım ve tüketimini inceleyen ve tatmin düzeyini maksimize etmenin yollarını arayan bir bilim dalı olarak tanımlamaktadır. Bu kıtlık sağlık alanını da doğrudan ekonominin inceleme alanına sokmaktadır. Sağlıkla ekonomi arasındaki ilişkiyi Tokalaş şu şekilde ifade etmektedir.

“Kaynaklar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da sınırsız değildir. Sağlık politikalarını belirleyen ülkeler kaynaklarının kıt olması sebebiyle, sağlık koşullarını geliştirmek için istedikleri her faaliyeti gerçekleştiremezler. Bu yüzden ekonominin temel kavramlarından yararlanmaları mecburidir” (Tokalaş, 2006: 10) .

Bir sağlık sisteminde istenilen durum, sağlıkla alakalı maliyetler dikkate alınmaksızın mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmeti sunabilmektir. Ancak bu hizmetlerin verilebilmesi için maliyetlerin göz ardı edilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetleri faydalarıyla birlikte maliyetleriyle de dikkate alınmak zorundadır (Aslan, 1998: 275).

Sağlıkla alakalı fayda maliyet analizi de sağlık ekonomisinin ilgi alanına girmektedir. Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki, ekonomik sistemin sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi sürecinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık konusuyla alakalı bir ekonomik sistemden beklenenleri Balsak şu şekilde sıralandırmaktadır (Balsak, 2004: 31).

- Sağlık bakımına maksimum miktarda kaynak ayrılması,
- Kaynakların en uygun şekilde bir araya getirilmesi,
- Toplumun her ferdine sağlık hizmetinin en uygun şekilde dağıtılması,
- Mevcut sağlık hizmeti faaliyetleri ile gelecekteki sağlık hizmetleri için yapılacak yatırımlarda kaynak dağılımının en uygun şekilde yapılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve araç-gereçlerdir. Sağlık sisteminin çıktılarını ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin varlığı sağlığın korunması amacıyla kullanılan ve geliştirilmesi gereken sağlık girdilerinden sadece bir tanesini oluşturmaktadır (Tokalaş, 2006: 12- 13).

Ülkelerin ekonomik göstergelerine paralel olarak, beslenme, barınma, eğitim, gelir seviyesi, yaşam tarzı, çalışma koşullarındaki iyileşmeler, yeni sağlık teknolojilerinin kullanılması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin girdileri arasında kabul görmektedir. Sağlık sistemi ise, hedefleri doğrudan insan ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla her türlü hizmeti içinde bulunduran girdi, süreç, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütünü ifade etmektedir (Yıldırım ve Tarcan, 2000: 2).

Toplum ve insanlar için sağlıklı olmak, en temel ihtiyaçtır ve diğer mal ve hizmetler sağlık olmadan hiçbir anlam ifade etmez (Sophia Witter, 2002: 4). Bu gerekçeyle, sağlık vazgeçilmez bir servet olarak değerlendirilir (WHO, 1981: 19). Ekonomi bilimi de bu değerlerin korunması ve sürdürülebilir olması için çaba sarf etmektedir.

Toplumun yaşam kalitesinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinin toplumun büyük kesimlerine ulaşabilmesini sağlayarak, iş gücüne katılımı ve işçi verimliliğini artırmakta ve dolayısıyla da ülkenin üretim kapasitesini pozitif yönde etkilemektedir. Yani toplumdaki sağlık düzeyi yükseldikçe, toplam çıktıya dolayısıyla da ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır (Deniz ve Sümer, 2017: 473).

Sağlık hizmetlerinin üretimini devletler tamamen piyasa koşullarına bırakamaz, bu sadece piyasa başarısızlığı ya da etkin bir kaynak tahsisi olmaması gibi ekonomik nedenlerden kaynaklanmaz. Çünkü sağlıklı bir yaşam hem insan hakkı, hem de anayasal bir haktır (Çilingiroğlu, 2001: 1592). Kıt olan her şey gibi sağlık alanındaki kaynakların da sınırlı olması, var olan kaynakların doğru kullanılmasını, kullanılan birim kaynaktan maksimum fayda sağlayan işlerin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bütün bu nedenlerden dolayı doğru tercihler yapabilmek, kaynak israfını önleyebilmek ve sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yapılmasını sağlayabilmek için sağlık ekonomisine ve rehberliğine ihtiyaç duyulmaktadır (Deniz ve Sümer, 2017: 472). Sağlık günümüzde ekonominin vazgeçilmez bir parçası haline almıştır bu nedenle sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma ve çalışmaların sayısı her geçen gün giderek arttığı görülmektedir.

2.2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkın Ekonomik Boyutu

Bu bölümde Türkiye’de sağlık sisteminin temel özelliklerinden hareketle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki önemine ve sağlık harcamalarının ekonomik boyutuna yer verilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki örgütlenmenin en belirgin özelliği, “karmaşık” bir yapıya sahip olmasıdır. 1982 Anayasası’na göre, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasından Sağlık Bakanlığı birinci derecede sorumludur. Ancak Türkiye’de sağlık hizmetini sunan tek kurum Sağlık Bakanlığı değildir. Sağlık Bakanlığı dışında birçok bakanlığında sağlık alanıyla alakalı hizmet sunduğu bilinmektedir. Bakanlıklar dışında kamu iktisadi kuruluşları, bankalar, üniversiteler, silahlı kuvvetler, bazı sivil toplum kuruluşları, özel sektör de doğrudan sağlık hizmeti sunan kamu örgütleri arasında yer almaktadır (Aydemir ve Baylan, 2015: 421). Diğer yandan, bütün bu karmaşık yapı içinde, Sağlık Bakanlığı, ülke düzeyindeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu olup en yaygın hizmet ağına sahip kamu kuruluşudur (Akdu, 2006: 36).

Türkiye’de sağlık alanına yapılan harcamalar temelde kamu sektörü ve özel sektör kaynaklarınca finanse edilmektedir. Merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları kamu sektörü tarafından yapılan harcamaları oluşturmaktadır (Aydemir ve Baylan, 2015: 421). Özel sektör harcamaları ise genellikle hane halkının kendi cebinden yaptığı ödemeler, şirketlerin personelleri için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan örgütlerin harcamalarından meydana gelmektedir (Özbay, 2007: 178).

Türkiye’de sağlık sistemi hizmet arz edenler ve hizmet talep edenler olarak farklılık göstermektedir. Sağlık sektöründe hizmet arz edenler, özel kesim ve kamu kesimidir. Hizmeti talep edenler ise sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar şeklinde iki kısımdan oluşmaktadır. Atasever (2014)’e göre sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlar açısından 2002-2013 döneminde en önemli artışın Sosyal Güvenlik Kurumu’nun harcamalarında yaşandığı görülmektedir. Yine Atasever, “*Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi*” adlı eserinde, 2002 yılına oranla 2013 yılında SGK’nın sağlık harcamalarında 5,2 kata yakın bir yükseliş olduğunu ifade ederken, bu artışın en önemli sebepleri olarak, SSK

hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrini, özel hastanelerin SGK'lılara açılmasını, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması gösterilmiştir.

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık sisteminin ana finansman modeli olarak sosyal sigorta modelinin büyük oranda korunduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana hedeflerinden biri sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaktır. Bu nedenle sağlığa yapılan yatırım ve harcamaların maliyet etkinliğini artırmak ve ilaç harcamalarından ziyade, koruyucu hekimliği ve aile hekimliğini destekleyen politikalara öncelik verilmesi hedeflenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık Bakanlığı 2013 Faaliyet Raporu’na göre cari harcamaların kamuya ait kişisel sağlık harcamaları, ilaç ve tedavi harcamalarını kapsadığı görülmektedir. Kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları ise koruyucu sağlık ve temel sağlık harcamaları ile sağlık yönetimi kapsamında yer alan personel ve diğer cari harcamalardan oluşmaktadır. Tüm bu sayılan unsurlara sağlık yatırımları da dâhil edilmektedir. Kamusal sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının artması büyük ölçüde kamunun kişisel sağlık harcamalarındaki artışından kaynaklandığı düşünülmektedir (Deniz ve Sümer, 2017: 473).

Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’nin sürdürülebilir bir ekonomik büyüme sağlamasında ve sosyo-ekonomik gelişmişliğini artırmasında sağlık harcamaları önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca Türkiye için sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu bilinmektedir. Bu ilişkinin karşılıklı olarak birbirlerinin gelişimini tetikleyen dinamikler olması önem derecesini daha da artırmaktadır. Özellikle 2003 yılı sonunda hayata geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde edilen kazanımların daha da geliştirilmesi için politika yapıcıların sağlık harcamalarının miktar ve kalitesini geliştirecek politikaları hayata geçirmesi ile ekonomik büyüme daha da gelişecek ve ekonomik büyümeyi geliştirecek politikaları hayata geçirmesi ile de sağlık harcamalarına ayrılan paylar artarak sağlık hizmetlerinin de niceliği ve niteliği artırması beklenmektedir (Akıncı ve Tuncer, 2016: 59).

Devlet ve ülke yönetimi için sağlıklı bir topluma sahip olmak kadar, onun sağlıklı bir şekilde sürdürülebilir kılınması da önemlidir. Bir ülkedeki ekonomik yapı ve

sosyolojik çevre sağlık sistemini desteklediği sürece sağlıklı bir toplumdaki bahsetmek mümkün olabilir. Nitekim ekonomi yönetimi sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak bulmaya çalışırken, özel idare ve yerel yönetimler de çevresel koşulların insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için gerekli tedbirleri almakla görevlendirilmişlerdir. Sağlık, sağlık hizmetleri ve dolayısıyla da sağlık ekonomisi gelişmekte olan ülkeler için gün geçtikçe daha önemli bir hale gelmeye başlamıştır. Bunun nedenleri şöyle ifade etmek mümkündür. Ulusal ve bireysel düzeyde artan sağlık harcamaları, ekonomik yapıdaki gelişme ve değişimler, tıp teknolojisindeki hızlı gelişmeler ve demografik yapıdaki değişimler bunlar arasında ilk sırada gelenlerdir (Deniz ve Sümer, 2017: 472).

Günümüzde başta Türkiye olmak üzere tüm devletler sağlık konusuna eğilmek ve sağlığı ekonomik büyümeyle ilişkilendirerek sağlıkla alakalı harcamalarını, yatırımlarını, planlarını bu kapsamda yapmak zorundadır.

2.3.MENA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölge Ülkeleri (MENA) ele alınarak MENA ülkelerinin sosyo-ekonomik durumları hakkında kısaca bilgi verilecektir. Ardından MENA ülkelerinin sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle olan ilişkisi, Dünya Bankası'ndan elde edilen veriler ışığında, son dönemdeki durumları karşılaştırılarak incelenecektir.

2.3.1. Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölge Ülkeleri (MENA Ülkeleri)

Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgesinde yer alan MENA Ülkeleri olarak nitelenen devletlerin standart bir tanımlaması bulunmamaktadır. Literatürde farklı tanımların yapıldığı görülmektedir. Dünya Bankasının yaygın olarak kullandığı tanım içerisinde yer alan ülkeler aşağıdaki Tablo 7'de gösterilmektedir (Worldbank, 2017); (Dumper vd., 2007).

Tablo 7:Yaygın Kabul Edilen Tanıma Göre MENA Ülkeleri

Cezayir	Bahreyn	Mısır
İran	Irak	İsrail
Ürdün	Kuveyt	Lübnan
Libya	Fas	Umman
Filistin	Katar	Suudi Arabistan
Sudan	Suriye	Tunus
Birleşik Arap Emirlikleri	Yemen	

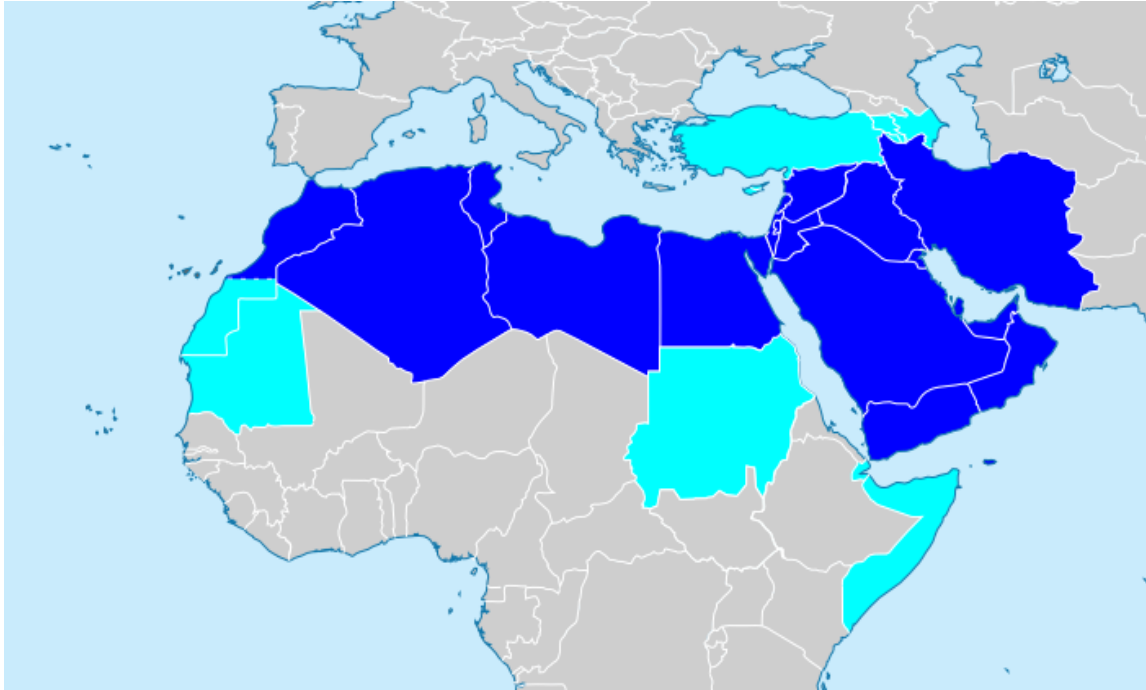
Tablo 7’de yer alan Cezayir, Bahreyn, Mısır, İran, Irak, İsrail, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Libya, Fas, Umman, Filistin, Katar, Suudi Arabistan, Sudan, Suriye, Tunus, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen’e ilave olarak bazı kaynaklarda MENA Ülkeleri arasında Tablo 8’ de gösterilen ülkelerin eklendiği görülmektedir.

Tablo 8:Kısmen MENA Ülkesi Kabul Edilen Ülkeler

Afganistan	Ermenistan	Azerbaycan
Çad	Kıbrıs	Cibuti
Eritre	Gürcistan	Mali
Moritanya	Nijer	Pakistan
Türkiye	Somali	Güney Sudan
Sahra Demokratik Arap Cum.		

Dünya Bankasının tanımına göre Tablo 8. de gösterilen, Afganistan, Ermenistan, Azerbaycan, Çad, Kıbrıs, Cibuti, Eritre, Gürcistan, Mali, Moritanya, Nijer, Pakistan, Türkiye, Somali, Güney Sudan, ve Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti’nin de MENA ülkeleri arasında yer aldığı kabul edilmektedir. Tablo 7 ve Tablo 8’de yer alan ülkeleri birleştirerek dünya üzerinde MENA ülkelerinin yerini görmek amacıyla Şekil 5’de yer alan haritayı incelemek faydalı olacaktır.

Şekil 5: MENA Ülkelerinin Haritası



Kaynak: OECD (2017)

Türkiye'nin ve komsularının da içinde bulunduğu toplam 36 ülkenin MENA Ülkesi olarak kabul edildiği görülmektedir. Haritada siyah renkle gösterilen ülkeler genel kabul gören MENA Ülkelerini, gri renkle belirtilen ülkeler ise kısmen MENA ülkesi olarak kabul edilen ülkeleri ifade etmektedir.

2.3.2.MENA Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Göstergeleri

Bu başlık altında MENA ülkelerine ait sağlık harcamalarını gösteren bazı göstergelere yer verilmektedir. Bunlar, sağlık harcamaları göstergeleri ve sağlık statüsü göstergeleri olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.3.2.1.Sağlık Harcamaları Açısından Sağlık Göstergeleri

Sağlık harcamaları göstergeleri olarak toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı, kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı, özel sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı, cepten sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki payı, yıllık kişi başı sağlık harcama miktarı, 1000 kişiye düşen doktor, hemşire ve yatak sayılarına ait veriler dikkate alınmıştır.

2.3.2.1.1.MENA Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının / GSYİH Oranı

Dünya Bankası ekonomik büyümeyi, kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hâsılının yüzde artışı olarak ölçer ve bunu da yaşam beklentisindeki artışı açıklayan temel bir gösterge olarak kabul etmektedir (World Bank, 1993). Tablo 9’da MENA ülkelerine ait Toplam Sağlık Harcamalarının (TSH), Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içerisindeki oranı gösterilmektedir.

Tablo 9:MENA Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları/GSYİH Oranı

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistan	..	8,07	9,20	7,87	8,52	8,13	8,18
Azerbeycan	4,67	7,86	5,33	5,01	5,37	5,54	6,04
Bahreyn	3,51	3,16	3,64	3,40	4,37	4,69	4,98
Birleşik Arap Emir	2,38	2,32	3,93	3,70	3,45	3,49	3,64
Cezayir	3,49	3,24	5,12	5,29	6,14	7,12	7,21
Cibuti	5,75	7,21	8,84	8,71	8,95	9,14	10,57
Çad	6,28	3,91	2,95	3,17	3,00	3,42	3,62
Eritre	4,43	2,97	3,24	3,06	2,98	3,01	3,34
Ermenistan	6,25	5,25	4,56	3,71	4,48	4,55	4,48
Fas	4,18	5,06	5,86	5,99	6,15	5,94	5,91
Güney Sudan	..	..	..	..	2,77	2,62	2,74
Gürcistan	6,94	8,60	10,05	9,38	8,57	7,25	7,42
Irak	..	4,13	3,82	3,32	5,26	5,92	5,54
İran	4,47	6,06	8,02	7,12	6,98	6,49	6,89
İsrail	7,13	7,44	7,36	7,39	7,73	7,89	7,81
Katar	2,18	3,01	2,09	1,93	2,16	2,15	2,19
Kıbrıs	5,77	6,37	7,23	7,54	7,44	7,46	7,37
Kuveyt	2,51	2,38	2,76	2,62	2,57	2,56	3,04
Libya	3,41	2,71	3,05	4,77	4,30	4,33	4,97
Lübnan	10,86	8,42	7,19	7,12	6,99	6,63	6,39
Mali	6,29	6,34	6,35	6,59	6,47	6,58	6,86
Mısır	5,55	5,06	4,80	5,04	5,29	5,46	5,64
Moritanya	5,26	4,21	3,28	2,87	3,36	3,63	3,77
Nijer	6,01	7,15	6,36	6,66	6,11	5,09	5,82
Pakistan	2,79	2,91	3,02	3,01	2,76	2,70	2,61
Sudan	3,23	3,18	7,97	8,03	8,20	8,42	8,43
Suriye	4,92	4,11	3,28	3,23	3,25	3,25	3,25
Suudi Arabistan	4,24	3,42	3,49	3,57	3,86	4,25	4,68
Tunus	5,40	5,57	6,54	7,15	7,18	7,26	7,00
Türkiye	4,95	5,45	5,61	5,29	5,24	5,38	5,41
Umman	3,07	2,59	2,74	2,49	2,52	2,76	3,55
Ürdün	9,65	8,88	8,42	8,39	8,00	7,23	7,45

Yemen	4,14	4,58	5,17	5,04	5,73	5,78	5,64
--------------	------	------	------	------	------	------	------

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 9 incelendiğinde Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içinde toplam sağlık harcamaları (TSH) oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında 2000’li yıllarda Lübnan %10,86, Ürdün, %9,65 ve İsrail %7,13’lük oranla ilk üç ülke içinde yer alırken, 2014 yılı verilerine bakıldığında Cubiti %10,57 ile ilk sırayı alırken Sudan %8,43, Afganistan ise %8,18 ile ilk üçü paylaştığı görülmektedir. Türkiye’de ise bu oranın 2014 yılı itibariyle %5.41 olarak gerçekleştiği görülmektedir. 2014 yılı itibariyle en düşük orana sahip üç ülke ise sırasıyla %2,18 ile Katar, %2,61 ile Pakistan ve %2,74 ile Güney Sudan olduğu gözlemlenmektedir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Somali gibi MENA ülkelerine ait veri temini konusunda sıkıntı yaşanıldığı için Tablo 9’da yer verilmemiştir.

2.3.2.1.2.MENA Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/GSYİH Oranı

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları oranı devletin sağlık harcamalarındaki yerini anlamak için bakılması gereken bir diğer sağlık göstergesi verisidir. Tablo 10’da MENA ülkelerine ait kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranları verilmiştir.

Tablo 10: MENA Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/ GSYİH Oranı

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistan	..	0,80	2,86	2,08	2,92	2,65	2,93
Azerbaycan	0,87	0,88	1,17	1,08	1,21	1,15	1,23
Bahreyn	2,36	2,16	2,59	2,38	2,76	3,02	3,15
Birleşik Arap Emir	1,68	1,37	2,83	2,73	2,55	2,56	2,64
Cezayir	2,56	2,28	3,59	3,78	4,52	5,19	5,24
Cibuti	3,90	4,94	5,15	5,02	5,26	5,32	6,75
Çad	2,67	1,56	1,19	1,53	1,42	1,77	1,98
Eritre	1,59	1,10	1,42	1,41	1,38	1,38	1,53
Ermenistan	1,14	1,91	1,92	1,94	1,88	1,95	1,93
Fas	1,23	1,44	2,07	2,09	2,18	1,96	2,00
Güney Sudan	..	..	..	..	0,92	0,92	1,14
Gürcistan	1,18	1,65	2,29	1,70	1,21	1,28	1,55
Irak	..	2,78	2,82	2,49	3,28	3,72	3,34
İran	1,86	2,33	2,68	2,48	2,69	2,73	2,84
İsrail	4,46	4,41	4,61	4,62	4,87	4,86	4,75

Katar	1,57	2,54	1,62	1,51	1,83	1,85	1,88
Kıbrıs	2,40	2,66	3,43	3,51	3,41	3,47	3,33
Kuveyt	1,91	1,90	2,33	2,26	2,19	2,17	2,61
Libya	1,66	1,75	2,14	3,02	3,02	3,02	3,65
Lübnan	3,21	3,74	2,71	2,74	3,24	3,05	3,04
Mali	2,07	3,04	2,81	3,02	2,25	1,13	1,57
Mısır	2,25	1,99	1,87	1,99	1,91	2,06	2,16
Moritanya	2,77	2,03	1,52	1,28	1,37	1,73	1,87
Nijer	1,52	2,98	2,16	2,45	2,21	2,46	3,21
Pakistan	0,61	0,69	0,95	0,92	1,02	0,99	0,92
Sudan	0,89	1,09	2,70	2,56	1,87	1,86	1,80
Suriye	1,99	2,08	1,51	1,51	1,51	1,51	1,51
Suudi Arabistan	3,05	2,48	2,27	2,50	2,75	3,10	3,49
Tunus	2,96	2,87	3,83	4,17	4,16	4,23	3,97
Türkiye	3,11	3,70	4,41	4,21	4,15	4,23	4,19
Umman	2,51	2,13	2,27	2,04	2,08	2,41	3,19
Ürdün	4,64	4,76	5,92	5,91	5,51	4,87	5,19
Yemen	2,24	1,55	1,30	1,35	1,57	1,41	1,27

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 10 incelendiğinde Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içinde kamu sağlık harcamaları (KSH) oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında 2000’li yıllarda Ürdün, %4,64 ve İsrail %4,46, Cibuti %3,90’lık oranla ilk üç ülke içinde yer alırken; 2014 yılı verilerine göre Cibuti %6,75 ile ilk sırayı almakta Cezayir %5,24, Ürdün ise %5,19 ile Cibuti’yi takip etikleri görülmektedir. Türkiye’de ise bu oran 2014 yılı itibariyle %4,19 olarak gerçekleşmektedir. 2014 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla %0,91 ile Pakistan, %1,14 ile Güney Sudan ve %1,23 ile Azerbaycan olduğu görülmektedir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Somali gibi ülkelere ait veriler temin edilemediği için tabloya konulmamıştır.

2.3.2.1.3.MENA Ülkelerindeki Özel Sağlık Harcamalarının / GSYH’ya Oranı

Bir diğer sağlık göstergesi, toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payını gösteren göstergedir. Tablo 11’de MENA ülkelerinde özel sağlık harcamasının GSYİH’ya oranı verilmiştir.

Tablo 11: MENA Ülkelerinde Özel Sağlık Harcamasının/ GSYİH'ya Oranı

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistan	..	7,27	6,34	5,79	5,60	5,48	5,25
Azerbeycan	3,80	6,98	4,17	3,93	4,16	4,39	4,81
Bahreyn	1,15	1,00	1,04	1,02	1,60	1,67	1,83
Birleşik Arap Emir	0,70	0,95	1,10	0,97	0,90	0,93	1,01
Cezayir	0,93	0,95	1,52	1,52	1,62	1,94	1,96
Cibuti	1,85	2,28	3,69	3,69	3,69	3,82	3,82
Çad	3,61	2,35	1,76	1,63	1,58	1,64	1,64
Eritre	2,85	1,87	1,82	1,65	1,59	1,63	1,81
Ermenistan	5,12	3,35	2,64	1,77	2,61	2,60	2,55
Fas	2,95	3,62	3,79	3,90	3,97	3,98	3,91
Güney Sudan	..	..	..	..	1,86	1,70	1,60
Gürcistan	5,76	6,95	7,76	7,68	7,36	5,97	5,86
Irak	..	1,35	1,00	0,83	1,98	2,20	2,20
İran	2,61	3,73	5,33	4,65	4,30	3,76	4,05
İsrail	2,51	2,88	2,67	2,71	2,87	3,04	3,06
Katar	0,60	0,48	0,47	0,42	0,32	0,29	0,31
Kıbrıs	3,37	3,71	3,78	4,00	3,99	3,94	4,04
Kuveyt	0,60	0,48	0,43	0,36	0,38	0,39	0,43
Libya	1,75	0,96	0,92	1,75	1,28	1,31	1,31
Lübnan	7,66	4,68	4,48	4,38	3,76	3,58	3,35
Mali	4,22	3,30	3,54	3,57	4,22	5,44	5,29
Mısır	3,30	3,08	2,92	3,05	3,38	3,41	3,49
Moritanya	2,48	2,17	1,76	1,59	1,75	1,70	1,90
Nijer	4,48	4,17	4,20	4,21	3,90	2,63	2,61
Pakistan	2,18	2,23	2,06	2,09	1,74	1,71	1,70
Sudan	2,34	2,09	5,27	5,47	6,33	6,56	6,63
Suriye	2,93	2,03	1,77	1,73	1,75	1,75	1,75
Suudi Arabistan	1,18	0,94	1,23	1,07	1,11	1,14	1,19
Tunus	2,43	2,70	2,71	2,99	3,02	3,04	3,04
Türkiye	1,83	1,75	1,20	1,08	1,09	1,16	1,22
Umman	0,56	0,46	0,47	0,45	0,44	0,35	0,36
Ürdün	5,02	4,12	2,50	2,48	2,50	2,36	2,26
Yemen	1,90	3,03	3,87	3,69	4,16	4,37	4,37

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 11 incelendiğinde Gayrisafı Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içinde Özel Sağlık Harcamalarının (ÖSH) oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında 2000’li yıllarda Lübnan %7,66, Ermenistan, %5,12 ve Ürdün %5,02’lik oranla ilk üç ülke içinde yer alırken; 2014 yılı verilerine göre Sudan %6,63 ile ilk sırayı almakta, Mali %5,29, Afganistan ve Gürcistan ise %5,29 ile Sudan’ı takip etmektedir. Türkiye’de ise bu oran

2014 yılı itibariyle %1,22 olarak gerçekleşmektedir. 2014 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla %0,31 ile Katar, %0,36 ile Umman ve %0,43 ile Kuveyt olduğu görülmektedir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Somali'ye ait veri temini konusunda yaşanan sıkıntıdan dolayı tabloda yer verilmemiştir.

2.3.2.1.4.MENA Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

MENA ülkelerinde gerçekleşen Özel Sağlık Harcamalarının en önemli kalemini oluşturan hane halkı sağlık harcamasının diğer bir adıyla Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları'nın, GSYH içerisindeki oranı Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12: MENA Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistan	..	99,52	99,63	99,56	99,56	99,56	99,56
Azerbeycan	77,68	92,75	88,58	89,04	89,13	89,69	90,55
Bahreyn	67,98	68,37	61,41	60,24	68,66	68,73	63,51
Birleşik Arap Emir	74,27	73,51	64,38	64,38	64,38	64,38	64,38
Cezayir	96,72	95,18	96,98	97,23	97,28	97,28	97,28
Cibuti	98,53	98,85	99,22	99,22	99,22	99,22	99,22
Çad	96,20	90,98	85,86	86,33	86,33	86,33	86,33
Eritre	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ermenistan	94,55	96,73	96,57	98,45	93,84	93,84	93,85
Fas	76,58	83,48	88,34	88,34	88,34	88,34	88,34
Güney Sudan	..	..	..	..	92,80	93,01	92,59
Gürcistan	99,43	95,05	89,50	79,25	72,67	74,09	74,09
Irak	..	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
İran	96,23	89,22	86,79	85,24	81,30	81,30	81,30
İsrail	80,48	75,51	67,31	67,03	67,56	68,92	68,93
Katar	100,00	100,00	71,01	63,46	57,65	48,15	48,15
Kıbrıs	95,74	80,83	86,89	84,57	87,67	88,86	88,93
Kuveyt	93,16	90,54	90,54	90,54	90,54	90,54	90,54
Libya	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Lübnan	80,67	77,16	73,15	74,74	69,51	69,51	69,51
Mali	99,10	99,53	97,93	92,42	75,90	61,50	61,77
Mısır	97,57	98,24	95,76	93,67	90,07	90,07	90,07
Moritanya	94,72	94,62	91,96	85,74	85,31	86,55	86,99
Nijer	87,83	92,42	90,49	91,21	94,84	76,67	76,67
Pakistan	81,49	86,34	88,65	88,59	86,79	86,79	86,79
Sudan	89,94	88,97	95,81	95,87	95,87	96,06	96,06

Suriye	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Suudi Arabistan	66,07	59,96	56,44	54,34	54,98	55,51	56,17
Tunus	80,11	84,16	86,52	87,25	87,28	87,06	87,06
Türkiye	74,57	70,78	76,25	75,49	76,28	77,94	78,71
Umman	64,39	59,74	60,20	59,63	59,35	55,97	56,49
Ürdün	74,94	86,27	73,49	70,20	69,15	68,97	68,83
Yemen	94,57	97,95	98,62	98,63	98,66	98,67	98,68

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 12 incelendiğinde Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içinde Cepten Sağlık Harcamaları (CSH) oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında 2000’li yıllarda Eritre, Libya, Katar ve Suriye’nin %100 oranını paylaştıkları görülmektedir. Yine 2014 yılı verilerine bakıldığında da Eritre, Libya ve Suriye’nin %100 oranına sahip oldukları görülmektedir. Türkiye’de ise bu oran 2014 yılı itibariyle %78,71 olarak gerçekleşmektedir. 2014 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip ilk üç ülke ise sırasıyla %48,14 ile Katar, %56,16 ile Sudi Arabistan ve %56,48 ile Umman olduğu gözlemlenmektedir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Somali’ye ait veriler temin edilemediği için tabloya konulmamıştır.

2.3.2.1.5.MENA Ülkelerinde Kişi Başı Yıllık Sağlık Harcama Miktarı (\$)

MENA ülkelerinde yaşayan insanların yıllık sağlık harcamaları için ödediği ortalama miktarlar Tablo 13’de gösterilmektedir.

Tablo 13:MENA Ülkelerinde Yıllık Kişi Başı Sağlık Harcama Miktarı (\$)

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistan	..	21,90	52,89	52,38	58,17	53,37	56,57
Azerbaycan	30,30	121,89	310,15	358,26	399,50	432,42	471,41
Bahreyn	476,89	581,65	741,57	756,55	1006,91	1142,50	1242,84
Bir. Arap Emir	814,14	935,02	1349,45	1473,34	1433,11	1551,35	1610,80
Cezayir	61,30	100,36	228,92	286,97	335,27	345,65	361,73
Cibuti	44,27	65,68	120,11	128,23	141,97	153,96	190,76
Çad	10,42	25,81	26,42	31,32	29,18	33,67	37,10
Eritre	8,86	7,78	14,63	16,67	18,81	20,75	25,20
Ermenistan	38,83	86,10	143,06	127,01	149,93	158,98	161,55
Fas	53,46	99,08	165,63	182,64	178,72	184,23	190,05
Güney Sudan	..	..	..	..	26,19	26,99	30,05
Gürcistan	44,99	123,40	274,86	323,43	327,69	286,07	302,60
Irak	..	55,49	144,98	164,05	294,16	339,35	292,00
İran	229,50	177,77	455,45	545,23	510,59	414,70	350,74

İsrail	1490,05	1515,13	2247,65	2460,50	2514,57	2853,69	2910,29
Katar	651,80	1603,30	1483,09	1716,89	2031,81	2067,51	2106,36
Kıbrıs	753,35	1448,76	2038,20	2235,67	1964,82	1889,87	1819,11
Kuveyt	490,55	848,79	1041,03	1244,30	1309,07	1252,53	1385,78
Libya	245,62	211,95	394,34	307,86	655,43	516,07	371,72
Lübnan	579,03	449,54	630,23	621,85	626,09	597,19	568,71
Mali	15,13	26,98	39,46	45,61	43,17	43,87	47,77
Mısır	77,72	63,81	125,50	139,00	160,76	159,11	177,77
Moritanya	25,08	29,13	39,61	39,92	43,12	47,47	48,84
Nijer	8,91	17,86	22,33	25,20	23,16	20,78	24,40
Pakistan	15,50	22,36	30,95	36,66	33,47	33,64	36,15
Sudan	15,04	34,94	118,97	120,34	112,65	119,38	129,84
Suriye	57,89	63,78	95,14	85,53	70,98	68,83	66,45
Suudi Arabistan	373,09	453,80	655,07	829,25	961,34	1052,10	1147,45
Tunus	119,46	177,84	270,94	305,08	297,74	309,47	305,31
Türkiye	206,75	386,19	565,87	557,47	555,06	588,20	567,63
Umman	266,88	320,77	546,64	539,86	551,58	562,89	675,04
Ürdün	171,34	209,68	341,27	357,76	354,06	336,79	358,91
Yemen	25,27	42,54	67,75	64,65	73,91	78,52	79,94

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 13’de MENA ülkelerinde yaşayan insanların sağlık için yıllık kişi başı harcadıkları sağlık harcama miktarı dolar bazında verilmektedir. Tablo 13 yıllık kişi başı sağlık harcama miktarı en yüksek olan ülkeler arasında 2000 yılında Birleşik Arap Emirlikleri 2033 \$, Katar 1928 \$ ve İsrail 1761 \$ ile ilk üç ülkeyi oluşturmaktadır. 2014 yılı verilerine göre Katar 3071 \$, İsrail 2599 \$, Sudi Arabistan 2465 \$, ile ilk üç ülke arasında yer almaktadır. Türkiye’de ise bu oran 2014 yılı itibariyle 1036 \$ olarak tespit edilmektedir. 2014 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla 51\$ ile Eritre, 53 \$ ile Nijer ve 72 \$ ile Güney Sudan olduğu görülmektedir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Somali’ye ait verilere ulaşılamadığı için Tablo 13’de yer verilmemiştir.

2.3.2.1.6.MENA Ülkelerinde Doktor Sayısı (Her 1000 Kişiye Düşen)

Bir sağlık harcaması kalemi olan doktor sayısının sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Bu kapsamda MENA ülkelerinde yaşayan insanların tedavi aldıkları 1000 kişiye düşen doktor sayıları incelendiğinde şu sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

MENA ülkelerinde yaşayan her 1000 hasta başına düşen doktor sayıları incelendiğinde, 2000’li yıllarda hasta başına düşen en yüksek doktor oranıyla ilgili olarak 4,7 ile Gürcistan’ın birinci, 3,7 ile İsrail’in ikinci ve 3,6 ile Azerbaycan’ın üçüncü ülke olduğu görülmektedir. En son yayınlanan 2010 yılı verilerine göre ise Katar 7,7 ile birinci, Gürcistan 4,7 ile ikinci ve 3,7 ile Azerbaycan’ın üçüncü olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise bu oranın 2010 yılı itibariyle 1,5 olarak gerçekleştiği belirtilmektedir. 2010 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla Nijer 0,01, Somali 0,03 ve 0,08 ile Mali’dir. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Eritre ve Güney Sudan’a ait verilerin World Bank Health Statistics, (2017) verileri içinde yer almadığı görülmektedir.

2.3.2.1.7.MENA Ülkelerinde Hemşire Sayısı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Bir sağlık harcaması kalemi olan hemşire sayısının sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Bu kapsamda MENA ülkelerinde yaşayan insanların tedavi aldıkları 1000 kişiye düşen hemşire sayıları Tablo 15’de gösterilmektedir.

MENA ülkelerinde yaşayan her 1000 hasta başına düşen hemşire sayıları incelendiğinde 2000’li yıllarda hasta başına düşen en yüksek hemşire sayısı ile alakalı olarak 3,5 ile Birleşik Arap Emirliği, ilk sırada yer alırken, 3,09 ile Ürdün ikinci sırada ve 3,001 ile Omman üçüncü sırada yer almaktadır. En son yayınlanan 2010 yılı verilerine göre ise Katar 11,8 ile birinci, Azerbaycan 7,5 ile ikinci ve 6,8 ile Libya üçüncü olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise bu oranın 2010 yılı itibariyle 2,1 olarak gerçekleşmektedir. 2010 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip ilk üç ülke ise sırasıyla Afganistan 0,07 ile birinci, Nijer ve Somali ise 0,01 ile ikinciliği ve üçüncülüğü paylaşmaktadır. Bunun yanında Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Eritre ve Güney Sudan’a ait verilerin World Bank Health Statistics, (2017) verileri içinde yer almadığı görülmektedir.

2.3.2.1.8.MENA Ülkelerinde Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Bir diğer sağlık harcaması kalemi olarak MENA ülkelerinde yer alan hastanelerdeki her 1000 kişiye düşen yatak sayılarına ilişkin veriler incelendiğinde 2000’li yıllarda 1000 hasta başına düşen en yüksek hastane yatak sayısı ile ilgili olarak

en yüksek 8,6 ile Azerbaycan ilk sırada yer alırken, 6,1 ile İsrail ikinci sırada ve 5,4 ile Ermenistan üçüncü sırada yer almaktadır. En son yayınlanan 2010 yılı verilerine göre ise İsrail ve Kıbrıs 3,5 ile birinciliği paylaşırken, Türkiye 2,5 ile üçüncü ülke olmuştur. 2010 yılı itibarıyla en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla Mali 0,1 ile birinci, Afganistan 0,4 ile ikinci ve Pakistan 0,6 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bunun yanında, Cezayir, Elitre, Libya, Moritanya, Fas, Somali, Güney Somali, Sudan, Suriye, Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti, Filistin ve Tunus'a ait verilerin World Bank Health Statistics, (2017) verileri içinde yer almadığı görülmektedir.

2.3.2.2. MENA Ülkelerinde Sağlık Durumu Göstergeleri

Çelik (2011)'e göre sağlık statüsü ölçümünde geleneksel sağlık göstergeleri olarak mortalite¹, morbidite², doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı gibi ölçümler ülkelerin sağlık durumlarıyla alakalı gösterge olarak kullanıldığını ifade edilmektedir. Bu kapsamda MENA ülkelerinde bahsedilen sağlık göstergelerine değinmekte fayda vardır.

2.3.2.2.1. MENA Ülkelerinde Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi

Doğumdan beklenen yaşam süresi, belirli bir yılda doğan bir insanın ortalama kaç yıl ömür süreceğini gösteren bir ölçüttür. Bu ölçüye ait değerler ülkenin ölüm ve nüfus kayıtlarına dayanarak yaşam tablosu yöntemi³ ile hesaplanır. Sağlık düzeyini gösteren ölçütler arasında en önemli olanlardan birisi olarak kabul edilir. Yaşam beklentisi, bir insanın yaşam yıllarının ortalama rakamsal ifadesi olarak yaşama umudunu içine alan bir kavramdır. Gelişmiş ülkelere doğumda beklenen yaşam süresi gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere nazaran daha uzun olacağı beklenmektedir (Çelik, 2011: 27). Bebek ölümlerinin doğumda beklenen yaşam süresi üzerine büyük etkisi bulunmaktadır. Tablo 14'te MENA ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam sürelerine ait verilere yer verilmektedir.

¹ Mortalite: Ölüm oranı anlamına gelir.

² Morbidite: Belirli bir toplumdaki hasta nüfusun toplam nüfusa oranını ifade eder.

³ Yaşam Tablosu Yöntemi: Hayatlarının herhangi bir döneminde tedaviye başlayan veya ameliyat olan hastaların ölüm riskleri meydana geldiğinde, bu hastaların yaşam sürelerinin incelenmesinde kullanılan bir yöntemdir (İnceoğlu,2013:4).

Tablo 14: MENA Ülkelerinde Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Afganistan	55	57	59	59	60	60	60	61
Azerbeycan	67	69	70	71	71	71	71	71
Bahreyn	75	75	76	76	76	77	77	77
Bir. Arap Emir	74	76	77	77	77	77	77	78
Cezayir	70	72	74	74	74	75	75	75
Cibuti	57	58	60	61	61	62	62	62
Çad	48	48	50	50	51	51	52	52
Eritre	56	59	61	62	63	63	64	64
Ermenistan	71	73	74	74	74	75	75	75
Fas	69	70	73	73	73	74	74	74
Güney Sudan	49	51	54	54	55	55	56	56
Gürcistan	72	73	74	74	74	75	75	75
Irak	69	68	68	69	69	69	69	70
İran	70	72	74	74	75	75	75	76
İsrail	79	80	82	82	82	82	82	82
Katar	77	77	78	78	78	78	79	79
Kıbrıs	78	79	79	80	80	80	80	80
Kuveyt	73	74	74	74	74	74	75	75
Libya	71	71	72	72	72	72	72	72
Lübnan	74	77	78	79	79	79	79	80
Mali	49	53	56	57	57	58	58	58
Mısır	69	69	70	71	71	71	71	71
Moritanya	60	61	62	62	63	63	63	63
Nijer	51	54	58	59	60	61	61	62
Pakistan	63	64	65	65	66	66	66	66
Somali	51	52	54	54	55	55	55	56
Sudan	58	60	62	62	63	63	63	64
Suriye	73	74	72	71	71	70	70	70
Suudi Arabistan	73	73	74	74	74	74	74	74
Tunus	73	74	75	75	75	75	75	75
Türkiye	70	72	74	74	75	75	75	75
Umman	72	74	76	76	77	77	77	77
Ürdün	72	73	73	74	74	74	74	74
Yemen	60	62	63	63	63	64	64	64

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 14’de MENA ülkelerinde yaşayan insanların ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam sürelerine ilişkin veriler incelendiğinde 2000’li yıllarda ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam süresinin uzunluğuyla alakalı olarak İsrail 78 yaş ile birinci,

Kıbrıs 77 yaş ile ikinci, Katar'ın 76 yaş ile üçüncü sırada olduğu görülmektedir. En son yayınlanan 2015 yılı verilerine göre ise İsrail 82 yaş ile birinci, Kıbrıs 80 yaş ile ikinci ve Lübnan 79 yaş ile üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye ise doğumdan beklenen yaşam süresi 75 yaş olarak yer almaktadır. 2015 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip ilk üç ülke ise sırasıyla Çad 51 yaş, Somali 55 yaş ve Güney Sudan 56 yaş ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bunun yanında, Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti ve Filistin'e ait veriler veri tabanında yer almadığı için Tablo 14'e konulmamıştır.

2.3.2.2.2.MENA Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı ile bebek ve beş yaş altı çocukların ölüm hızı kastedilmektedir. Bebek ölüm hızı ülkeler arası sağlık düzeyinin karşılaştırılmasında en çok kullanılan göstergelerinden birisi olarak kabul görmektedir. Bebek ölüm hızı sağlık bakım hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri hakkında genel bir fikir vermesi açısından önemlidir. Bebek ölüm hızı bir yıl içinde bir ülkede bir yaşına girmeden ölen bebeklerin o yılda canlı doğan bebeklere oranlanması ile hesaplanır. Tablo 15'de MENA ülkelerinde ölü doğan bebeklerin ölüm hızlarına yer verilmektedir.

Tablo 15: MENA Ülkelerindeki Bebek Ölüm Hızı (1000'de)

Ülkeler	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Afganistan	95,4	84,4	75,1	73,4	71,7	69,9	68,1	66,3
Azerbeycan	60,6	44	33,9	32,5	31,2	30	28,9	27,9
Bahreyn	10,9	9,3	7,1	6,7	6,3	5,9	5,6	5,3
Birleşik Arap Emir	9,6	8,4	7,3	7	6,7	6,4	6,1	5,9
Cezayir	33,9	28,8	23,5	22,8	22,4	22,1	22	21,9
Cibuti	79,7	71,1	62,2	60,5	58,9	57,4	55,8	54,2
Çad	105,7	100,4	93,6	91,9	90,2	88,4	86,7	85
Eritre	58,3	47,2	39,4	38,2	37	36	35	34,1
Ermenistan	26,6	20,8	16,1	15,3	14,6	13,8	13,2	12,6
Fas	42,2	34,5	28,5	27,4	26,4	25,5	24,6	23,7
Güney Sudan	109,5	86,4	70,6	68,3	66,1	64	62	60,3
Gürcistan	31,2	21,9	14,9	13,8	12,8	12	11,3	10,6
Irak	35,8	33	30	29,3	28,7	27,9	27,2	26,5
İran	28,6	21,7	16,4	15,7	15,1	14,5	13,9	13,4
İsrail	5,6	4,5	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2
Katar	10,6	8,9	7,7	7,5	7,3	7,2	7	6,8
Kıbrıs	5,5	3,9	3	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
Kuveyt	10,9	10,1	9,2	8,9	8,5	8,1	7,7	7,3

Libya	24,2	19,8	14,3	13,9	12,9	12,4	11,9	11,4
Lübnan	17,1	12,1	8,7	8,3	7,9	7,6	7,3	7,1
Mali	116	96,7	82,9	81	79,2	77,6	75,9	74,5
Mısır	37	29,2	24,3	23,4	22,6	21,8	21	20,3
Moritanya	76,2	74,7	70,1	69,2	68,1	67,2	66,1	65,1
Nijer	101,1	82,3	66,1	63,7	61,6	59,8	58,4	57,1
Pakistan	87,7	80	73,5	72,1	70,6	69,1	67,4	65,8
Somali	105,3	105,3	97,8	95,1	92,6	90,1	87,4	85
Sudan	67,8	59,9	53,3	52,2	51,1	49,9	48,8	47,6
Suriye	19,8	16,1	13,2	12,8	12,6	12,1	11,7	11,1
Suudi Arabistan	19,4	16,8	14,7	14,2	13,8	13,3	12,9	12,5
Tunus	26,3	19,6	14,9	14,2	13,6	13,1	12,6	12,1
Türkiye	32,1	23,2	16,4	15,3	14,2	13,2	12,3	11,6
Umman	14,3	10,9	10	10	10	10	10	9,9
Ürdün	23,2	20,4	17,8	17,3	16,8	16,3	15,8	15,4
Yemen	69	54,5	42,4	40,3	38,4	36,7	35,1	33,8

Kaynak: World Bank Health Statistics, (2017)

Tablo 15 incelendiğinde 2000’li yıllarda MENA ülkelerinde ölü doğan bebeklerin ölüm hızlarının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla Çad ve Mali 17 bebek ile birinci sırada yer alırken, Güney Sudan 16 bebek ile onları takip etmektedir. 2015 yılı verilerine göre ise Çad 13 bebek ile birinci sırada yer alırken, Gürcistan, Somali, Güney Sudan 11 bebekle Çad’ı takip etmektedir. Türkiye’de bu oran 5’tir. 2015 yılı itibariyle en düşük oranlara sahip üç ülke ise sırasıyla Katar, Birleşik Arap Emirlikleri 1 bebekle birinci sırada yer alırken, Bahreyn ve Kuveyt 2 bebekle ikinci sırayı paylaştıkları görülmektedir. Bunun yanında, Sahra Demokratik Arap Cumhuriyeti ve Filistin’e ait veriler veri tabanında yer almadığı için Tablo 15’e konulmamıştır.

BÖLÜM 3: MENA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE PANEL VERİ ANALİZİ

Sağlık konusu gerek insan, gerekse toplum için vazgeçilmez bir değerdir. Zira bir toplumun devamlılığından ve gelişebilmesinden bahsedebilmek için öncelikle içinde bulundurduğu toplumun sağlıklı bireylerden oluşması gerekir. Bu nedenle bireyler, devletler ve hatta uluslararası örgütler sağlık konusuna çok daha fazla önem vermek zorundadır. Bu zorunluluk devletlerin refahı ve sürdürülebilirliği açısından ciddi bir kaynağı tahsis etmeyi de beraberinde getirir. Dolayısıyla ekonomi boyutuyla düşünüldüğünde sağlığın ciddi bir ekonomik sektör olduğu görülecektir. Bu nedenle ülke ekonomilerinin olanak verdiği ölçüde sağlık harcaması yapmaları ekonomilerinde önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin büyümesi için yapılan sağlık harcamaları beşeri sermayeyi geliştirip, iktisadi büyümeye katkı sağlayan bir etki ortaya çıkarmaktadır (Akıncı ve Tuncer, 2016: 47). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi literatürde pek çok çalışmaya konu olmuştur. Aşağıda öncelikle bu çalışmalarla ilgili dünyada ve Türkiye’de gerçekleştirilen araştırmalara yer verilmektedir. Ardından çalışmada kullanılan ekonometrik yöntem tanıtılmakta, devamında regresyon modeli ile veri setine yer verilmektedir. Son olarak MENA ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları, Dünya Bankasından elde edilen verilerden hareketle panel veri analizine tabi tutularak elde edilen bulgular ışığında genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

3.1.LİTERATÜR TARAMASI

Gary Becker vd. nin 20. yüzyılın ortalarında geliştirdiği beşeri sermaye teorisi, eğitim ve sağlığı iki temel yapı taşı olarak ele almıştır. Bu teori, beşeri sermayenin ülkelerin gelir farklılıklarını dolayısıyla ekonomik büyümedeki farklılıklarını açıklamada önemli bir paya sahip olduğu görüşünü savunmaktadır. Bu olgu tarihsel perspektif açısından ele alındığında Adam Smith ve Alfred Marshall’ın çalışmalarına kadar uzandığı düşünülmektedir (Çetin ve Ecevit, 2010: 167).

Reinhart (1999) çalışmasında, hükümet harcamalarıyla doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişkinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ele almıştır. İki unsur arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yönünde sonuçlara ulaşmıştır. Sorkin (1977) sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz eden ilk çalışmalar arasında gösterilmektedir. Sorkin (1977) sağlık göstergesi olarak doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı kullanılmıştır. Çalışmada bir ülkede bebek ölüm hızındaki düşüşün, ekonomik büyüme üzerine pozitif bir katkı sağladığı belirtilmektedir. Buna rağmen, gelişmiş ülkelerde toplumun sağlık durumlarındaki gelişmelere rağmen ekonomik büyüme üzerinde çok az olumlu katkı sağladığı sonucuna da vurgu yapmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, gelişmekte olan ülkelere sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi gelişmiş ülkelere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir.

Bhargava vd. (2000), gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ekonomik büyüme ile sağlık arasındaki ilişkiyi 1965-1990 dönemini kapsayan beş yıllık veriler kullanılarak test etmişlerdir. Çalışma sonucunda ekonomik büyüme ile sağlık arasında pozitif ancak zayıf bir ilişkinin varlığını saptamışlardır. Benzer şekilde Kelly (1997), 1970 ve 1980 yılları arasında yetmiş aşkın ülkeyi kapsayan araştırmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye anlamlı bir katkısının olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Akram (2009), 1972–2006 dönemini kapsayan çalışmasında sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, kişi başına düşen GSYİH'nın uzun dönemde sağlık göstergeleri tarafından olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Strauss ve Thomas (1998), sağlık ve verimlilik arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış oldukları bir araştırmaya göre hastalık türleri ve beslenme alışkanlığı gibi bazı sağlık göstergeleriyle fiziksel verimlilik arasında bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Dormont vd., (2008)'e göre ABD, Avrupa ve Japonya'da kamu sağlık harcamalarının olası etkileri potansiyel büyümeyi ve verimliliği pozitif yönde etkilediği ifade edilmektedir. Bu etkinin arkasında yatan neden olarak gelişmiş ekonomilerin sağlık hizmetlerinin kamu bütçelerinden karşılanmasını göstermektedir.

Sab ve Smith (2001), çalışmalarında ekonomik büyüme için sağlık ve eğitimin vazgeçilmez olduğunu ifade etmektedirler. Mushkin (1962) çalışmasında eğitim ve sağlığa yapılan eş zamanlı yatırımların ekonomik gelişme sürecinde olumlu etkiler

sahip olduğunu iddia etmektedir. Buradan hareketle sağlıklı ve eğitilmiş kişilerin toplumda tüketici ve üretici olarak daha etkin davrandıklarını tespit etmiştir. Diğer bir ifadeyle sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilir olmaları ve bu insanlardan yetişen iş gücünün üretimi artırıcı bir faktör olduğu savunulmaktadır. Ayrıca sağlıklı insanların eğitilmesi durumunda bu kişilerin daha uzun süre yaşayacakları düşünüldüğünde eğitim yatırımlarından daha uzun süreli faydalanma imkânı oluşacağı düşünülmektedir. Bu noktada eğitim ve sağlığın birbirini tamamlayan iki unsur olduğu açık bir şekilde görülmektedir (Karagül, 2002: 71).

Yetkiner (2006), sağlığın ekonomi üzerine etkilerinden birinin dışsallık etkisi olduğunu ifade etmektedir. Yetkiner (2006)'ya göre "Eğer bir çalışanın hane halkından birisi hasta ise, o çalışanın emek verimliliğinin eksiksiz olduğundan söz edilememektedir. Çünkü hem psikolojik etkiler hem de hasta insanın tedavisi için zaman ayırmak zorunda kalması çalışanın verimsiz yapmaktadır. Diğer taraftan salgın hastalıklarda, sayısal olarak az kişi etkilense bile, salgın hastalıkların bulaşıcı etkilerinden dolayı üretim üzerinde yıkıcı bir etki olacağı ifade edilmektedir" (Yetkiner, 2006: 84).

Temiz ve Korkmaz (2007), Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, 1965-2005 dönemini kapsayacak şekilde Johansen Kointegrasyon Testinden faydalanarak ele almıştır. Bu dönem aralığında GSYİH ile doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı verilerinden yararlanılmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre, doğuştan yaşam beklentisiyle ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olmasına rağmen, bebek ölüm hızından ekonomik büyümeye doğru negatif bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Ecevit ve Çiftçi (2008), Türkiye'de 1960 ile 2005 dönemine ait GSYİH, doğuştan yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı ve doktor başına hasta sayısı verilerini kullanarak sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi benzer şekilde Johansen kointegrasyon testi ve hata düzeltme modeli çerçevesinde incelemiştir. Sonuç olarak doktor başına düşen hasta sayısı ile GSYİH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir.

Kar ve Ağır (2003), Türkiye’de 1926 ile 1994 dönemine ait seçilmiş sağlık göstergeleri ve GSYİH verilerinden yararlanarak, sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini nedensellik bağlamında incelediği görülmektedir. Yapılan incelemeler sonucunda, doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının yatak sayısı, sağlık kurumlarının sayısı ve sağlık personeli başına düşen kişi sayıları gibi göstergelerden hareketle, sağlık kurumları sayısı ile reel GSYİH arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi görülmemiştir. Buna karşın, diğer sağlık göstergeleri ile reel GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edildiğinden söz edilmektedir.

Taban (2004), 1968 ile 2003 yıllarına ait veriler kullanarak yaptığı çalışmada, sağlık göstergesi verileri olarak doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının sayısı, yatak sayısı, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, gibi verileri kullanarak analiz yapmışlardır. Sonuç olarak yapılan analizlerde sağlık kurumlarının sayısı dışında kalan veriler ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), Türkiye verilerinin kullanıldığı çalışmalarında 1980-2005 yılları arasında sağlık harcamalarının, doğuşta yaşam beklentisi ve GSMH serileri ile olan ilişkisini inceleyerek sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Analizler sonucunda Türkiye’de sağlık harcamalarından hasılaya doğru bir nedensellik ilişkisinin mevcut olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ancak bu ilişkinin küçük olduğu ve negatif yönde ortaya çıktığı görülmektedir. Diğer taraftan doğuşta yaşam beklentisinden hasılaya doğru bir nedenselliğin bulunduğunu belirtmişlerdir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini ortaya koymak amacıyla, Türkiye için 2006 ile 2012 yılları arasında GSYİH ve sağlık harcamaları değişkenleri kullanarak yapmış olduğu analiz sonucunda, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönem eş bütünleşme ilişkisi tespit etmişlerdir. Elde edilen bu sonuç, literatürde daha önce yapılan çalışmaları destekler nitelikte olup, ekonomide büyümeyi hedefleyen ülkelerin sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırması gerektiğini ortaya koymuştur.

Selim vd. (2014), 27 AB üyesi ülke ve Türkiye’ye ait 2001 ile 2011 yılları arasında kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun

dönemli ilişkiler panel eş bütünleşme ve hata düzeltme modelleri kapsamında incelemiştir. Elde edilen bulgulara göre kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Ngangeu ve Manfred (2015) tarafından yürütülen, 2000-2013 yılları arasını kapsayan bir araştırmada yaşam beklentisinin gelişiminin ekonomik büyümeye olan etkisi panel veri analizi ile incelenmiştir. İncelemeye dahil edilen 141 gelişmekte olan ülkede yaşam beklentisinin ekonomik büyümeye etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Kişilerin iyileştirilmiş ömür beklentisinin ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Baird vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen 59 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan bir başka çalışmada sağlık ve gelir arasındaki ilişkinin güçlü olduğu, ancak gelirdeki iyileşmelerin sağlık durumu üzerinde nedensel bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Yapılan analizlerde toplam gelirdeki kısa dönem dalgalanmaların bebek ölümlerini nasıl etkilediğinin araştırıldığı çalışmada kişi başına düşen GSYİH ile bebek ölümleri arasında büyük, negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Akar (2014), Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH ile olan ilişkisini sağlık harcamalarının nispi fiyatını ele alarak analiz etmeye çalışmıştır. Analiz sonucunda sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve GSYİH değişkenleri arasında kısa dönemli bir ilişki bulunmamasına rağmen, çalışmada ele alınan değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin söz konusu olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın bir önceki bölümünde, sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ortaya koyan teorik ve ampirik literatür incelenmişti. Bu bölümde ise, sağlık ve ekonomik büyüme arasında ampirik bir ilişkinin olup olmadığı test edilmeye çalışılacaktır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle ekonometrik yöntemle değinilip, ardından veri seti ve ekonometrik modelden bahsedilerek, araştırmadan elde edilen bulgulara ve genel değerlendirmeye yer verilecektir.

Atılgan vd, (2017) 1975-2013 yılları arasında Türkiye’de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz ederek sağlık ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki beklentisi test edilmek istenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre

kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki % 1'lik bir artışın kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla oranında % 0.434'lük bir artış sağlayacağını ortaya koymuştur. Böylece sağlığa dayalı büyüme hipotezinin Türkiye için desteklendiğini sonucuna ulaşmıştır.

3.2. EKONOMETRİK YÖNTEM

İktisat alanında gerçekleştirilen ampirik çalışmalarda genellikle üç çeşit veri seti kullanıldığı görülmektedir. Bunlar; yatay kesit verileri, zaman serisi verileri ve panel veriler şeklinde gruplandırılmaktadır (Gujarati, 2009: 23). Panel veri analizi, özellikle tahmin tekniklerinin ve teorik açıdan kapsamlı sonuçların geliştirilmesinde zengin ve geniş bir içerik sunmasından dolayı, ekonometrik alan yazınındaki en işlevsel ve yenilikçi alanlardan birisi olarak kabul görmektedir (Bozkurt, 2013: 72). Bu yöntemin kullanılması ile ülkelerin ayrı ayrı etkilerinin hesaplamalara dahil edilmesine olanak sağlanır (Daşdemir, 2008: 101). Bu bağlamda, çalışmada 32 MENA ülkesinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında bir ilişki olup olmadığı anlamak için panel veri yöntemi tercih edilmiştir.

Analizlerde panel veri yöntemini kullanmanın temel sebebi, panel verilerin pür zaman serisi veya yatay kesit verileriyle karşılaştırıldığında çok sayıda avantaja sahip olmasından kaynaklanmaktadır. En yalın haliyle, panel veriler zaman ve birim boyutu hesaba katıldığında örneklemedeki gözlem sayısı artmakta, serbestlik derecesini yükseltmekte ve bağımsız değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantıyı en aza indirmektedir. Bu nedenle, uygulanacak testlerin gücünde önemli gelişmeler görülmekte ve elde edilecek olan tahminlerin etkinlikleri artmaktadır. Genel olarak anlatılan bu avantajların yanı sıra panel veri, modele ilave edilen kukla değişkenler sayesinde, yatay kesit birimleri arasındaki bireysel farklılıkları ve zaman boyutundaki zamansal farklılıkları belirleme kapasitesine sahip olabilmektedir (Nargeleçekenler, 2011: 168).

Ekonometrik analizlerde panel veri yöntemini kullanmanın başlıca faydalarını Baltagi (2005): Bireysel heterojenliği kontrol etme, analizlerde dinamik ayarlama konusunda daha uygun olması, panel veri yönteminin etkilerin ölçülmesi ve tanımlanması noktasında zaman serisi veya yatay kesit verilerine oranla daha faydalı olması, panel veri modelleri davranışsal modellerde diğer modellerden daha uygun bir yöntem olarak görülmesi, araştırma verileri hakkında panel verinin kullanılmasıyla daha

çok bilgi, değişkenlik, serbestlik seviyesi ve etkinlik sağlanabilmesi ve bu sayede, göstergeler arasında daha az eş doğrusallık elde edilebilmesi şeklinde sıralamaktadır (Baltagi, 2005: 4-6). Kısaca özetlemek gerekirse panel veriler zaman serisi verileri ve yatay kesit verileri kullanmak iktisadi açıdan büyük bir zenginlikle ampirik bir analiz yapabilme olanağı sunmaktadır (Tarı, 2011: 476).

3.2.1. Panel Veri Analizi

Panel veri aynı yatay kesit üzerinde yer alan birey, firma ve ülke gibi birimlerin değişik dönemlerde tekrarlanabilen gözlemlerinin havuzlanması olarak ifade edilmektedir. Panel veri, geniş yatay kesit verilerinin kısa bir zaman süreci için gözlemlenebilmesi durumunda kısa panel olarak adlandırılırken, az sayıdaki yatay kesit verilerinin uzun zaman süreci için gözlemlenebilmesi durumu ise uzun panel olarak adlandırılmaktadır (Bilginoğlu ve Maraş, 2011: 63). Her bir birimin tüm zamanlar boyunca gözlemlenebildiğı panele dengeli, bazı birimlerin bazı dönemlerine ait bilgilerin kayıp olduğı panellere de dengesiz panel adı verilmektedir. Panel veri analizi regresyon ve zaman serileri analizinin birleşimi olarak kabul edilmekte ve bu analiz varyans modellerine dayanmaktadır (Taş vd., 2013: 44).

Günümüzde en yaygın kullanılan analiz yöntemleri arasında panel veri yöntemi ilk sıralarda gelmektedir. Panel veri uygulanması birimler veya zaman dilimi boyunca gözlenemeyen etkileri modele dahil etmesi noktasında önemli bir avantaj sağlamaktadır. Bu gözlenemeyen etkiler, sabit veya rassal olmasına göre sınıflandırılmaktadır (Arı ve Zeren, 2011: 41-42). Bu modellerin yanında analizlerde havuzlanmış regresyon modeli de önemli bir yere sahiptir. Panel verilerde kullanılan modeller çoğu zaman verilerin birleşimini gösteren havuzlanmış en küçük kareler (POLS), sabit etkiler modeli (FE) ve rassal etkiler modeli (RE) şeklinde gruplara ayrılmaktadır (Nargeleçekenler, 2011: 168). Bu modellere yönelik açıklamalar aşağıda verilmektedir.

3.2.1.1. Sabit Etkiler Modeli

Sabit etkiler modeli panel veri ile yapılan tahminlerde kullanılan en basit modellerden bir tanesidir (Özer ve Biçerli, 2004: 71). Sabit etkiler modelinde, birimlerin davranışlarındaki farklılıklar sabit terimdeki farklılıklarla saptanmaya çalışılır. Bu

modelde her bir yatay kesit değişkeni için sabit katsayıların farklı olması ve eğim katsayılarının aynı olması bireysel etkilerin görülebilmesine olanak vermektedir (Göleksiz ve Alagöz, 2012: 137). Bu modelde sabit terim grup-spesifik sabit terim olarak isimlendirilir (Özer ve Biçerli, 2004: 71). Sabit etkiler modeli sabit katsayı birimlere göre değişirken, zamana göre sabit kalmaktadır. Aynı zamanda eğim katsayıları hem zaman hem de kesit için aynı seviyede gerçekleştiği kabul edilmektedir (Gömlüksiz ve Alagöz, 2012: 137). Modeldeki sabit nitelmesi katsayısının birimlere göre değişebileceğini, fakat zamana göre sabit kalacağını ifade etmektedir (Greene, 2003: 285). Sabit etkiler modelinde, başlangıç noktasının tüm yatay kesit bireyleri için farklı sabit bir değer alacağı tahmin edilmektedir (Baytar, 2012: 415). Modelin denklemini aşağıdaki gibi ifade etmek mümkündür;

$$Y_{it} = \beta_{1i} + \sigma_i + \beta_{2i}X_{2it} + \dots + \beta_{kit}X_{kit} + \varepsilon_{it} \quad \beta_{1j} \neq \beta_{1i} \quad (1)$$

$$i:1,2,\dots,G \quad \text{ve} \quad t=1,2,\dots,n$$

(1) nolu eşitlikte $\beta_{1i} = \beta_{1i} + \alpha_i$ i'ninci birime özgü sabit terimi; β ise ortalama sabit terimi göstermektedir. α_i de i'ninci birim için ortalama sabit teriminden farklılığı temsil eder. (1) nolu eşitliğin tahmin edilmesinde kullanılacak uygun tahmin yönteminin ne olacağı α_i 'nin sabit mi yoksa rassal mı olduğuna göre değişmektedir. Eğer α_i sabit ise kukla değişken modeli; aksi takdirde rassal bir hata bileşenler modelini kullanmak gerekir (Judge vd, 1985: 519).

(1) nolu eşitlikte yer alan hata terimi ile açıklayıcı değişkenler arasında ilişki bulunuyorsa bu model uygun model olarak kabul edilir. Bunun sebebi bu modelde tahminler sapmasız olmaktadır. Ayrıca birim sayısı az ve gözlem sayısından büyükse sabit etkiler modeli tercih edilebilir kabul edilmektedir (Özer ve Biçerli, 2004: 71).

3.2.1.2. Rassal Etkiler Modeli

Sabit etkiler yöntemine bir alternatif olarak ortaya konan model rassal etkiler modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (Aytun, 2012: 94). Sabit etkiler yönteminde kabul edilenin aksine bireysel etkiler eğer modelde yer alan açıklayıcı değişkenler ile ilgili değilse birimlere özgü sabit terimlerin birimlere göre rassal olarak değerlendirilmesi bu

açından modelleme yapılması daha elverişli olacağı düşünülmektedir (Greene, 2003: 293)

Rassal etkiler modeline göre birey ve zaman ögeleri açısından meydana gelen etkiler modele bağımsız değişkenlerle korelasyon içerisindeki sabit parametreler olarak değil de hata teriminin bir faktörü olan rastlantısal parametreler olarak dahil edilmektedir. Hata teriminin farklı unsurlardan meydana geldiği bu modele hata bileşenleri modeli adı da verilmektedir (Aytun, 2012: 94). Modelde kullanılacak olan veriler rassal olarak seçilmiş ise veya ana küleden temsilci olarak seçilmiş ise, sabit etkiler modeli yerine rassal etkiler modeli tercihi uygun görülmektedir (Baldemir ve Keskiner, 2004: 48). Rassal etkiler modelinin en büyük avantajı sabit etkili modellerde karşılaşılan serbestlik derecesinin kaybolma riskini önlemesi olarak görülmektedir (Turhan ve Taşseven, 2010: 142). Rassal etkili modellerde, kesitlere ve/veya zamana bağlı olarak meydana gelen değişimler, modelde hata teriminin bir bileşeni olarak yer almaktadır. Bunun nedeni, sabit etkili modellerde karşılaşılan serbestlik derecesi kaybının rassal etkili modellerde ortadan kalkmasıdır (Baltagi, 2005: 15). Rassal etkiler modeli eşitlik (2)'te gösterilmektedir.

$$Y_{it} = \alpha_1 + \beta_{1i} X_{1it} + \beta_{2i} X_{2it} + \dots + \beta_{\mu i} X_{\mu it} + \omega_{it} \quad (2)$$

Denklem (2)'deki ω_{it} terimi, bireye özgü hata terimini μ_i ve zaman serisi ile kesitin ortak hata terimi olan e_{it} 'nin birleşiminden oluşmaktadır. Rassal etkiler modeli ile sabit etkiler modeli karşılaştırıldığında aralarında başlıca iki fark olduğu görülmektedir. Sabit etkiler modelinde bulunan α_1 sabiti her bireyin ayrı ayrı sabit parametresi olduğunu gösterirken, rassal etkiler modelinde α_1 ifadesi modeldeki tüm kesitler için ortak bir sabit olduğunu ifade etmektedir (Bekmez ve Destek, 2015: 99-100)

3.2.1.3. Havuzlanmış Regresyon Modeli

Bütün birimlerin verilerinin bir havuzda toplandığı ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin analiz edildiği model Havuzlanmış Regresyon Modeli ya da Sabit Katsayılar Modeli olarak ifade edilmektedir (Kök ve Şimşek, 2009: 4). Panel verilerin analizinde en çok tanınan model havuzlanmış verilerin kesit ve

zaman boyutu göz ardı edilmek suretiyle geleneksel en küçük kareler (EKK) tahmincisinin kullanılmasından oluşmaktadır (Baytar, 2012: 415). Genellikle homojen ya da kısmen benzer gruplar havuzlandığı zaman bu yaklaşım kullanımı tercih edilmektedir. Ancak bir panel veri setine havuzlanmış en küçük kareler yönteminin uygulanarak tutarlı tahminlerin elde edilebilmesi için, bağımsız değişkenlerle hatalar arasında herhangi bir ilişkinin bulunmaması gerekmektedir (Dağlı vd., 2015: 185). Bu model de bütün yatay kesitler için ortak sabit değer tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Uygulamada bu yöntem yatay kesitler arasında farklılıklar bulunmadığını ifade etmektedir (Aytun, 2012: 92).

Sabit, eğim katsayısı ve hata terimi hakkında yapılan varsayımlar çerçevesinde veri regresyonunun farklı şekillerde ortaya çıkacağı beklenmektedir. Bu modelde sabit ve eğim katsayısının zaman ve yatay kesitler arasında sabit olduğu ve hata teriminin zaman ve yatay kesitler boyunca olan farklılıkları yakalayabildiği varsayımı esas alınır. Bütün birimlerin verilerinin bir havuzda toplandığı ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin analiz edildiği bu model havuzlanmış regresyon modeli ya da sabit katsayılar modeli olarak açıklanmaktadır (Çetin ve Ecevit, 2010: 172; Baytar, 2012: 414). Havuzlanmış Regresyon Modelini eşitlik (3)'deki gibi ifade etmek mümkündür:

$$y_{it} = \alpha + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{kit} + \varepsilon_{it} \quad i = 1, 2, \dots, N \quad ; \quad t = 1, 2, \dots, T \quad (3)$$

Model bütün yatay kesitler için ortak sabit terim tahmin etmektedir. Havuzlanmış en küçük kareler yöntemi ile ifade edilen modelde her bir yatay kesite ait belirli etkileri yansıtan kukla değişkenler olmadan bütün ülkelerin verileri bir havuzda toplayarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri incelemeye çalışılmaktadır (Sayılğan ve Süslü, 2011: 84). Havuzlanmış en küçük kareler yönteminin temel özelliklerini şu şekilde ifade etmek mümkündür (Tatoğlu, 2012: 42); Hata teriminde birim veya zaman etkileri yoksa havuzlanmış en küçük kareler önemli bir tahmin yöntemi olarak kabul görür. Hata teriminde birim veya zaman etkileri varsa, havuzlanmış en küçük kareler yönteminde hata terimi, $Y_{it} = \mu_i + \lambda + u_{it}$ olarak ifade edilir. Hata terimi heteroskedastik ise etkin tahminciler elde edilmesi mümkün olmadığı için. Bu nedenle dirençli standart hataların kullanılması ya da genelleştirilmiş en küçük

kareler yöntemi kullanılarak tahmin yapılması gibi bir yöntem tercih edilmesi uygundur. Bu modelde tüm yatay birimlerin homojen olduğu kabul edilmektedir. Yatay kesit birimleri arasında heterojenite söz konusu değildir. En küçük kareler yöntemi sabit terim ve eğim katsayısı için tutarlı ve etkin tahminler ortaya koymaktadır (Yıldırım, 2009: 187).

3.2.2. Birim Kök Testleri

Basit bir regresyon modelinde birim kök doğal bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Klasik regresyon modelinin varsayımları incelendiğinde bağımlı ve bağımsız değişken dizilerinin her ikisi de durağan olmasını, bunun yanı sıra hataların sıfır ortalama ve sabit varyansa sahip olması gerektiğini ifade etmektedir. Durağan olmama durumunda ise gerçek olmayan regresyonlar ortaya çıkabileceği beklenmektedir. Söz konusu sahte regresyonda anlamlı t istatistikleri söz konusu olsa bile, parametre tahmin sonuçları ekonomik olarak anlamsız olacağı düşünülmektedir. Hatta bunun yanı sıra geleneksel istatistiksel çıkarımsal testler de geçerli değildir. Dolayısıyla ekonometrik bir analize başlamadan önce kurulacak modelde seçilecek olan serilerin birim kök testlerinin yapılarak, bu serilerin durağan olup olmadığının tespiti önemlidir. Durağan olmayan serilerde ise bu problemin giderilmesi, sahte regresyondan kaçınmak ve anlamlı ekonomik sonuçlar elde etmek açısından önem arz etmektedir (Uçak, 2010: 119).

Panel veri analizlerinde uygulanan birim kök testleri iki grup içinde incelenmektedir. İlk bölümde yer alan Im, Peseran, Shin (2003) ve Fisher odaklı testler (ADF ve PP testleri gibi), bireysel birim kök testleri şeklinde adlandırılır. Diğer testler ise, Levin, Lin, Chu (2002), Breitung (2000) ve Hadri (2000) birim kök testlerinden oluşmaktadır. Bu testler ortak birim kök testleri olarak isimlendirilirler (Çetin ve Ecevit, 2010: 173).

Bir başka gruplamaya göre panel birim kök testleri, birinci ve ikinci kuşak testler olmak üzere iki bölüme ayrılmaktadır. Birinci kuşak testler, Levin, Lin ve Chu (2002), Breitung (2005) ve Hadri (2000), Im, Peseran ve Shin (2003), Fisher ADF (Maddala ve Wu, 1999), Fisher Philips Perron (Choi, 2001) testlerinden oluştuğu görülmektedir. Bu testlerin, birimler arasında korelasyon olmadığı varsayımına dayandığı görülmektedir. Ayrıca bu testler, H_0 hipotezini gereğinden daha fazla bir şekilde ret ettiği görülmektedir

(Selim vd., 2014: 16). İkinci grubu oluşturan ikinci kuşak birim kök testleri ise MADF (Taylor ve Sarno, 1998), SURADF (Breuer, Mcknown ve Wallace, 2002), Bai ve Ng (2004) ve CADF (Pesaran, 2006) şeklinde bir ayrıma tabi tutulmaktadır (Göçer, 2013: 5094).

Bu çalışmada hem tüm birimlerin ortak bir otokorelasyon katsayısına sahip olduğunu varsayan Levin, Lin ve Chu (LLC) hem de her bir birimin kendi otokorelasyon katsayısına sahip olmasına izin veren Fisher ADF panel birim kök testi aynı anda kullanılmaktadır. Bu sayede birim kök testinde otokorelasyonla ilgili her iki varsayımında hesaba katıldığı görülmektedir (Dağlı vd., 2015: 191).

Levin, Lin ve Chu (2002) tarafından geliştirilen panel birim kök testi Dickey Fuller Testi'nin bir ileri aşaması olup, panel veriler için yeniden düzenlenmiştir (Doruk, 2014: 158). Levin ve Lin (1992) testi panel birim kök sorununun araştırılmasında kullanılan ilk testler arasında yer almasına rağmen bazı eksikliklerinden dolayı eleştirilmiştir. Bu nedenle ilerleyen aşamalarda Choi (2002) tarafından bu eksikliklerin giderilmesine katkı sağlanmıştır. Böylece testin adı Levin-Lin ve Chu (LLC) olarak revize edilmiştir. Levin-Lin ve Chu testi serilerdeki durağanlığın belirlenmesinde genel birim kök sürecinin olduğunu varsaymaktadır. Sıfır hipotezi altında birim kök olduğunu, alternatif hipotez altında birim kök olmadığını ifade eden Levin-Lin ve Chu testi, paneli oluşturan tüm birimlerde birim kök olup olmadığını analiz edilmektedir. Dolayısıyla bu test heterojenliğe izin vermez. Levin-Lin ve Choi testi ADF tipi modeller kullanılarak yapılmaktadır. Testin formülasyonu eşitlik (4)'de gösterilmektedir.

$$\Delta y_{it} = \mu_t + \theta_t + \delta_t + \rho y_{i,t-1} + \sum_{j=1}^k \alpha_j \Delta y_{i,t-j} + e_{it} \quad (4)$$

Bu denklemde y birim kök testinin yapılacağı seriyi, Δ birinci dereceden fark işlemcisini, μ_t sabit etkileri, θ_t zaman etkilerini ve t trendi temsil etmektedir. Bu testin ayırt edici özellikleri; sabit etkilerin ülkeden ülkeye değiştiğinin, ρ 'nin tüm yatay kesitler için homojen olduğunun ve yatay kesit bağımlılığının bulunmadığı varsayılması önem arz etmektedir. Bu varsayımlar altında Levin-Lin ve Chu testinde panel veri setinin ortak birim kök içerdiği boş hipotezi sınanmaktadır (Bilman, 2014: 168-169). Im, Pesaran ve Shin (2003) kendi testlerini Levin, Lin ve Chu testlerinin bir genellemesi olarak değerlendirmektedir (Gül ve Ergün, 2012: 131). Im, Pesaran, Shin (2003) testi,

trendli ve sabitli geniş bir regresyon denkleminde dayanmaktadır. Bu denklem eşitlik (5) da gösterilmektedir.

$$\Delta y_{it} = \mu_t + \beta_i y_{i,t-1} + \sum_{k=1}^{p_i} \theta_{i,k} \Delta y_{i,t-k} + \gamma_{it} + e_{it} \quad (5)$$

Eşitlik (5)'den trend çıkartıldığı zaman sabitli modele ulaşılmaktadır. Burada $i=1, 2, \dots, N$ ve $t=1, 2, \dots, T$ şeklinde olmaktadır. Bu testte sıfır hipotezi “bütün i 'ler (yani yatay kesit birimler) için $\beta_i=0$ ” şeklinde kurulurken, alternatif hipotez ise “en az bir i için $\beta_i<0$ ” şeklinde oluşturulmaktadır. Eğer sıfır hipotezi reddedilirse serilerden en az bir ya da bir kaçının durağan olduğu sonucuna varılmaktadır (Çetin ve Ecevit, 2010: 173). Im Peseran Shin (IPS) testinin en önemli özelliği verileri birleştirmek yerine tüm birimler için zaman serilerine ayrı ayrı birim kök testi uygulanması olarak önem arz etmektedir (Tatoğlu, 2012b: 212).

Levin, Lin ve Chu testi, panel veri için kullanılmak üzere hazırlanan ilk testlerden olmakta ve paneldeki her grubun birim kök içerip içermediğini analiz etmek için uygulanmaktadır. Fakat Levin, Lin ve Chu testinin alternatif hipotezinde otoregresif katsayısının homojen olması sınırlaması söz konusu olmaktadır. Bununla birlikte Levin, Lin ve Chu testinde paneldeki tüm bireylerin birinci dereceden kısmi otokorelasyona sahip olduğu fakat hata sürecindeki diğer parametrelerin bireyler boyunca farklılaşmasına izin verildiği varsayılmıştır. IPS testi ise Levin, Lin ve Chu testinin genişletilmiş testi olup, kısa dönem dinamiklerinde heterojenite sağlamaktadır. Bunların yanı sıra IPS testinde, otoregresif katsayılarının Levin, Lin ve Chu testindeki gibi homojen değil, heterojen olması gerektiği iddia edilmektedir. Nitekim doğrudan iki test arasında karşılaştırma yapmak ve üstünlüklerini görebilmek adına Levin, Lin ve Chu ve IPS testlerinden faydalanılmıştır (Akıncı vd., 2014: 65).

Im, Peseran ve Shin, panel birim kök testinde, Dickey Fuller (ADF) test istatistiğini kullanıp paneldeki her bir birim için ADF hesaplayarak, ADF'lerin ortalama test istatistiğine bakılmaktadır (Bayraktutan ve Demirtaş, 2011: 5). Bu noktada LLC, IPS ve ADF Fisher testlerini birlikte uygulamak önem ihtiva etmektedir. Fisher ADF ile Fisher Phillips ve Perron testlerinde önce her birim için birim kök testi uygulanmakta akabinde söz konusu testlerden elde edilen p değerleri tüm testi üretmek için kullanılmaktadır. Fisher testlerinde veri setinin dengeli panel olması gibi bir zorunluluk

olmamakta ve bireysel seriler boşluklara sahip olabilmektedir. Bu özellikten dolayı diğer testlere göre esneklik sağlamakta ve bu testleri ön plana çıkarmaktadır (Tatoğlu, 2012: 214-215). Panel veri analizinde birçok birim kök testi ADF testinin genişletilmesi sonucu elde edilmiştir (Atay Polat, 2014: 120). Bu bağlamda ADF Fisher testinin kullanılması büyük önem taşımaktadır.

Birinci kuşak durağanlık testlerinden olan LLC testi seride genel birim kök sürecini, IPS testi ise alternatif hipotezinde serilerden bazılarının durağan olup olmadığını analiz etmektedir (Güriş ve Yıldör, 2008: 777). Özetle çalışmada, Levin, Lin Chu; Im Peseran, Shin; ADF ve PP Fisher birim testlerinden yararlanılmış ve verilerin durağan olduğu sonucu elde edilmiştir. Veriler durağan hale getirildikten sonra ise kullanılacak olan regresyon modeli tespit edilmeye çalışılmıştır. Panel veri, N sayıda birim ve her birime karşılık gelen T sayıda gözlemden meydana gelmektedir (Ayrıçay ve Türk, 2014: 60). Panel veri analizinde temel bir regresyon modeli eşitlik (6)'daki gibi tahmin edilmektedir.

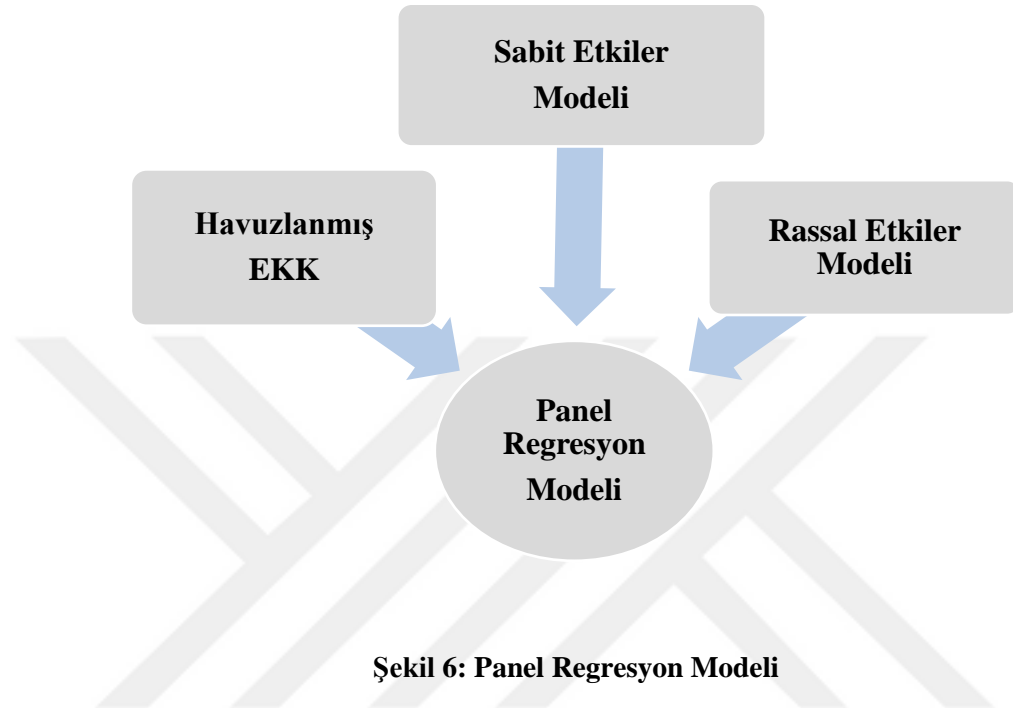
$$Y_{it} = \alpha_i + \beta X_{it} + u_i \quad (6)$$

Eşitlik (6)'ya göre, Y; bağımlı değişkeni, X_{it} ; bağımsız değişkeni, α_i ; sabit parametreyi, β ; eğim parametrelerini, u_i ; hata terimini temsil etmektedir (Atay, 2014: 119). Regresyon denkleminde t ($t=1,2,\dots,T$) her bir zaman aralığını, i ($i=1,2,\dots,N$) yatay kesitleri açıklamaktadır. α_i zaman boyunca sabit olarak alınan ve i bireysel yatay kesit etkilerini göstermektedir (Erataş, 2013: 23). Hata terimi ise aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

$$u_{it} = \mu_i + v_{it} \quad (7)$$

Eşitlik (7)'deki μ_i kesitin belli bileşenlerini ve v_{it} ise geri kalan etkileri göstermektedir. Burada zamana bağlı olmayan ama kesitten kesite farklılık gösteren μ_i bireysel etki olarak tanımlanırken v_{it} 'nin gerek zamana gerekse kesite göre değişim gösterdiği varsayılmaktadır. Buna göre μ_i gözlemlenemeyen kesit etkisini ortaya koymaktadır. v_{it} ise stokastik hata terimini ifade etmektedir (Gülmez ve Yardımcıoğlu, 2013: 56). Panel veri analizi salt zaman serisi veya salt yatay kesit verileri ile kolay bir şekilde ölçülemeyen etkileri belirleme ve ölçme yeteneğine sahip olması açısından önemli bir analiz metodudur. Panel veri analizinin makroekonomik açıdan bir diğer

faydası, ülkeler arasında toplam üretim fonksiyonlarındaki farklılıkları daha net göstermesidir (Aytun, 2012: 90).



Şekil 6: Panel Regresyon Modeli

Kaynak: Nargeleçekenler, 2011.

Panel veri analizinde yoğunlukla kullanılan Havuzlanmış En Küçük Kareler, Sabit Etkiler ve Rassal Etkiler Şekil 1’de gösterilmektedir. Modelin uygunluğuna yönelik yapılan testler sonucunda bu modellerden bir tanesi seçilir.

3.3.VERİ SETİ VE EKONOMETRİK MODEL

Çalışmada ekonometrik yöntem olarak Panel regresyon analizine başvurulmuş ve Stata 12 istatistik programı kullanılmıştır. Veri temini konusunda sıkıntı yaşanılmayan 32 Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerini içeren 2000-2015 dönemini kapsayan analizde kullanılan yıllık veriler Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeler veritabanından temin edilmiştir. Çalışmada ilgili ülkelerin sağlık harcamalarıyla ekonomik büyümeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla oluşturulan ekonometrik model eşitlik (8)’de gösterilmektedir.

$$GDP_{i,t} = \alpha_i + \mu_t + \beta_0 + \beta_1 HEXP_{i,t} + \beta_2 LIFEX_{i,t} + \beta_3 MORTALITY_{i,t} + \epsilon_{i,t} \quad (8)$$

Eşitlik (8)'de yer alan α_i ülkelere özgü etkiyi, μ_t zamana özgü etkiyi ve β_0 sabit etkiyi ifade etmektedir. Uygun modelin seçimi bu parametrelerle yakından ilişkilidir. GDP değişkeni kişi başına düşen reel gayrisafi yurtiçi hasılayı, HEXP değişkeni sağlık harcamalarını, LIFEX değişkeni doğumda yaşam beklentisini, MORTALITY değişkeni bebek ölüm hızını ve $\varepsilon_{i,t}$ parametresi de hata terimlerini göstermektedir.

Birim ve zamana göre etkinin olmadığı durumlarda başka bir ifadeyle analizde yer alan ülkelerin hepsinin ortak özelliklere sahip olduğu kabul edildiğinde Havuzlanmış En Küçük Kareler (EKK) Yöntemi en uygun yöntem olarak seçilir. Birim etkilerin olduğu fakat zamana özgü etkilerin olmadığı durumlarda Sabit Etkiler Modeli en uygun yöntem olarak kullanılır. Zamana özgü etkilerin olmadığı fakat birim etkilerin hata terimleri içerisinde karakterize edildiği durumlarda ise Rassal Etkiler Modeli en uygun yöntem olarak tercih edilir.

Uygun modelin belirlenmesinde literatürde çok sayıda test mevcuttur. Havuzlanmış EKK yöntemi ile Rassal Etkiler Yöntemi arasında hangi modelin uygun olduğunu belirlemek amacıyla Breusch-Pagan Lagrange Çarpanı (LM) testi kullanılır. Bu testte sıfır hipotezi olarak "*rassal etkilerin olmadığı*" sınanmaktadır. Test sonucunda p olasılık değerine bakılarak sıfır hipotezi reddedilirse uygun model olarak Rassal Etkiler modelinin kullanılması gerektiği çıkarılır. Sıfır hipotezinin red edilmemesi halinde ise Havuzlanmış EKK yöntemi tercih edilmelidir. Sabit ve Rassal etkiler modeli arasında tercih yapabilmek için Hausman Testi kullanılır. Hausman testi, rassal etkiler modelinin uygunluğunu sıfır hipotezi olarak test eder. Eğer sıfır hipotezi reddedilir ise Sabit Etkiler modeli uygun model olarak seçilmelidir (Baltagi, 2005).

3.4.AMPİRİK BULGULAR

Bir ekonometrik analizde, analize başlanmadan önce yapılması gereken ilk adım, kurulacak modelde seçilecek olan serilerin birim kök testlerinin yapılarak, bu serilerin durağan olup olmadığının öncelikle tespitidir. Durağan olmayan serilerde bu problemin giderilmesi, sahte regresyondan kaçınmak ve anlamlı ekonomik sonuçlar elde etmek açısından büyük öneme sahiptir. Bu amaçla yapılan panel birim kök testinden elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16: Panel Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Levin, Lin & Chu	Im, Pesaran Shin	ADF	PP
HEXP	$I_0 : 0,0025$ $I_1 : 0,0000$	$I_0 : 0,4846$ $I_1 : 0,0000$	$I_0 : 0,6335$ $I_1 : 0,0000$	$I_0 : 0,6719$ $I_1 : 0,0000$
GDP	$I_0 : 0,0003$	$I_0 : 0,0001$	$I_0 : 0,0002$	$I_0 : 0,0000$
LIFEX	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$
MORTALITY	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$	$I_0 : 0,0000$

Not: Tablo 16'da yer alan değerler p olasılık değerlerini ifade ederken, I_0 serinin düzey seviyesini, I_1 serinin birinci derece farkı alınmış halini göstermektedir.

Tablo 16'da yer alan birim kök testleri sonucuna bakıldığında sağlık harcamaları (HEXP) değişkeninin Levin, Lin & Chu birim kök testi dışında diğer birim kök testlerine göre düzey seviyede durağan olmadığı fakat birinci dereceden farkı alındığında ele alınan birim kök testi sonuçlarına göre serinin durağanlaştığı görülmektedir. Bunun yanında kişi başı reel gayrisafı yurtiçi hasıla (GDP) değişkeni, doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) değişkeni ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkeninin düzey seviyede durağan olduğu ilgili birim kök testleri sonucunda tespit edilmiştir. Analize dahil edilen MENA ülkeleri için ilgili değişkenler ile yapılan panel tahmin sonuçları Tablo 17'de gösterilmektedir.

Tablo 17: MENA Ülkeleri İçin Panel Tahmin Sonuçları

MODELLER DEĞİŞKENLER	HAVUZLANMIŞ EKK (POOLED OLS)	SABİT ETKİLER (SE)	RASSAL ETKİLER (RE)
HEXP	-2,058031*** (0,0001)	-2,245912*** (0,0000)	-2,174691*** (0,0000)
LIFEX	0,269402** (0,0374)	0,947401* (0,0789)	0,417373** (0,0448)
MORTALITY	0,106566*** (0,0043)	0,379084** (0,0042)	0,157216*** (0,0079)

CONSTANT	19,88189* (0,0509)	76,12413* (0,0666)	31,84149* (0,0512)
TANIMLAYICI TESTLER			
GÖZLEM SAYISI	430	430	430
BREUSCH PAGAN LM	59,62291 (0,0000)		
HONDA TEST	7,108915 (0,0000)		
KING – W TEST	6,331036 (0,0000)		
HAUSMAN TEST			6,597256 (0,0859)
WOOLDRIDGE TEST			0,004 (0,9510)
WHITE TEST			16,34713 (0,0600)

() içindekiler p değerini göstermektedir.

* : %10 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

** : % 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

*** : %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Panel veri analizinde uygun modeli seçmek için havuzlanmış EKK, sabit etkiler ve rassal etkiler olmak üzere üç model oluşturulmuştur. Bu modellere yönelik tahminler yapılarak karşılaştırmalı analizler neticesinde nihai modele ulaşmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ilk başta havuzlanmış EKK modeline başvurulmuş ve tahmin sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir. Havuzlanmış EKK modeline göre, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları (HEXP) arasında negatif bir ilişki; doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkenleri arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiş olup, HEXP ve MORTALITY yüzde 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkarken LIFEX değişkeni de yüzde 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Sabit Etkiler modeline bakıldığında ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında negatif diğer değişkenler olan doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. HEXP değişkeni yüzde 1 anlamlılık düzeyinde, MORTALITY değişkeni yüzde 5 anlamlılık düzeyinde ve LIFEX değişkeni de yüzde 10 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak

anamlı çıkmıştır. Son olarak rassal etkiler modeli sonuçlarına bakıldığında, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında negatif diğer değişkenler olan doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. HEXP ve MORTALITY değişkenleri yüzde 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, LIFEX değişkeni yüzde 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

Ele alınan bu üç modelden hangisinin uygun model olduğunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı testlere başvurulmuştur. Havuzlanmış EKK ile rassal Etkiler modeli arasında hangisinin daha güçlü olduğunu belirlemeye yönelik literatürde çoğunlukla kullanılan rassal Etkiler için Breusch Pagan LM Test, Honda Test ve King-W test gibi testlere başvurulmuştur. Yapılan bu testlerin sonuçlarına bakıldığında parantez içerisinde gösterilen p olasılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için rassal etkilerin olmadığına yönelik sıfır hipotezinin reddedildiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle rassal etkiler modeli ile elde edilmiş panel sonuçlarının havuzlanmış EKK modeli ile elde edilmiş panel sonuçlarına göre daha güçlü olduğu söylenebilir. Dolayısıyla iki model arasında tercih yapıldığında rassal etkiler modelinin seçilmesi gerekir.

Rassal etkiler ile sabit etkiler yöntemini karşılaştırmak içinde tanımlayıcı test olarak Hausman Spesifikasyon testine başvurulmuştur. Test sonucuna göre rassal etkiler modelinin tutarlı ve etkin olduğuna yönelik sıfır hipotezi Tablo 17'de de görüldüğü üzere p olasılık değeri 0,05'ten büyük olduğu için reddedilememektedir. Bu sonuçtan rassal etkiler modelinin sabit etkiler modeline göre daha uygun bir model olduğu anlaşılmaktadır. Nihai model olarak tercih edilen Rassal Etkiler modelinde otokorelasyon ve değişen varyans gibi sorunların olup olmadığını tespit etmek amacıyla White ve Wooldridge testlerine başvuruldu. Wooldridge testi sonucuna bakıldığında p olasılık değerinin 0,05'ten büyük olduğu yani otokorelasyon olmadığına yönelik sıfır hipotezinin reddedilemeyeceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle modelde otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır. Değişen varyansın olmadığına yönelik sıfır hipotezini test eden White Test sonuçlarına Tablo 17'den bakıldığında p olasılık değerinin 0,05'ten büyük olduğu yani modelde değişen varyans probleminin olmadığı anlaşılmaktadır.

Panel veri analizinde nihai model olarak seçilen Rassal Etkiler modelindeki açıklayıcı değişkenler arasında ekonomik büyüme üzerinde en büyük etkiyi gösteren sağlık harcamaları (HEXP) değişkenidir. Onu sırasıyla doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) izlemektedir. Sağlık harcamalarında (HEXP) gözlemlenen bir birimlik artışın ekonomik büyüme veya kişi başı reel gayrisafi yurtiçi hasıladaki (GDP) artış üzerine negatif bir etkisi olduğu, doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkenlerinde gözlemlenen bir birimlik artışın da ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde yapılan araştırmalara bakıldığında analizde elde edilen sonuçları destekleyici çalışmalara ulaşmak mümkündür. Örneğin, yaygın beklenenin tersine sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiye sahip olmamasını Kar ve Taban (2004) çalışmalarında vurgulamaktadırlar. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlığa yapılan harcamaların genellikle hijyene yönelik harcamalar olduğu, teknoloji ve diğer etkin alanlara yönelik harcamalar olmadığı için sağlık sektöründe ve ülkelerin genel sağlık durumunda herhangi bir iyileşmenin olmadığı aksine verimsiz alanlara yapılan bu harcamaların ülke ekonomisi üzerinde bir yük teşkil ederek ekonomik büyümeyi olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Yine Yumuşak ve Yıldırımın 2009'da gerçekleştirdikleri bir diğer çalışmada benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkenleri ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucunu ortaya koyan çalışmalara bakıldığında Chakraborty (2003), Brempong ve Wilson (2003), McDonald ve Roberts (2002), Bloom ve Sachs (1998), Bhargava vd. (2000), Sab ve Smith (2001), Ngangeu ve Manfred (2015) in yaptığı araştırmalarda benzer sonuçlara ulaştıkları görülmektedir.

Bebek ölüm hızı ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki olduğu sonucunu destekleyen çalışmalar arasında Tapia Granados (2005), Schumpeter (1975) ve Brenner (2005) çalışmalarında benzer sonuçlara ulaştıkları görülmektedir. Elde edilen bulgular ve literatürde çalışmanın sonucunu destekleyen katkılardan hareketle bu sonucun ortaya çıkmasında yaratıcı yıkım teorisinin bu sonucu desteklediği düşünülebilir. Bu teoriye göre, teknolojideki gelişmeler sonucunda ekonominin büyümesine rağmen toplum

içinde işini kaybeden ailelerin stres ve sıkıntı yaşamaları sonucu sosyal kültür, sosyal ilişkilerin bozulması ve sağlık kaybına bağlı bebek ölüm hızının artmasına yönelik bir etki ortaya çıkaracağı düşünülmektedir. Özellikle az gelişmiş MENA gibi ülkelerde bu etkinin gelişmiş ülkelere oranla daha etkili olacağı düşünülmektedir.

MENA ülkelerinde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları, arasında negatif yönde, bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin ortaya çıkmasını açıklayan Yaratıcı Yıkım teorisinin yanında bir diğer etkeni şu şekilde açıklamak mümkündür. Bebek ölüm hızının yüksek olduğu ülkelerde ekonomik büyümenin ölüm hızı düşük ülkelere oranla yüksek olmasında bu beşeri sermayeyi besleyecek büyütecek kaynakların ve alt yapının yetersiz olmasından dolayı potansiyel beşeri sermaye yerine yetişmiş insan gücüne odaklanılması gibi faktörler tarafından da etkilendiğini söylemek mümkündür. Yani yeni doğan bebekler için yeterli olmayan koşullar gelişimleri sürecinde de potansiyel emek gücünün kalifiye olması üzerinde bir sınırlama getirmektedir. Bu nedenle kalifiye olamayan, verimsiz emek potansiyeli olan beşeri sermayenin dolaylı olarak emeğin verimini düşürmesinden ötürü ekonomik büyümeye olumsuz etki edeceği düşünülmektedir (Karagül, 2002).

SONUÇ

Sağlık ekonomisi devletlerin günümüzde ülke yönetimi anlamında üzerinde önemle durması gereken konular arasındadır. Sağlık ekonomisi kapsamında ülkelerin sahip oldukları sağlık harcamaları bir yandan ülke için ciddi maliyetler getirirken, diğer yandan ülkelerin iyi yönetilmeleri halinde ekonomik büyüme üzerinde olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir. Gelişmiş ya da az gelişmiş bütün ülkeler için sağlık konusu oldukça önemli bir yere sahiptir.

Sağlık ekonomisinin inceleme alanına giren ülkelerin sağlık göstergeleri arasında yer alan sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ekonomik anlamda ülkeler için büyük maliyetler ortaya koymaktadır. Ancak sağlık olgusunun evrensel olarak her insan için aynı etkiye sahip olması ister az gelişmiş ister çok gelişmiş olsun tüm ülke ve insanlığı etkileyen bir yapıya sahiptir. Ülkelerin sağlık alanında yaptığı veya yapacağı yatırımlar mutlaka öz gelirleriyle orantılı olacaktır. Ancak uluslararası alanda faaliyet gösteren Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası gibi örgütler sağlık alanında sağlığın sadece bireyin ve ülkelerin kendi sorunu olmadığını küresel bir mesele olarak herkesi ilgilendirdiğini düşünerek küresel düzeyde yaşanan sorunlara ortak çare ve maddi kaynak arama endişesi içindedirler. Küresel düzeyde, HIV- Domuz Gribi, Kuş Gribi gibi hastalıkların önlenmesi adına yürütülen çalışmalar buna örnek olarak gösterilebilir. Buradan çıkan sonuç; sağlık doğrudan ülkeleri ilgilendirirken, dolaylı olarak da tüm dünyayı ilgilendiren hayati bir konudur.

Bu nedenle sağlık alanında ortaya konmaya çalışılan planlar, harcamalar yatırımlar doğrudan sağlık yönetimi içinde sağlık ekonomisini ilgilendiren konular arasında gelmektedir. Sağlık konusu ve dolayısıyla sağlık ekonomisi konusunda gelişmiş ülkelerin belli bir yol aldıkları bilinmektedir. Sağlık alanında bu ülkelerin yapmış oldukları harcama ve yatırımların ekonomilerini geliştirdiği yapılan analizlerle desteklenmektedir. Oysa az gelişmiş ülkeler için aynı sonuca ulaşamadığı yine yapılan araştırmalarda görülmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen bu araştırmalar arasında örneğin Ngangu ve Manfred (2015) tarafından yürütülen, 2000-2013 yılları arasında kapsayan 141 gelişmekte olan ülke üzerine gerçekleştirilen çalışma, Baird vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen 59 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan bir başka çalışma,

Akar'ın (2014) Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH ile olan ilişkisini ele alarak analiz eden çalışması ve Atılğan vd., (2017) 1975-2013 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz ederek sağlık ve ekonomik büyüme arasında ilişkinin test edilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan MENA ülkelerinin sağlık harcamaları ile ekonomik büyümeleri arasında ilişkiyi ortaya koymaya çalışan bu tezde elde edilen sonuçlar incelendiğinde yukarıda bahsedilen çalışmalarda olduğu gibi ekonomik büyümeyle sağlık harcamaları arasında olumsuz bir sonuç ile karşılaşıldığı görülmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında MENA ülkelerinde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları, arasında negatif yönde, bebek ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin ortaya çıkmasını açıklamak amacıyla Yaratıcı Yıkım Teorisi olarak bilinen teorinin açıklayıcı olacağı düşünülebilir. Bu teoriye göre ülkelerin teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda ekonominin büyümesine rağmen toplum içinde işini kaybeden ailelerin stres ve sıkıntı yaşamaları sonucu sosyal kültür, sosyal ilişkilerin bozulması ve sağlık kaybına bağlı olumsuzlukların özellikle az gelişmiş ülkelerde daha yaygın görülmesi teoriyi desteklemektedir.

Bu teorinin yanında az gelişmiş ülkelerde bebek ölüm hızının yüksek olduğu ülkelerde ekonomik büyümenin ölüm hızı düşük ülkelere oranla yüksek olmasında beşeri sermayeyi besleyecek büyütecek kaynakların ve alt yapının yetersiz olmasından dolayı potansiyel beşeri sermaye yerine yetişmiş insan gücüne odaklanılması gibi faktörler tarafından da etkilendiğini söylemek mümkündür. Bu bağlamda yeni doğan bebekler için yeterli olmayan koşullar gelişimleri sürecinde de potansiyel emek gücünün kalifiye olması üzerinde bir sınırlama getirmektedir. Bu nedenle kalifiye olamayan, verimsiz emek potansiyeli olan beşeri sermayenin dolaylı olarak emeğin verimini düşürmesinden ötürü ekonomik büyüme olumsuz etki edeceği düşünülmektedir.

İnsan sağlığı her şeyin önünde gelen bir konudur. Sağlığın ekonomik bir araç olarak görülmesi sağlığın korunarak beşeri sermayeden maksimum verim ile faydalanılması karşılıklı olarak sağlık ve ekonomi arasında bir bağ ortaya çıkarmaktadır. Gelişmiş ülkeler bu bağın farkında oldukları için sağlık alanında yapılan harcamaların sonuçlarını olumlu bir şekilde alacaklarını bildiklerinden dolayı bu alanda harcama ve yatırım yapmaya devam eder iken, az gelişmiş ülkelerde ekonomik

sıkıntılardan dolayı sağlık alanında yapılan harcamaların uzun vadede getiri yerine kısa vadede ekonomiye bir yük getireceği düşünülmektedir. Bu nedenle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık konusu ekonomik büyümeden ziyade kısa vadeli çözümlerle geçiştirilecek bir konu olarak ele alınmakta, bu da bir sarmal olarak daha ciddi sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır.

Sağlığın tüm dünyayı ilgilendirdiği gerçeği ve ekonomik olarak bir katma değer olması sağlığın sadece gelişmiş ülkeler için değil tüm dünya devletleri için önemli bir konu olduğu gerçeğini göz ardı edilmemesini zorunlu kılmaktadır. MENA ülkelerini oluşturan devletlerin sağlık alanında yatırımlara ve harcamalara hız vermesi kısa vadede ekonomilerini zorlayacak bir konu olarak görülse de orta ve uzun vadede hem insanlar için hem de devletler için sağlığın ekonomik değerini ülke kaynaklarına ekleyecektir. Bu nedenle sağlık alanında yapılan harcamalar bir lüks olarak değil bir yatırım aracı olarak değerlendirilmesi ve bu yönde adımlar atılması yerinde olacaktır.

Az gelişmiş ülkeler için sağlık alanında gerçekleştirilen harcama ve yatırımların uluslararası örgütler ve gelişmiş ülkelerin katkısı ile desteklenmesi, gelişmekte olan ülkelerin ve dolayısıyla dünya sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önem arz etmektedir. Yürütülen bu çalışmayla az gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan MENA ülkelerinin ekonomik büyümesinde sağlık harcamalarının etkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. MENA ülkelerine benzer şekilde diğer gelişmekte olan ülkelerin de benzer araştırmaların yapılması özelde ülkeler bazında araştırmalar yapılarak sağlık konusunun yönetsel ve ekonomik açıdan değerlendirilmesi gelişmiş ülkelerle karşılaştırılması devletlerin sağlık politikalarının oluşturulmasında kısa, orta ve uzun vadeli planlar yapmalarında yardımcı olacaktır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık konusunda yeterli yatırım ve harcama yapma isteğinin olmaması, bu devletlerin sağlığı büyümeyi engelleyen bir unsur olarak görmeleri yanlıgisını gidermesi adına bu ve benzeri çalışmaların yaygınlaştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Az gelişmiş ya da gelişmiş tüm ülkeler için sağlığın ekonomik boyutunun yanı sıra insani boyutunun göz ardı edilmeden bir birini destekler nitelikte ülke yönetimleri tarafından politika yapım sürecinde üzerinde önemle durulması ve planlamaların sağlık eksenli yürütülmesi kıt olan sağlık kaynağının en iyi şekilde kullanılabilmesi adına önemlidir.

.....

Bu nedenle tüm ülkelerin sağlık yatırımlarını ve sağlık harcamalarını bugünü kurtarmak için değil geleceği inşa etmek için sağlam temellere oturarak gerçekleştirmesi ve bu amaçla gerekli araştırma ve iyileştirme planları yaparak, uluslararası örgütlerle ortaklaşa çalışma yürütmesi elzemdir. Sağlıklı bir yönetim sağlıklı bir ekonomi için ilk şartı oluşturmaktadır. Birbirlerine bağlı olan bu iki kavramın gelişimi ortak hareket etmeyi gerektirmektedir.



KAYNAKLAR

- Acar, A. ve Yeğenoğlu, S. (2006). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(1), ss.39-55.
- Akalın, H. E. (1995). Sağlık Ekonomisi: Genel Tanımlar, Antibiyotik ve Kemoterapi. *Ankem Dergisi*, 9(3), ss. 233-235.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim Ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), ss.311-322.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
- Akdur, R. (2016). Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir. [www.Utopya_Sağlık_Harcamaları_Ra Pdf](http://www.Utopya_Sağlık_Harcamaları_Ra_Pdf), Erisim: 20.02.2016.
- _____ (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu. İkinci Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- _____ (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. Ankara, www.recepakdur.com/getfile.asp.
- Akın C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Akın, Ü. ve Aksoy S. (1985). Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım. MPM Yayını No:332, 1985, Ankara.
- Akıncı, A. ve Tuncer, G. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. *Sayıstay Dergisi*, (102).
- Akıncı, G. Y., Akıncı, M., Yılmaz, Ö. (2014). Finansal Kalkınma Sürecinin Ar-Ge Harcamaları Üzerindeki Etkisi: Schumpeter Haklı mıydı?. *Maliye Dergisi*. 166(1), Ocak-Haziran, ss.56-74.
- Akram, N. (2009). Short Run And Long Run Dynamics Of Impact Of Health Status On Economic Growth Evidence From Pakistan. *Munich Personal Repec Archive (Mpra) Papers*, No. 15454.
- Alper, Y. (1988). 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik. Yayınlanmamış Rapor, Bursa.

- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açısından İncelenmesi. *Karadeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1(2).
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64(1), ss.33-58.
- Altuğ, Ö. S. ve Başla İz, F (2005). Toplumsal Yapıda Hemşirelerin Konumu. *Toplum ve Hekim*, 20(4), ss.254-258.
- Arı, A., Zeren, F. (2011). CO2 Emisyonu ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Analizi. *Celal Bayar İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 18(2), ss.37-47, Manisa.
- Arıcı, K. (1999). Sosyal Güvenlik. Tes-İş Eğitim Yayınları, Sargın Ofset, Ankara.
- Aslan, M. H. (1998). Hizmet Ekonomisi. Alfa Yayınları, Ankara.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), ss.55-71.
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi.
- Atilgan, E., Kilic, D., & Ertugrul, H. M. (2017). The Dynamic Relationship Between Health Expenditure And Economic Growth: is The Health-Led Growth Hypothesis Valid For Turkey?. *The European Journal Of Health Economics*, 18(5), 567-574.
- Atun, R. and Fitzpatrick, S. (2005). Advancing Economic Growth: investing in Health. A Summary Of The issues Discussed At A Chatham House Conference Held.
- Aydemir, C. ve Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13), ss.417-435.
- Aydın, S. (2008). Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri. *Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu*, FTS Turizm, Ankara.
- Ayrıçay, Y., Türk, V. E. (2014). Finansal Oranlar ve Firma Değeri İlişkisi: BİST'de Bir Uygulama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*. Ekim, ss.53-70.
- Aytun, C. (2012). Enformasyon ve Telekomünikasyon Teknolojilerinin Ekonomik Büyümeye Etkisi: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkeler Üzerine Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD.

- Aytürk K. A. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge Analizi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Politikası Programı Yüksek Lisans Tezi Kocaeli
- Baird, S., Friedman, J., & Schady, N. (2011). Aggregate Income Shocks And Infant Mortality In The Developing World. *Review Of Economics And Statistics*, 93(3), 847-856.
- Baldemir, E. ve Keskiner, A. (2004). Devalüasyon, Para, Reel Gelir Değişkenlerinin Dış Ticaret Üzerine Etkisinin Panel Data Yöntemiyle Türkiye İçin İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, ss:44-59
- Baltagi, B. H. (2005). *Econometric Analysis Of Panel Data*. 3rd Ed., John Wiley And Sons Ltd.
- Balsak, M. (2004). Türkiye’de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi. Yüksek Lisans Tezi.
- Başar, S., Künü, S., ve Bozma, G. (2016). Eğitim Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Iğdir University Journal Of Social Sciences*, (10).
- Başaran, İ. (2008). Kent ve Yerel Yönetim. Plato Danışmanlık, Okutan Yayınları, İstanbul.
- Başol, K. (1994). Demografi. İzmir.
- Baytar, R. A. (2012). Türkiye ve BRIC Ülkeleri Arasındaki Ticaret Hacminin Belirleyicileri: Panel Çekim Modeli Analizi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 21(1),403-424.
- Bekir, M. (2003). Türkiye’nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları. Ankara.
- Bekmez, S., ve Destek, M. A. (2015). Savunma Harcamalarında Dışlama Etkisinin İncelenmesi: Panel Veri Analizi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 3(2).
- Belek, İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası. Sorun Yayınları, İstanbul.
- Berber, M. (2006). İktisadi Büyüme ve Kalkınma. Derya Kitabevi, Trabzon.
- Bhargava, A, Jamison, D T. and Lau, L. (2000). Modeling The Effects Of Health On Economic Growth. *Gpe Discussion Paper Series*, 33,1-33.
- Bilman, A. S. (2014). Ticari Açıklık Büyüme Etkileşimi: Panel Veri Analizi ve Ülkelerarası Karşılaştırma. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD İktisat Programı.

- Bloom, D. E. and Canning, D., (2000). The Health And Wealth Of Nations, *Science's Compass, Policy Forum: Public Health*, 287(1), 1207–1209.
- _____ and Sachs, D. (1998). Geography, demography and economic growth in Africa, Brookings Papers on Economic Activity, No.2.
- Bozkurt, Ö. G. (2013). Petrol Üreten Ülkelerde Ekonomik Büyüme Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD.
- Brempong, K.G. ve Wilson, M. (2003). Health Human Capital And Economic Growth in Sub-Saharan African And OECD Countries”, *The Quarterly Review Of Economics And Finance*, 1-25.
- Brenner, M. H. (2005). Commentary: Economic Growth Is The Basis Of Mortality Rate Decline In The 20th Century—Experience Of The United States 1901–2000. *International Journal Of Epidemiology*, 34(6), 1214-1221.
- Bulutoğlu, K. (1977). Kamu Ekonomisine Giriş. Temat Yayınları. İstanbul.
- _____ (2001). Kamu Ekonomisine Giriş. Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Çelikay, F ve Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi University Journal of Social Sciences*, 11(1), 177-216.
- Chakraborty, S. (2003). Endogeneous Lifetime And Economic Growth. *Journal of Economic Theory*, 1-18.
- Çalışkan, Ş., Karabacak, M., ve Meçik, O. (2013). Türkiye’de Sağlık-Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 37,123-130.
- Çelik, Y. (2011), Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, YN:194, Ankara: ss;25-34,
- Çetin, M. ve Ecevit, E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 11(2), 166-182.
- Çilingiroğlu, N. (2001). Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi. *Yeni Türkiye*, 40(1).
- Çoban H. (2009). Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi İzmir.
- Dağıstan, R. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Daşdemir, A. M. (2008). AB Üyesi Ülkelerde Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Veri Analizi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri ABD.
- Deniz, M. H. ve Sümer, K. K. (2017). Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisinin 2000-2014 Yılları için Analizi. <http://avekon.org/papers/1749.pdf> Erişim Tarihi:15.05.2017.
- Dormont, B., Martins, J.O., Pelgrin, F., ve Suhrcke M., (2008). Health Expenditures, Longevity and Growth, IX European Conference Of The Fondazione Rodolfo De Benedetti On "Health, Longevity And Productivity" Limone Sul Garda , 26 May, 2007.
- DPT (2006). Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- Dumper, M, and Stanley, B. E., (2007). Cities of the Middle East and North Africa: A Historical Encyclopaedia.
- Ecevit, E. and Çiftçi, F. (2008). The Relationship Between Health And Economic Growth In Terms Of Cointegration And Causality Tests: The Case Of Turkey, 1960-2005, International Sustainable Development Strategies. Baie Mare North University, 17-19 September.
- Ener, M., ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması Ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi.
- Erataş, F., Nur, H. B., Özçalık, M. (2013). Feldstein-Horioka Bilmecesinin Gelişmiş Ülke Ekonomileri Açısından Değerlendirilmesi: Panel Veri Analizi. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Cilt: 3(2),18-33.
- Erdil, E. and Yetkiner, I. H. (2004). A Panel Data Approach for Income- Health Causality. The Economics of Health Reforms, (Ed. J.N. Yfantopoulos), No: 38, ss.701-724.
- Erdoğan, S., & Bozkurt, H. (2008). Türkiye'de Yaşam Beklentisi-Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Modeli İle Bir Analiz, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 3(1).
- Erkan, H. (1998). Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4. Baskı, İstanbul.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi, *İstatistikçiler Dergisi*, 2(95).
- Ertek, T. (2005). Makro Ekonomiye Giriş. Beta Yayınları, 2.

- Ertekin, Ş. (2000). 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Eroğlu, H. T. (2006). Yönetime Katılma Biçimleri ve Yerel Yönetimlerde Demokratik Mekanizmalar. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 1(11), 190-206.
- Eser, K, ve Gökmen, Ç. E. (2009). Beşeri Sermayenin Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri: Dünya Deneyimi Ve Türkiye Üzerine Gözlemler.
- Feldstein, J.Paul (1993). Health Care Economics. 4th Edition, Delmar Publishers, Irvine, California.
- Filiz Y. (2010) . Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara.
- Folland, S, Goodman, A. C. And Mirone, S (2001). The Economics of Health and Health Care. 4th Edition Pearson Prenticehall, New Jersey.
- Göçer, İ. (2013). Seçilmiş OECD Ülkelerinde Bütçe Açıklarının Sürdürülebilirliği: Yatay Kesit Bağımlılığı Altında Panel Eş-Bütünleşme Analizi. *Journal of Yaşar University*. 30(8), ss. 5086-5104.
- Göleksiz, M.ve Alagöz, M. (2012). İktisadi Büyüme Olgusuna Ekonometrik Bir Yaklaşım: "BRIMCH" Ülkeleri ve Türkiye Örneği. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 24(1), 121-148.
- Görgün, S. (1993). Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları. SBF Yayınları, İstanbul.
- Granados, J. A. T. (2005). Increasing Mortality During The Expansions Of The US Economy, 1900–1996. *International Journal Of Epidemiology*, 34(6), 1194-1202.
- Greene, William H (2003). Econometric Analysis. Prentice Hall, Fifth Edition, ABD.
- Grossman, M. (1999). The Human Capital Model of Demand for Health. NBER, Working Paper, No: 7078, 1-100.
- Gujarati, D. N. (2009). Temel Ekonometri. Çev: Ü. Şenesen ve G. Günlük Şenesen, İstanbul: Literatür Yayıncılık. Altıncı Basım.
- Gül, E. ve Ergün, H. (2012). Gelişmiş ve Azgelişmiş Ülkelerde Ekonomik Büyüme Dinamikleri: Bir Panel Veri Analizi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*. Cilt: 4(1).127-136.

- Gülcan, M. C. (2008). Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- Gülmez, A. ve Yardımcıoğlu, F. (2013). BRICS Ülkeleri ile Türkiye'nin Ekonomik Büyümesinde Ulusal ve Yabancı Tasarrufların Etkisi: Panel Veri Analizi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 14(1).47-68.
- Güngör, Ş. (2015). Toprak Kullanımı ile ilgili Uygulamalar ve Gelenekler, Nevşehir/Hacıbektaş Örneği”, *Researcher: Social Science Studies* ,3(4).
- Güriş, S. ve Yılğör, M. (2008). OECD Ülkelerinde Bütçe Açıkları ve Dış Ticaret Açıkları Arasındaki İlişki: Panel Veri İle Nedensellik Analizi. *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. Cilt: 15(2).773-783.
- Harris, R. and Sollis R. (2003), *Applied Time Series Model-ling and Forecasting*, First Edition, England: John Wiley and Sons Ltd.
- http://nusret.fisek.org.tr/wp-content/kitaplasmamis_yazilari/kitap_1/, Erişim tarihi: 04.04.2017.
- http://www.beyoglubirlik.gov.tr/sys_upload/files/Turkiyede%20Saglik%20Hizmetleri%20Gelisimi.pptx
Erişim Tarihi: 18.10.2016
- <http://Www.Husep.Hacettepe.Edu.Tr/Belgeler/Saglik%20ekonomisi%20mtokat.Pdf>, Erişim Tarihi: 04.10.2016).
- <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2016/12/saglikta-donusum-programinda-ikinci-faz/>, Erişim tarihi: 11.05.2017.
- <http://www.worldbank.org/en/region/MENA>, Erişim tarihi, 11.04.2017.
- <https://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa0SDSGRP>, Erişim Tarihi: 12.05.2017.
- Işık, A. (1998). Sağlık Ekonomisi, Finansmanı Ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İnceoğlu, F. (2013), Sağlık Analiz Yöntemleri ve Karaciğer Nakli Verileri ile Bir Uygulama, Yüksek lisans tezi, İÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Judge, George G. vd. (1985). *The Theory and Practice of Econometrics*.Wiley, Second Edition, ABD.
- Kalemlı, Ö., Ryder, H. E. Ve Weil, D. (2000). Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth. *Journal of Development Economics*, 62(1).

- Kar, M., Ağır, M. (2003). Human Capital And Economic Growth İn Turkey: Causality Test. II National Information, Economy And Management Congress Announcement Book, Derbent- İzmir.181-190.
- _____ ve Taban, S. (2003) “Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri”, Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi, 58(3).
- Karabulut K. (1998). Türkiye’de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama”. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Erzurum.
- Karagül, M. (2002). Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü Ve Türkiye Boyutu. Anıt Matbaa, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 37, Ankara.
- _____ (2003). Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*,5 (1), 79-90.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, E., Şentürk, H., Danış, O., & Şimşek, S. (2007). Modern Kent Yönetimi–I. Milsan Basım A. G., İstanbul.
- Kelly, T.Ross (1997). Public Expenditures And Growth”, *Journal Of Development Studies*. 34(1), 6084.
- Keskin, A. (2011). Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye. *Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4).125-153
- Kısa, P. (2012). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi ‘Türkiye Örneği. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Uşak.
- Kibritçioğlu, A. (1998). İktisadi Büyümenin Belirleyicileri Ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 53(1-4).
- Knowles, S., Owen, D. P. (1995). Health Capital and Cross-country Variation in per Capita in the Mankiw-Romer-Weil Mode. *Economics Letters*, Cilt 48(1). 99-106.
- _____ (1997). Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model. *The Economic Record*, Cilt 73(223). 314-28.
- Koca R. (2015). Türkiye'de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı Ve Temel Sağlık Göstergeleriyle İlişkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

- Kök, R., Şimşek, N. (2009). Panel Veri Analizi. <Www.Deu.Edu.Tr/ Userweb/Recep.Kok/ Dosyalar/Panel2.Pdf>, Erişim Tarihi: 20.04.2017.
- Kurtkan, A. (1976). Genel Sosyoloji. İ. Ü. İktisat Fak. Yay. No:373, İstanbul.
- Kurtulmuş S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları. İstanbul.
- Lucas, Robert E. (1988). On the Mechanics of Economic Development. *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.
- Lusting, N. (2004). Investing İn Healthforeconomicdevelopment. 1st ed., Mexico.
- Mankiw, N.G., Romer, D., Weil, D.N. (1992). A Contribution to the Empirics of Economic Growth. *Quarterly Journal of Economics*, Cilt 107, ss. 407-437.
- Mazgit, İ. (1998). Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- _____ (2002). Bilgi Toplumu Ve Sağlıkın Artan Önemi. I. Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi, Hereke-Kocaeli.
- McDonald, S. ve Roberts, J. (2002). Growth And Multiple Forms Of Human Capital in An Augmented Solow Model: A Panel Data investigation. *Economic Letters*, 74(1), 271-276.
- Mohammad, G.T. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi Ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama” Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- Morand, O.F. (2004). Economic Growth Longevity and the Epidemiological Transition. *The European Journal of Health and Economics*, 5(2), 166 – 74.
- Muhsin, K. (2003). Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 58(03).
- Musgrave, R. A. (1969), Fiscal Systems. Yale University Press.
- Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. *The Journal of Political Economy*, 70(5).
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. Ekin Kitabevi, İstanbul.
- Nargeleçekenler, M. (2011). Hisse Senedi Fiyatları ve Fiyat/Kazanç Oranı İlişkisi: Panel Verilerle Sektörel Bir Analiz. *Business and Economics Research Journal*. Vol: 2(2).165-184.

- Ngangue, N., and Manfred, K. (2015). The impact Of Life Expectancy On Economic Growth in Developing Countries. *Asian Economic And Financial Review*, 5(4), 653–660.
- Nordhaus, W. D (2005). Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards. *American Journal of Economics and Sociology*, January,64(1).367-392.
- Nurcan T. (2004). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar. Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları.
- OECD (1998). Human Capital investment: An international Comparison. Paris: OECD.
- OECD (2017). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Erişim Tarihi: 03.03.2017.
- Özbay, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Sistemi”, Türkiye’de Sağlığa Bakış. T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara.
- Özel, H. A. (2012). Ekonomik Büyümenin Teorik Temelleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 63-72.
- Özer, M., ve Biçerli, K. (2003). Türkiye’de Kadın İşgücünün Panel Veri Analizi. *AÜ SBE Dergisi*,3(1).
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri Ve Önemi: Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Öztekin, Z. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1(7).
- Öztürk, E. (2005). Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine. *Sayıştay Dergisi*, 56(1)
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?. <https://docs.google.com/file/d/0B1uPmG61ZGd0SHYyRHR5VUVGQ0k/edit>, Erişim tarihi: 11. 04. 2017.
- Phelps, C. E. (1997). Health Economics., Second Edition, Addison-Wesley.
- Preston, Samuel H. (1975). The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development”, Bulletin of The World Health Organization.
- Reinhart, V.R. (1999). Death And Taxes: Their İmplications For Endogenous Growth. *Economics Letters*, 92(1), 339-345.
- Romer, Paul M. (1986). Increasing Returns and Long-Run Growth. *Journal of Political Economy*, 94(5), 1002-1037.

- Sab, R. Ve Smith, S. (2001). Human Capital: International Evidence. *IMF Working Paper*, 32(1),2-33.
- Sağ, V. (2003). Toplumsal Değişim Ve Eğitim Üzerine. *CÜ SB Der.*, 27(1).
- Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu (2017). Yayın No:1063, Ankara., <https://sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=177>. Erişim tarihi:20.04.2017.
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2013. (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı,. Sosyal Güvenlik Kurumu. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). www.Saglik.Gov.Tr, Erişim Tarihi:21.09.2016.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 (2017). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1054, Ankara., http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf, Erişim Tarihi:19.04.2017.
- Sami T. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyo-Ekonomi Dergisi*,2(35).
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sayılgan, G. ve Süslü, C. (2011). Makroekonomik Faktörlerin Hisse Senedi Getirilerine Etkisi: Türkiye ve Gelişmekte Olan Piyasalar Üzerine Bir İnceleme. *BDDK Bankacılık ve Finansal Piyasalar*. 5(1).73-96.
- Schumpeter JA. Capitalism, Socialism and Democracy. (1975). New York: Harper, [orig. pub. 1942], 82–85.
- Selim, S., Uysal, D., ve Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Sophia W. (2002), Briefing Paper For Oxfam Gb, Health Financing in Developing And Transtional Countries . *Centre For Health Economics University Of York*, 22 January.
- Sorkin, A.L. (1977). Health Economics in Developing Countries, Lexington, Ma: Lexington Books.
- Strauss, J., Thomas, D. (1998). Health, Nutrition And Economic Development. *Journal Of Economic Literature*, 36(1), 766-817.
- Sur, H. (2017). Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi. <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> Erişim Tarihi: (02.04.2017).

- Şakar, A. Y. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamaları. *Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası*, Yayın No: 22, İstanbul.
- Şenses, F. (2003). Küreselleşmenin Öteki Yüzü Yoksulluk. 3. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Şimşir, N.C., Çondur, F., Bölükbaş M., Alataş, S. (2015). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar* , 52(604).
- Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyo Ekonomi*,2(4).31-46.
- _____ ve Kar, M. (2004). Kalkınma Ekonomisi. Ekin Kitabevi, Bursa.
- _____ (2004) . Türkiye’de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Talas, C. (1972). Sosyal Ekonomi. Sevinç Matbaası, Ankara.
- Tarı, R. (2011). Ekonometri, Kocaeli: Umuttepe Yayınları, 7. Baskı.
- _____ ve Kumcu, F. S. (2005). Türkiye’de İstikrarsız Büyümenin Analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 9.
- Taş, N., Hepşen, A., Önder, E. (2013). Analyzing Macroeconomic Indicators of Economic Growth using Panel Data. *Journal of Finance and investment Analysis*. 2(3).41-53.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1),103-133.
- Tatoğlu, F. Y. (2012). Panel Veri Ekonometrisi Stata Uygulamalı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Tekin, F. (1987). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Anadolu Ü. İİBF Dergisi*, Cilt 5(1).
- Temiz, D. Ve Korkmaz, S. (2007). Türkiye’de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1965- 2005”, *TUIK 16’ncı İstatistik Araştırmaları Sempozyumu*, Ankara,266-278.
- Tezcan, M. (1981). Eğitim Sosyolojisine Giriş. Ankara Üniv. Eğit. Fak. Yay., No:91, Ankara.
- Tezel, Y. S. (1989). İktisadi Büyüme, Ankara.
- The Task Force Report (2005). “Reducing Infant Mortality in Delaware”, The Task ForceReport, May, 2005, p.56. http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infant_mortalityreport.pdf, Erişim Tarihi: 12.02.2017.

- Tıraşoğlu, M. ve Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc: Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 2(2).
- Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tokat, M. (2008). Sağlık Ekonomisi”, Sky 724 Sağlık Ekonomisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- _____ (1994). Sağlık Ekonomisi. Seçim, H. (Ed.), Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 793, Eskişehir.
- Toprak, Z (2008). Kent Yönetimi ve Politikası. Birleşik matbaacılık, İzmir.
- Türkoğlu, M., ve Yetişen, S. (2016). Düzey 2 Bölgelerinde Eğitim Ve Sağlık Açısından Beşeri Sermaye Yapısının Panel Veri Analizi İle Karşılaştırılması. *Vizyoner Dergisi*, 7(14).
- Turhan, M., ve Taşseven, Ö. (2010). Yönetim Fonksiyonlarının Uygulandığı Alanlarda Ortaya Çıkan Hata Değerlerinin Oluşturduğu Yeni İlişkilerin Panel Veri Modelleri İle İrdelenmesi. *Ekonometri Ve İstatistik E-Dergisi*, (11), 128-153.
- Uçak, S. (2010). Sürdürülebilir Kalkınma Bağlamında Alternatif Enerji ve Enerji Üretimi - Büyüme İlişkisi: Panel Veri Analizi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD İktisat Politikası Programı.
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi. *Çalışma Ve Toplum*, 2(29).191-215.
- Ünsal E. (2009). Makro İktisat. İmaj Yayınevi, 8. Baskı, Ankara.
- Who (2000). Global Strategy For Health For All Bye The Year 2000.
- Williams A. (1987). Health and Economics, “Introduction”, London UK, Mac Millian, s.xi
- World Bank (1993). Investing in Health, World Development Report 1993. (The World Bank and Oxford University Press).
- World Health Organization (1981). Global Strategy For Health For All Bye The Year 2000”. Geneva, 19-29.
- Yazgan, T. (1992). İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları. Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul

- Yeğınboy, E. Y. (1993). Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1*”, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.
- Yereli, A.B., Kobal, İ., Köktaş, A.M., (2010). Sağlık Piyasasında Düzenleyici ve Denetleyici Otorite: Türkiye Üzerine Bir Öneri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*.
- Yetkiner, İ. H. (2006). Sağlık ile Büyüme, Ekonomi, İşletme. *Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi*, 6(2).
- Yıldırım, H. H. Ve Tarcan, M. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”. Ulusal Sağlık Kongresi Sunumu, http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf., Erişim tarih: (01.06.2016).
- Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi”, Uzmanlık Tezi. Dpt Yayınları No: 2350, Ankara.
- _____ (2009). Kurumsal İktisat Bağlamında Ülkeler Arası Büyüme Farklılıklarının Panel Veri Analizi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD.
- Yılmaz S. (2012). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi Ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Isparta.
- Yılmaz, M. (2002). İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Yolcu, H. (2012). Sağlık Sektör Kurulu Raporu 2012. MÜSİAD Araştırma Raporları: 81, Mavi Ofset, İstanbul.
- Yumuşak, İ. G., ve Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Bilgi Ekonomisi Ve Yönetimi Dergisi*, 4(1).
- Zayım, N. (2005). Tıp Bilişiminde Teknolojik Değişim Yönetimi; İnsan Ve Organizasyona İlişkin konular. 2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Tıp Bilişimi Derneği, Antalya.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Deniz GÜVEN

Doğum Yeri ve Tarihi : Malatya / 1987

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Gaziosmanpaşa Üniversitesi İ.İ.B.F - İktisat Bölümü
2006 - 2010

Yüksek Lisans Öğrenimi : Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İktisat Anabilim Dalı 2017

Yabancı Dil : İngilizce

E-Posta adresleri: : denizguvennn@gmail.com