T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: G-20 ÜLKELERİ VE TÜRKİYE ÖRNEĞİ

DOKTORA TEZİ

Danışman **Hazırlayan**
Prof. Dr. Levent GÖKDEMİR **Süleyman BOZKUŞ**

Malatya-2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: G-20 ÜLKELERİ VE TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Süleyman BOZKUŞ

Danışman
Prof. Dr. Levent GÖKDEMİR

Malatya-2024

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Jürimiz tarafından ……/…../2024 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği** ile başarılı bulunarak İktisat Anabilim Dalı **Doktora** Tezi olarak kabul etmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı	**İmza**
1. Prof. Dr. Levent GÖKDEMİR	……...
2. Prof. Dr. Mehmet GÜNGÖR	……...
3. Prof. Dr. Tayfur BAYAT	……...
4. Prof. Dr. Selim KAYHAN	……...
5. Prof. Dr. İzzet TAŞAR	……...

O N A Y

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun …/…./20… tarih ve 20…./……..… sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Suzan ERGÜN
Enstitü Müdürü

ONUR SÖZÜ

Prof. Dr. Levent GÖKDEMİR'in danışmanlığında doktora tezi olarak hazırladığım; "**Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: G-20 Ülkeleri ve Türkiye Örneği**" başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığı ve yaralandığım bütün eserlerin hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurla doğrularım.

Süleyman BOZKUŞ

TEŞEKKÜR

Bu çalışmamın ortaya çıkmasının her aşamasında engin bilgileri ve birikimlerini hiçbir zaman benden esirgemeyen, her zaman güvenini üzerimde hissettiğim sevgili danışman hocam **Prof. Dr. Levent GÖKDEMİR**'e,

Tez çalışmama görüş ve önerileriyle katkı sağlayan değerli tez kurulu üyelerine,

Hayatımın her aşasında hiçbir zaman güvenini benden esirgemeyen ve bugünlere gelmemi sağlayan çok değerli **Annem** ve **Babam'a**,

Tez yazım sürecinde yeterince vakit ayıramadığım için büyük özlem duyduğum canım oğlum **Cıvan** ve canım kızım **Ronya'ya**,

Doktora eğitim sürecinin her aşamasında yanımda hissettiğim, yaşadığım zorluklar karşısında bana yol gösterici olan, tez çalışmamın bitmesinde büyük çapa gösteren ve varlığıyla bana her zaman güç veren sevgili eşim **Handan YEŞİL BOZKUŞ**'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Süleyman BOZKUŞ

ÖZET

Gelişen teknoloji ile beraber sağlık, sadece ülkeler açısından değil aynı zamanda küresel olarak da gelişen ve değişen çok boyutlu bir kavram olmuştur. Teknolojik gelişmelerin sağlık alanında da uygulanması, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış ve eski zamanlarda ciddi hastalıkların sıradanlaşmasına olanak sağlamıştır. Sağlık hizmetlerine eşitlikçi bir şekilde bireylerin yararlanma olanaklarının gelişmesi, uluslararası alanda önemli bir gündem oluşturmaktadır. Özellikle de koronavirüs (Covid-19) pandemisiyle birlikte uluslararası kurum ve kuruluşların bu konuda yoğun çalışmalar içerisinde olduğu, ülkelerin de önemli katkılar sunduğu bir konu olmaktadır. Bu nedenle sağlık, ülkeler açısından bir maliyeti olan ve ülke ekonomileri üzerinde de etkisi olan bir alandır. Bu çalışmada sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, 20 Grubu (G-20) ülkeleri açısından incelenmiştir. Çalışmada, G-20 ülkelerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin analiz edilmesinde ekonomik büyüme değişkeni olarak ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYİH) verileri kullanılmıştır. Sağlık harcamalarının değişkeni olarak da Dünya Bankası tarafından yayımlanan ülkelerin sağlık harcamaları kullanılarak analiz içerisinde yatay kesit bağımlılıkları ve homojenite testleri uygulanmıştır. Daha sonra eşbütünleşme, hata düzeltme modeli, nedensellik ve son olarak da Emirmahmutoğlu ve Köse tarafından geliştirilen ülke bazlı sonuçları özetleyebilen nedensellik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Analiz sonucunda, kısa dönemde GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı arasında nedensellik ilişkisinin bulunmadığı gözlemlenmiştir. Uzun dönemde ise GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı arasında karşılıklı olarak % 1 oranında anlam seviyesinde Granger nedensellik ilişkisinin bulunduğu analiz edilmiştir. Nedensellik analizinde ise nedenselliğin sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ülke grubu (Türkiye, Meksika, Güney Afrika, Birleşik Krallık, Kanada, İtalya, Arjantin, Çin, Avustralya, Brezilya, Fransa, Hindistan, Japonya, Güney Kore, Suudi Arabistan, Rusya, Endonezya, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri) için geçerli iken; Kanada, Endonezya, Güney Afrika, Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde ise ülke bazında anlamlı olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, panel veri analizi.

ABSTRACT

With the developing technology, health has become a multidimensional concept that has evolved and changed not only for countries but also globally. The application of technological developments in the field of health has facilitated access to health services and has made it possible for diseases that were once serious to become commonplace. The development of opportunities for individuals to benefit from health services in an equitable manner constitutes an important agenda in the international arena. Especially with the coronavirus (Covid-19) pandemic, this has been an issue on which international institutions and organizations have been working intensively, and countries have made significant contributions. Therefore, health is an area that has a cost for countries and has an impact on national economies. In this study, the relationship between health expenditures and economic growth is analyzed in terms of The Group of Twenty (G-20) countries. In this study, in analyzing the relationship between health expenditures and economic growth in G-20 countries between 2000-2019, the Gross Domestic Product (GDP) data of the countries were used as the economic growth variable. As the variable of health expenditures, the health expenditures of the countries published by the World Bank were used and horizontal cross-sectional dependence and homogeneity tests were applied in the analysis. Then, co-integration, error correction model, causality and finally the causality analysis methods developed by Emirmahmutoğlu and Köse, which can summarize country-based results, were used. As a result of the analysis, it is observed that there is no causality relationship between GDP and health expenditures as a share of GDP in the short run. In the long run, it is analyzed that there is a mutual Granger causality relationship between GDP and the ratio of health expenditures to GDP at a significance level of 1%. In the causality analysis, it is concluded that the causality is from health expenditures to economic growth. While this result is valid for a group of countries (Türkiye, Mexico, South Africa, United Kingdom, Canada, Italy, Argentina, China, Australia, Brazil, France, India, Japan, South Korea, Saudi Arabia, Russia, Indonesia, Germany, and the United States of America), it was found to be significant on a country basis in countries such as Canada, Indonesia, South Africa, France and the United States of America.

Keywords: Health, health expenditures, economic growth, panel data analysis.

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR LİSTESİ xiii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK VE EKONOMİ: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kavramsal Olarak Sağlık 6
1.2. Sağlık Finansmanı ve Ekonomisi 8
1.2.1. Sağlık Finansmanı 8
1.2.2. Sağlık Finansmanı Modelleri 11
1.2.2.1. Beveridge Modeli 11
1.2.2.2. Bismarck Modeli 12
1.2.2.3. Özel Sağlık Hizmetleri Modeli 13
1.2.3. Sağlık Ekonomisi 15
1.3. Sağlık Hizmetleri 20
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 22
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 24
1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 24
1.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 25
1.3.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 27
1.4. Sağlık Harcamaları 27
1.4.1. Sağlık Harcamaları Kavramı 28
1.4.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 29
1.4.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirdeki Artış 30

1.4.2.2. Teknolojik Gelişmeler 31
1.4.2.3. Nüfus ve Yaşam Süresindeki Artış 32
1.4.2.4. Eğitim Seviyesi 33
1.4.2.5. Kentleşme 34
1.4.3. Ülkeler Açısından Sağlık Harcamalarının Önemi 35

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ
2.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomi Üzerindeki Etkisi 37
2.2. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi 41
2.3. Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 44
2.3.1. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları 45
2.3.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı 46
2.3.3. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı 48
2.4. G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi 51
2.4.1. G-20 Oluşumuna Genel Bakış 51
2.4.2. G-20 Ülkelerinin Sağlık ve Ekonomik Görünümü 53

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ ÜZERİNE YAPILAN AMPRİK ÇALIŞMALAR
3.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar 81

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: G-20 ÜLKELERİ VE TÜRKİYE ÜZERİNE AMPİRİK ANALİZ
4.1. Teorik Altyapı 104
4.2. Model ve Veriler 106
4.3. Ampirik Uygulama 108
4.4. Bölüm Değerlendirmesi 128

SONUÇ 130
KAYNAKÇA 135

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Sağlık Finansman Modelleri 13
Tablo 2.1. G-20 Ülkelerinin Coğrafik Sıralaması 52
Tablo 2.2. G-20 Ülkelerinin GSYİH'leri (Milyar USD) 54
Tablo 2.3. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'leri (USD) 56
Tablo 2.4. G-20 Ülkelerinde Ekonomik Büyüme Oranları (%) 58
Tablo 2.5. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH Büyüme Oranları (%) 60
Tablo 2.6. G-20 Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) 62
Tablo 2.7. G-20 Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD) 64
Tablo 2.8. G-20 Ülkelerinde Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) 66
Tablo 2.9. G-20 Ülkelerinde Özel Kesim Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) 68
Tablo 2.10. G-20 Ülkelerinde Ortalama Yaşam Süresi (Yıl) 70
Tablo 2.11. G-20 Ülkelerinde Yeni Doğan Bebek Ölüm Oranı (Binde) 72
Tablo 2.12. G-20 Ülkelerinde Anne Ölüm Oranı (Yüzbinde) 74
Tablo 2.13. G-20 Ülkelerinde 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerindeki Oranı (%) 76
Tablo 2.14. G-20 Ülkelerinde Nüfus Artış Oranı (%) 78
Tablo 4.1. Değişken Tanımları 107
Tablo 4.2. lnGDP ve HE için Yatay Kesit Bağımlılığı Sonuçları 109
Tablo 4.3. Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller Panel Birim Kök Test Sonuçları 111
Tablo 4.4. Bai ve Ng (2004) PANIC Panel Birim Kök Testi Sonuçları 114
Tablo 4.5. lnGDP için Im vd. (2005) Yapısal Kırılmalı Panel Birim Kök Testi Sonuçları 116
Tablo 4.6. HE için Im vd. (2005) Yapısal Kırılmalı Panel Birim Kök Test 117
Tablo 4.7. Eşbütünleşme Regresyonu İçin Yatay-Kesit Bağımlılığı ve Homojenite Test Sonuçları 120
Tablo 4.8. Panel Eşbütünleşme Test Sonuçları 123

Tablo 4.9. Kısa ve Uzun Dönem Nedensellik Analizi Sonuçları 125
Tablo 4.10. Ülke Bazında Nedensellik Testi Sonuçları 127

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Üçgeni 10
Şekil 1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı 18
Şekil 1.3. Sağlık Hizmetleri Sektörü 21
Şekil 2.1. Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki 43
Şekil 2.2. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD) 46
Şekil 2.3. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) 47
Şekil 2.4. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Özel Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) ... 49
Şekil 2.5. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) ... 50
Şekil 2.6. G-20 Ülkelerinin GSYİH'lerinin Görünümü (Milyar USD) 55
Şekil 2.7. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'leri (Milyar USD) 57
Şekil 2.8. G-20 Ülkelerinde Ekonomik Büyüme Oranları (%) 59
Şekil 2.9. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH Büyüme Oranları (%) 61
Şekil 2.10. G-20 Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) 63
Şekil 2.11. G-20 Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD) 65
Şekil 2.12. G-20 Ülkelerinde Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) 67
Şekil 2.13. G-20 Ülkelerinde Özel Kesim Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) 69
Şekil 2.14. G-20 Ülkelerinde Ortalama Yaşam Süresi (Yıl)) 71
Şekil 2.15. G-20 Ülkelerinde Yeni Doğan Bebek Ölüm Oranı (Binde) 73
Şekil 2.16. G-20 Ülkelerinde Anne Ölüm Oranı (Yüzbinde) 75
Şekil 2.17. G-20 Ülkelerinde 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerindeki Oranı (%) 77
Şekil 2.18. G-20 Ülkelerinde Nüfus Artış Oranı (%) 79

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ARDL : Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif Sınır Testi
BRICS-T : Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin ve Güney Afrika Ülkeleri
CADF : Cross-Sectionally Augmented Dickey-Fuller
EİT : Ekonomik İşbirliği Teşkilatı
EKK : En Küçük Kareler
FMOLS : Fully Modified Ordinary Least Squares
G-20 : 20 Grubu
G-8 : Sekizler Grubu
GMM : Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi
GSMH : Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYİH : Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HE : Sağlık Harcamaları
İİT : İslam İşbirliği Teşkilatı
LM : Lagrange Multiplier
MINT : Meksika, Endonezya, Nijerya ve Türkiye Ülkeleri
OECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PANIC : Özel ve Genel Öğelerde Durağan Olmayan Panel Analizi
PVAR : Panel Vektör Otoregresyon Modeli
PVEC : Panel Hata Düzeltme Modeli
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
VAR : Vektör Otoregressif
WB : Dünya Bankası

GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca birey olmada ve hayatın sürdürülmesinde sağlık, önem arz eden konuların arasında yer almaktadır. Devletler, bireyler ve toplumların ihtiyaçlarının temelini sağlık oluşturmaktadır. İlkel topluluklardan günümüz modern dünyasına kadar; sağlık koşullarının iyileşmesi ve tedavi edici yöntemlerin gelişmesi, toplumların ve bireylerin en önemli hedefleri ve ihtiyaçları arasında olmuştur. Bu nedenle her dönem için devletler ve bireyler sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve kurumsallaşması konusunda büyük mücadeleler içerisinde olmuşlardır.

Sağlık, kavramsal olarak tek bir anlamı ve tek boyutlu olarak açıklanması mümkün olmayan bir kavramdır. Her dönem için sağlık, kapsamı ve anlam derinliği değişen bir kavram olmuştur. Basit ve genel olarak sağlık kavramı, hasta olmama hali olarak tanımlanmaktır. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre; sağlığın yalnızca hasta veya sakat olma hali ile sınırlandırılmayacağı, bunun yanında pskolojik, sosyolojik ve fizyolojik olarak da iyi olma halinin de oluşması gerektiği vurgulanmıştır (Turancı ve Eşiyok, 2021: 97). Bu nedenle ideal bir hal olarak bilinen sağlık konusunun kapsamının genişleyerek aynı zamanda sosyal ve psikolojik olarak da bireylerin veya toplumların ideal bir seviyede olması gerektiği belirtilmiştir. Sosyal ve psikolojik olarak bireyin ve toplumların iyi olma hali, ekonomi ile yakın ilişkilidir. Yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımında adaletsizlik, sanatsal ve kültürel imkânların olmaması gibi sosyal yaşamı etkileyen hususlar sağlığı da olumsuz etkileyen faktörlerdir. Günümüzde fiziksel ve ruhsal olarak bireyin gelişmesinde engel olabilecek çevresel, kişisel, toplumsal, ailesel ve biyolojik faktörlerin oluşmasının önlenmesi sağlığın amaçları arasındadır (Çelik, 2019: 25).

Sağlıklı olma hali, sağlık alanının tek başına ilgilendiği bir konu değildir. Birçok sektörün ve bilim dalının ilgilendiği ve gelişmesi için katkıda bulunmaya çalıştığı bir konudur. Bu nedenle tarih, hukuk, sosyoloji, antropoloji, siyaset, teknoloji, psikoloji ve iktisat gibi bilimlerin de ilgilendiği ve gelişmesine katkı sunduğu bir alan olması açısından, tarihsel olarak çok boyutlu gelişme olanağına sahip olmuştur.

Sağlık olanaklarının gelişmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, toplumsal refaha ve kalkınmaya katkı sunması sebebiyle önemli bir rol

oynamaktadır. Bu açıdan kamusal niteliği yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin, ülkelerin hem yerel hem de küresel düzeyde sağlık koşullarının iyileştirilmesinde aktif rol oynamasını gerektirmektedir.

Sağlık statüsü, ülkelerin sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi aşamasında temel sağlık göstergeleri olan doğum esnasında beklenen yaşam süresi, bebek ve çocuklarda ölüm hızı, doğurganlık oranları, kabaca ölüm oranları, anne ölüm oranı, yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızı ve ölümler gibi ölçümlerle belirlenmektedir (Erten, 2016, aktaran, Ata ve Eryer, 2021: 33). Sağlık statüsünün gelişmesinde bahsi geçen göstergeler dışında, sağlık kurumlarının gelişmesi ve sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik gelişmelerden yararlanmak da gereklidir. Bu nedenle ülkelerin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapılmasında sıklıkla sağlık göstergelerine başvurulmaktadır. Sağlık statüsünün gelişmesinde ortaya çıkan maliyetlerin karşılanmasında, yapılan sağlık harcamaları belirleyici bir yere sahiptir. Ayrıca ülkelerin sağlık sistemlerinin güçlü olması da sağlık statüsünü belirleyen bir faktörler arasında yer almaktadır.

Ülkelerin ekonomik olarak gelişmişlik seviyesi, birçok ülkede sağlık harcamalarını belirleyen faktörler arasında yer almaktadır. Sağlıklı bireylerden oluşan toplumların sürdürülebilirliğinin sağlanması, sağlık koşullarının iyileşmesi ve gelişmesiyle sağlanmaktadır. Bu nedenle ülkelerin sağlık harcamalarına aktarılan bütçedeki pay; sağlık sisteminin güçlenmesi, sağlık kurumlarının modernleşmesi, teknolojik gelişmelerin sağlık alanında yaşanmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği yüksek bir hizmet olarak sunulması ve bireylerin sağlık imkânlarından eşit şekilde yararlanılması gibi olanakların gelişmesinde belirleyici rol oynamaktadır.

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin belirleyici göstergesi sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları, bireylerin sağlıklı olması ve sağlıklı olmayan bireylerin sağlığına kavuşabilmesinde gerekli yatırımların yapılarak, bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesi için gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması aşamalarında yapılan harcamalar olarak tanımlanabilir (Boz ve Sur, 2016: 24). Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve bireylerin sağlıklı yaşayabilmelerinin yapılan sağlık harcamaları ile yakın ilişkisi vardır. Bu nedenle toplumsal refahın sağlanması, ülkelerin sağlık harcamalarının yeterli düzeyde yapılmasına bağlıdır. Yaşam süresinin uzun olduğu, sağlık hizmetlerinin ve sistemlerinin güçlü olduğu ve diğer temel sağlık göstergelerinin iyi düzeyde olduğu

toplumların, nitelikli işgücüne sahip olması ve üretim faktörlerinin gelişmesine katkı sağlaması mümkündür (İşleyen, 2019: 64). Üretim faktörlerinin gelişmesi ve nitelikli işgücünün olması gelirleri artıran önemli hususlar arasında yer alır. Bu durum sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi etkilediği sonucunu göstermektedir. Ancak ortaya çıkan bu etkinin olumlu mu yoksa olumsuz mu olduğu konusu iktisatçılar tarafından tartışılan ve farklı görüşlerin olduğu bir konudur.

Ekonomik büyümenin nasıl olacağı ve temelinde hangi faktörlerin yer aldığı sorusu, iktisat biliminin uzun yıllardır cevaplamaya çalıştığı konular arasında yer almaktadır. Bu nedenle ekonomik büyümenin kaynağının neler olabileceği konusunda her dönem farklı görüşler hakim olmuştur. Merkantilistlere göre zenginliğin kaynağı kıymetli madenler, Fizyokratlara göre tarım, Klasik İktisatçılara göre piyasanın tam istihdam koşullarına sahip olması ve ülkelerin uluslararası ticarette bu koşullarla zengin olabileceği gibi farklı görüşlerle ekonomik büyüme teorileri ortaya atılmıştır. Ancak bu görüşlerin daha çok sermaye artışının sağlanmasına yönelik olduğu ve beşeri sermayenin nasıl gelişeceği konusuna yeterince değinmediği anlaşılmıştır.

Ekonomik büyümenin beşeri sermaye ile ilişkisi, içsel büyüme modelleri ile beraber tartışılmaya başlanmıştır. Beşeri sermayenin bileşenleri arasında yer alan eğitim ve sağlık konusunun ekonomik büyüme ile kalkınmanın sağlanmasında etkili olup olmadığı, iktisatçıların henüz bir görüş birliğine varmadığı bir konu olmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının ülkedeki ekonomik kalkınma ile ilişkisi, literatürde ilk olarak Mushkin tarafından ortaya atılan Sağlık Odaklı Büyüme Hipotezi ile açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlığın sermaye olarak görüldüğü hipotezde, yapılan sağlık harcamalarını, işgücünde üretkenliği artırdığı bu nedenle gelir üzerinde artış sağladığı ve toplumsal refahı sağlamada önemli olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı bireylerin yaşadığı ülkelerde üretkenliğin de artacağı ve böylelikle de birim başına daha fazla çıktı anlamına gelmesi sebebiyle ekonomik büyümeye yönelik olumlu etkisinin olduğu açıklanmaya çalışılmıştır. Daha sonrasında yapılan çalışmalarda, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki çeşitli modeller kullanılarak incelenmiştir. Çalışmanın literatür bölümünde de belirtileceği üzere sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik yapılan çalışmaların önemli bir kısmının yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etki yaptığı, ancak bazı çalışmalarda

herhangi bir ilişkisinin olmadığı ve diğer bazı çalışmalarda ise negatif yönlü bir etkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile arasındaki ilişkinin farklı sonuçlara varılmasında ülkelerin gelişmişlik seviyesi, coğrafik konumu, sağlık sistemleri, sosyal ve siyasal durumu, iklimsel özellikleri gibi birçok faktörün etkili olduğundan bahsetmek mümkündür.

Bu çalışmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden oluşan, farklı iklimsel ve coğrafik özelliklere sahip, siyasal ve ekonomik sistemlerinin birbirlerinden farklı olduğu ülkelerin oluşturduğu G-20 ülkelerinde; sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi gerek grup olarak gerekse bireysel anlamda ölçülmesi, konunun anlaşılması açısından daha faydalı olması beklenmektedir.

G-20 oluşumunda yer alan ülkeler; Türkiye, Meksika, Güney Afrika, Birleşik Krallık, Kanada, İtalya, Arjantin, Çin, Avustralya, Brezilya, Fransa, Hindistan, Japonya, Güney Kore, Suudi Arabistan, Rusya, Endonezya, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) oluşmaktadır. Ülkelere bakıldığında Kanada, Almanya, Japonya, ABD, Fransa, İtalya, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ile Meksika, Güney Afrika, Endonezya, Türkiye, Hindistan, Brezilya ve Arjantin gibi gelişmekte olan ülkelerden oluşmaktadır. Ayrıca Çin, Hindistan, Japonya, Endonezya, Suudi Arabistan, Güney Kore ve Avustralya gibi ülkelerin Asya- Avustralya kıtalarında; Türkiye, İtalya, Fransa, Almanya, Rusya ve Fransa gibi ülkelerin Avrupa kıtasında; Brezilya, Meksika, Arjantin, Kanada ve ABD gibi ülkelerin Kuzey ve Güney Amerika kıtasında; Güney Afrika'nın Afrika kıtasında yer alması sebebiyle kapsamlı bir coğrafik alana sahip olmaktadır. G-20 ülkeleri ekonomik göstergeler açısından dünyanın GSYİH'nin % 80'ini, dünya ticaretinin %75'ini ve dünya nüfusunun % 60'ını oluşturmaktadır (Sayar, 2022: 517). Ayrıca G-20 oluşumu içerisinde bölgesel olarak bulunan Avrupa Birliği'nin ise ortalama bir gösterge sunması ve ülke bazlı değerlendirilmesinde eksik kalması sebebiyle, Avrupa Birliği göstergelerinin kullanılmaması tercih edilmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin anlaşılması amacıyla kavramsal ve kuramsal çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık finansmanı ve sağlık ekonomisi kavramlarının tanımı yapılmış olup arasındaki fark açıklanmıştır. Özellikle daha sonraki bölümlerde ülkelerin sağlık sistemlerinin anlaşılması ve karşılaştırılmalarında katkı sunması açısından sağlık finansmanı işlevleri ve modelleri

incelenmiştir. Daha sonra sağlık hizmetlerinin kapsamı, sınıflandırılması ve özellikleri ayrıntılı açıklanmıştır. Son olarak sağlık harcamaları kavramsal olarak tanımlanarak, sağlık harcamalarını hangi faktörlerin etkilediği ve ülkeler açısından önemine değinilmiştir.

İkinci bölümde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki açıklanarak; sağlık harcamaları ile ilgili güncel göstergeler analiz edilmiştir. Bu göstergeler dünya çapında sunulmakta ve kamu ile özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı hakkında bilgi sağlamaktadır. Daha sonra ise G-20 ülkelerinde bu göstergelerin seçili yıllarda analizi yapılarak, dördüncü bölümde ampirik analizin temelinin oluşturulması sağlanmıştır.

Üçüncü bölümde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan yerli ve yabancı çalışmalar incelenerek literatür taraması yapılmıştır. Literatür taramasında sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi destekleyen, destelemeyen ve herhangi bir ilişkinin olmadığını açıklayan çalışmalar verilmiştir.

Çalışmanın son bölümünü oluşturan dördüncü bölümde ampirik analiz yapılmıştır. G-20 ülkelerinde 2000-2019 seçili yıllar arasında ampirik olarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesinde, ekonomik büyüme değişkeni olarak kullanılan ülkelerin GSYİH; sağlık harcamalarının değişkeni olarak da Dünya Bankası tarafından yayımlanan ülkelerin sağlık harcamaları kullanılarak analiz içerisinde yatay kesit bağımlılıkları, homojenite testleri uygulanmıştır. Sonrasında eşbütünleşme, hata düzeltme modeli, nedensellik ve son olarak da Emirmahmutoğlu ve Köse tarafından geliştirilen ülke bazlı sonuçları özetleyebilen nedensellik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE EKONOMİ: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin anlaşılması amacıyla kavramlar açıklanmaktadır. Öncelikle sağlık kavramının gerek uluslararası alanda gerekse ülkemizde tanımlaması yapılarak; kurumsal olarak da sağlık kavramı açıklanmştır. Daha sonra ise sağlık ekonomisinin önemi ve toplumsal olarak faydalarının neler olduğu ele alınmaktadır. Kavramsal ve kuramsal çerçeve oluşturulması çalışmanın sonraki bölümlerin anlaşılması hususunda katkı sunmaktadır.

1.1. Kavramsal Olarak Sağlık

Sağlık kavramını çeşitli tanımlamalar yaparak açıklamak mümkündür. Sağlık kavramı basit ve genel olarak, hasta olmama durumu şeklinde tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında ise sağlık kavramı şu şekilde tanımlanmaktadır: sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmama hali değil; bununla beraber fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak da iyi olma halidir (Turancı ve Eşiyok, 2021: 97). DSÖ tanımı sağlığı kapsamlı bir şekilde açıklamakla birlikte yakın dönemde bu tanıma "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürdürebilme" unsurunu da eklemiştir. Sağlık kavramı her iki durumda da eksiklikleri içinde barındırmaktadır. Sağlık tek bir durum olarak tanımlanması eksik kalmakta, zaman içerisinde değişen veya gelişen gereksinimlere göre sürekli yenilenmesi gerekmektedir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). DSÖ tanımından da anlaşılacağı üzere sağlık, çok boyutlu ve ideal bir durum olma hali olarak değerlendirilebilir.

Sağlık kavramını tek başına anlamı olan bir kavram olarak açıklamak mümkün değildir. Bu nedenle amaç veya araç olarak yaklaşmak gerekmektedir. Fiziksel ve ruhsal olarak bireyin gelişmesi sürecinde engel oluşturabilecek sosyal, biyolojik, çevresel, kişisel ve ailesel etkenlerin meydana gelmesini engelleme sağlığın amacıdır (Çelik, 2019: 25).

DSÖ'nün sağlık tanımına benzer bir tanımlama da ülkemizde ilgili kanunlarda yer almaktadır. Türk Sağlık Mevzuatı'nın ilgili kanunda sağlık kavramı, "yalnız hastalık ve

maluliyet yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali" olarak ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 1961: 10705).

Sağlık kavramsal olarak çok boyutlu olması nedeniyle tanımlanmasının da birçok yolu vardır. Sağlığın tanımlanmasında en önemli ayrım sağlığın resmi ve gayriresmi tanımlar açısından ele alınmasıdır. Resmi tanımı daha çok ülkelerin sağlık kurumlarınca açıklanmış olan tanımlardır. Resmi tanımlar genel olarak olumlu ve olumsuz yönden tanımlamalar yapılmak üzere iki bölümden oluşur. Gayriresmi tanımı ise sağlık konusunda kurumsal bir durumdan ziyade bireylerin sağlıkla ilgili algılarıdır. Bu algılar zaman içinde farklılık göstermekle kalmayıp aynı zamanda bölgesel ve ülkeler arasında da değişiklikler göstermektedir. Sağlığın olumlu tanımları, sağlığı ideal bir durum, toplumsal faaliyetlere katılım için yeterli ve bir meta olarak gören yaklaşımların bütününü içermektedir. Sağlığın olumsuz tanımları ise hastalığın olmaması veya patolojik olarak anormalliğin yokluğunun algılandığı olumsuz yaklaşımların bütününü içermektedir (Somunoğlu, 2012: 8).

Sağlık kavramını açıklamaya yönelik yeni tanımlar geliştiren Bircher, Sarrachi ve Parsons'ın çalışmalarında; Bircher'e göre sağlık; kişisel sorumluluk, yaş ve kültür ile ilişkilendirmiş ve bireyin yaşayabilmek için ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde kendine yetebilme hali olarak ifade etmiştir. Sarrachi sağlık kavramını temel ve evrensel hak olarak açıklamıştır. Parsons ise sağlık kavramını bireyin işlevsel olma yeteneği şeklinde değerlendirmiştir. Bireylerin toplumsal yaşam içerisinde, belirli sorumlulukları ve bir rolü vardır. Bu rolün ve sorumluluğun uygulanmasının sağlanması, sağlıklı bir durumun var olabileceğini söylemektedir (Başer, 2017: 6). Yapılan farklı tanımlamalar gösteriyor ki sağlık kavramı daha çok bireylerin ruhsal, sosyal ve fizyolojik açıdan iyi olması üzerinde durmaktadır.

Hastalık, sağlık kavramının karşıtı olarak bilinen bir kavramdır. Sağlık kavramını daha iyi anlamak için hastalık kavramına da kısaca değinmek gerekir. Hastalığı oluşma aşamasında erken teşhisinin ya da teşhisinden önce bilinmeyen faktörler sonucu meydana gelen; başlangıcı, süreci ve bitişinde kendine has bir süreç olarak oluşan soyun bir kavram olarak tanımlamak mümkündür (Loş, 2016: 4). Hastalık durumunun yaşanması halinde sağlık kavramı daha önemli bir hale gelmektedir. İnsanlık tarihinde de hastalık

durumlarının yaygınlaşması sağlık kavramını daha önemli hale getirdiği ve tanımlanmasında kapsamını geliştirdiğini göstermektedir.

1.2. Sağlık Finansmanı ve Ekonomisi

Sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında sağlık finansmanının ve ekonomisinin iyi yönetilmesi gereklidir. Bu açıdan sağlık hizmeti sunucularının teknolojik yenilikleri sağlanmasında ve kaliteli hizmet sunulmasında ekonomik boyut önemli bir yere sahiptir. Sağlık kavramının iyi anlaşılması hususunda ekonomik boyutun iyi analiz edilme önemlidir.

1.2.1. Sağlık Finansmanı

Ülkeler açısından sağlık en büyük zenginlik kaynağıdır. Toplumları oluşturan bireylerin sağlıklı olması, toplumların kalkınmasında önemli bir faktördür. Bu açıdan sağlık sorunları karşısında çözüm üretebilen toplumlar, ekonomik ve sosyal açıdan gelişme ve kalkınma sürecinde önemli bir engeli ortadan kaldırmaktadır. Ülkeler açısından önemli bir konumda bulunan sağlık harcamaları, sağlık sorunlarının çözümüne önemli ölçüde katkı sunmaktadır. Sağlık harcamalarının ülkeler ve bireyler açısından çeşitli sebeplerle artması, sağlık hizmetleri finansmanı kavramını ortaya çıkarmıştır.

Sağlık finansmanı, sağlık alanındaki faaliyetlerin finanse edilmesi amacıyla paranın ne şekilde harekete geçirilmesi gerektiğini ve nasıl kullanılmasına yönelik çalışmaları içermektedir (Çelik, 2019: 169). Tanım olarak, sağlık hizmetleri sağlayan kurum ve kuruluşların kaynaklarını hastalara sunma ve hastaların veya sağlık finansmanı sağlayan kurumların yapılan bu hizmetlere bağlı olarak yapmış olduğu ödemelerin tamamı şeklinde tanımlanabilir (Mossialos ve Dixon, 2002, aktaran Tatar, 2011: 105).

DSÖ sağlık finansman sisteminin, herkese adil bir şekilde yaklaşması gerektiğini ve eşit şekilde sağlık güvencesi sunması açısından çok önemli olduğunu açıklamaktadır. Herkese adil bir şekilde sağlık hizmeti sağlayabilmenin 3 önemli alana sahip olduğunu belirtmiştir. Bunlar (Sezer Korucu ve Oksay, 2018: 280);

1- Sağlık için kullanılacak finansal kaynakların artırılması,

2- Cepten ödemelerin azaltılması amacıyla sağlık hizmeti imkânlarına erişimden önce yapılan ödemeler ve bu ön ödemelerden sağlanan fonlar ile ekonomik açıdan engellerin azaltılması,
3- Finansal kaynakların verimli ve adil bir şekilde kullanılmasının teşvik edilmesi.

Sağlık finansmanının amacı, her kesimden insanların sağlık olanaklarına finansal olarak erişebilmesini kolaylaştırmasında gerekli ve kaynağının sürdürülebilirliği olmasının sağlanmasıdır. Bununla birlikte mevcut kaynakların etkin olarak kullanılması da önemlidir. Bu açıdan finansman sağlanırken her kesime adil yaklaşmak ve kaynaklar oluşturulurken toplumun yoksullaşmasını engellemek gibi amaçların da olması gerekmektedir (Yenimahalleli Yaşar, 2010: 31).

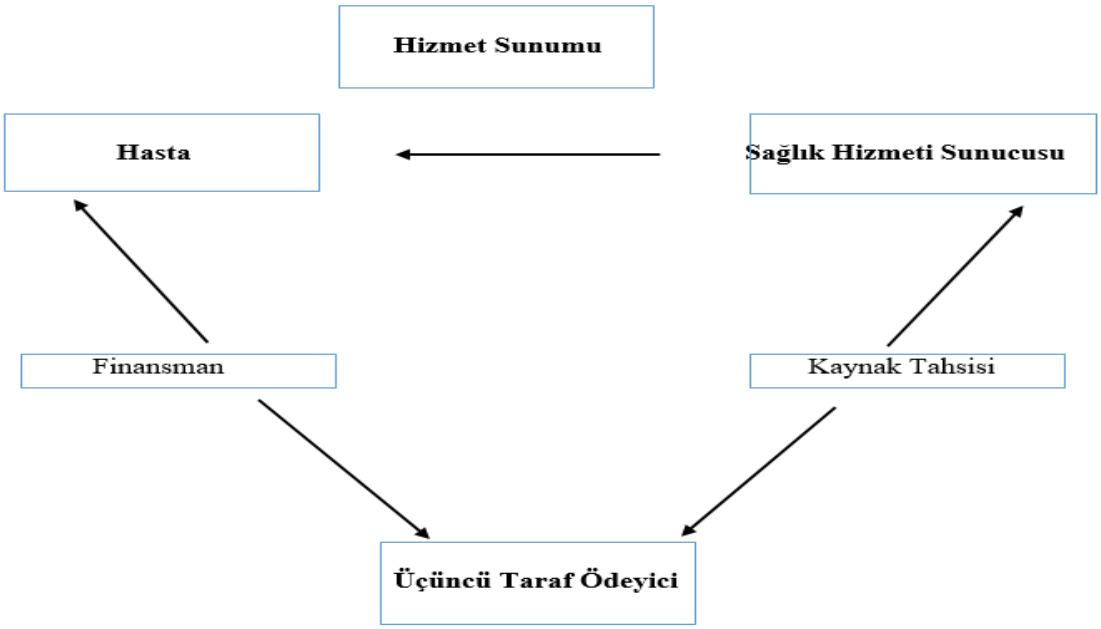
Sağlık finansmanının genel olarak üç temel özelliğinden söz edilir. Bunlar; bütçe toplama fonksiyonu, fon biriktirme fonksiyonu ve son olarak hizmet sunanlara ödeme yapılması fonksiyonudur.

Bütçe toplama fonksiyonu; sağlık sisteminde finansman oluşturmak için toplanan gelirlerdir. Kimin, ne kadar ve nasıl bir yönlemle ödeme yapacağı; kime veya neye ödeme yapılacağı ve yapılan ödemelerin toplanacağı kurum veya kuruluşları belirler. Bütçe toplama özelliği genel olarak; cepten yapılan ödemeler, vergiler, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, özel sağlık sigortası primleri, sosyal sağlık sigortalar primleri, yapılan bağış ve oluşan borçlardan oluşur. Bütçe toplama işlevi aynı zamanda "finansman işlevi" olarak tanımlanmaktadır. Bütçeyi sağlayan kuruluşlar gelir sağlama amacı olan özel kuruluşlardan oluşabileceği gibi gelir sağlama amacı olmayan kamu veya özel kuruluşlardan da oluşabilir (Çelik, 2017: 169).

Fon biriktirme fonksiyonu; sağlık hizmetlerinde yapılan ödemelerde oluşabilecek risklerin, fonlara destek sunan bütün üyelerin ortaklaşa paylaşılması amacını sağlayan gelir toplama ve yönetim işlevidir. Toplumda genellikle "sigorta işlevi" ismiyle bilinen fon biriktirme özelliğinin en önemli hedefi, belli olmayan sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılmasını sağlamaktır. Bununla birlikte fon biriktirme özelliği, sağlık hizmetlerine olan talebi destekleyip finansal olarak fon akışını garantilediği için, hizmet sunucuları açısından belirsizliği ortadan kaldırarak yatırımların yenilenmesi ve verimliliğin artmasını sağlamayı; böylelikle yatırım pojelerine bireyleri yönlendirmeye

çalışmaktır. Bütçe toplama fonksiyonunda da olduğu gibi fon biriktirme fonksiyonu da değişik kurumlarca yapılabilir. Fakat genellikle geliri biriktiren kuruluşlar ile toplayan kuruluşlar aynı olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002, aktaran Tatar, 2011: 105).

Hizmet sunanlara yönelik ödeme fonksiyonu; sağlık finansmanının bir diğer işlevini hizmet sunuculara yapılan ödemeler oluşturmaktadır. Bu işlevin amacı, elde edilen gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımına karşılık hizmet sunucularına gönderilmesidir. Fon biriktirme fonksiyonunda olduğu gibi ödeme yapma işlevinde de kime veya hangi kuruma ödemenin sağlanacağı genel olarak bilinmektedir. Fonu biriktiren ve ödemeyi sağlayan kurumlar çoğu zaman aynıdır. Sağlık hizmeti sunanlara yapılan ödemenin pasif ya da stratejik yönü olabilir. Pasif yapılan ödeme, fatura karşılığı yapılan ödemelerdir. Diğer taraftan stratejik yapılan ödeme ise sağlık hizmetleri için yapılan ödemenin nasıl ve kim tarafından yapılacağının belli olmadığı dinamik bir ödeme biçimidir. Diğer işlevler gibi, sağlık hizmeti sunuculara ödemenin yapma fonksiyonunda da birtakım farklı yanlar olabilmektedir. Bu fonksiyonda ödemenin yapılmasında; vaka başına yapılan ödeme, gün sonu yapılan ödeme, kişi başı yapılan ödeme, bütçe ve ücret ödemeleri, hizmetin ilk aşamasında yapılan ödemeler gibi yöntemler kullanılmaktadır (Schieber, 2005: 7).



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002, aktaran, Tatar, 2011: 106

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Üçgeni

Sağlık hizmetlerinin sunumunun kaliteli olabilmesi için sağlık finansmanının adil olması gerekmektedir. Ayrıca maliyetlerin azaltılarak kaynak oluşturmak ve yönetmek, kaynakların sürdürülebilmesi, toplumun her kesimi tarafından benimsenmesi, hizmet sunucuları arasında rekabetin sağlanması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin sunumunda önemlidir.

1.2.2. Sağlık Finansmanı Modelleri

Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri genel olarak üç farklı model olarak değerlendirilmektedir. Bunlar; Beveridge, Bismarck ve Özel Sağlık Sigortası gibi modellerdir. Üç modelde de sağlık hizmetlerinin finansal kaynakların yönetilmesi, hizmet sunucularının örgütlü davranışa sahip olması ve karar verme süreçlerin de farklılık göstermektedir.

1.2.2.1. Beveridge Modeli

Beveridge Modeli, İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'ta uygulanması sebebiyle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Helat Service-NHS) ile birlikte ele alınmaktadır. İsveç, İtalya, Norveç, Danimarka, Yunanistan, Finlandiya, Portekiz, İrlanda gibi ülkelerde bu model kullanılmaktadır. Beveridge modelinin temel özelliği sağlık harcamalarında finansmanın, ülkelerin vatandaşlarından almış olduğu vergilerden karşılanmasıdır (Tatar, 2011:110). Sağlık hizmetlerinde devletin etkin güç olduğu ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu bir modeldir. Bu modelde sağlık çalışanlarına devletin ödediği maaş ve diğer sağlık harcamalarının bütçesinin merkezi idareler tarafından belirlenmesi diğer özellikleri arasındadır.

Beveridge modeline göre sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde oluşturulan ana ilkeler şunlardır (Özmen, 2017: 603);

1. **Yönetimde birlik ilkesi;** bu ilke ile ülke genelinde faaliyette bulunan farklı sosyal sigorta kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi amaçlamaktadır.
2. **Sosyal güvenlik sisteminin istihdamın sağlanmasına yönelik politikalar ve ulusal sağlık politikaları ile desteklenmesi ilkesi;** ülkelerin sosyal ve sağlık politikalarının belirlenmesinde etkin olunabilmesi amacıyla ulusal sağlık ağının güçlendirilmesi ve ekonomik politikalar ile tam istihdamın sağlanarak güçlü bir sistemin oluşturulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

3. **Genellik ve sigorta yardımlarında teklik ilkesi;** sosyal ve sağlık imkânlarından sadece belli bir kesim veya meslek grubunun değil tüm halkın eşit şekilde faydalanması gerektiğini ifade etmektedir.
4. **Primlerde birlik ve vergilerle sağlık hizmetlerine destek sunma ilkesi;** sosyal güvenliğin sağlanmasında bireylerin de sorumluluğunun olduğunu ve bu sorumluluklarının yerine getirilmesinde vergilerle katkı sunmasının gerekliliğini ifade etmektedir.

Beveridge modelinde görüldüğü üzere sağlık harcamalarının daha çok devlet eliyle gerçekleştiği, devlet vatandaşlardan aldığı vergilerle bu harcamaları gerçekleştirmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerine erişimde toplumun her kesiminin eşit şekilde faydalanması gerektiği ifade edilmektedir.

1.2.2.2. Bismarck Modeli

Bismarck modeli, Almanya'da 1880'li yıllarda Almanya Şansölyesi Otto von Bismarck tarafından oluşturulmuş ve birçok ülke tarafından uygulanan bir modeldir. Almanya sağlık sistemini oluşturmakla beraber İsviçre, Avusturya, Hollanda, Belçika, Fransa gibi gelişmiş ülkelerin yanında gelişmekte olan ülkelerde de uygulanan bir modeldir. 1990 yılları ile birlikte sağlık politikalarının oluşmasında önemli bir rol oynamakla beraber Dünya Bankasının sağlık reformu girişimlerinde, sağlık finansmanı sağlaması konusunda en çok başvurulan modeller arasında yer almaktadır (Tatar, 2011: 111).

Sağlık politikalarının belirlenme sürecinde en önemli unsurun sanayileşme süreciyle birlikte ağır koşullarda çalışan işçi kesiminin sosyal güvenliğinin sağlanması oluşturmaktadır. Bismarck modeliyle sosyal sigorta sistemi kurularak işçi kesiminin sosyal güvenliği devlet eliyle sağlanması amaçlanmaktadır.

Bismarck tarafından bu modelin kurulmasındaki amaçlar arasında, o dönemde gittikçe yaygınlaşan sosyalist hareketlere karşı, bir taraftan geleneksel yöntemlerle mücadele yürütmek diğer taraftan sosyalist hareketlerin Almanya genelinde zemin bulmaması için sosyal politikalar alanında gelişmeler sağlanması yer almaktadır (Özmen, 2017: 602). Bilindiği üzere 1800'lü yılların sonlarına doğru işçi kesimin merkezde olduğu sosyalist hareketler Avrupa genelinde yayılmaktaydı. İşçi kesimine sosyal ve ekonomik

olarak sunulan destek ülkeler açısından, bu tür hareketlerin yaygınlaşmasını durduran önemli bir husustur.

Bu modelde ifade edilen sosyal güvenlik sistemi, öncelikle geliri belli bir miktarın altında olan sanayide çalışan işçi kesimini kapsamış, daha sonraları ise diğer kısım çalışanları da kapsayarak genişlemiştir. Belirlenen sistem özel sigorta ilkesini benimsemekle beraber, çalışanların sistem içerisinde yer almasını sağlamaya yönelik çalışmalar yürütmüştür (Günay, 2004: 554).

1.2.2.3. Özel Sağlık Hizmetleri Modeli

Özel sağlık hizmetleri modeli, devletin etkin olmadığı ve daha çok özel girişimlerle karar verme sürecinin uygulandığı bir model olarak ifade edilmektedir. Bu model kaynak ve karar verme mekanizması gibi konularda diğer iki modelden ayrılmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunucuları daha çok özel kesim eliyle yürütülmektedir. Bu modelde kaynakların özel girişimcilerle oluşması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde ücret ödenmektedir. Bu modelin merkezi ise Amerika Birleşik Devletleridir.

Sağlık hizmetleri modelleri arasındaki farklılaşmaları Tablo 1.1'de ki gibi özetlemek mümkündür.

Tablo 1.1. Sağlık Finansman Modelleri

	Beveridge Modeli	**Bismarck Modeli**	**Özel Sağlık Sigortası Modeli**
Uygulama Alanı	Birleşik Krallık-Ulusal Sağlık Hizmeti	Almanya- Sosyal Sağlık Sigortası	Amerika Birleşik Devletleri
Karar Verme Süreci	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynak	Vergiler	Çalışan ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Wild ve Gibis, 2003

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan modellerin belirlenmesinde birçok farklı dinamik söz konusudur. Bu farklı dinamiklerin temel kriterlerini ise aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Tatar, 2011: 106):

Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Açıdan Gelişmişlik Seviyesi: Dünya genelinde ülkelerin gelişmişlik seviyesinin en önemli göstergeleri arasında kişi başına düşen milli gelir yer almaktadır. Kişi başına düşen milli gelir, aynı zamanda ülkenin kaynaklarını harekete geçirebilen önemli bir gösterge olması sebebiyle sağlık hizmetlerinde de ödeme kapasitesinin bir belirleyicisidir. Bu sebeple sağlık finansman modellinin seçiminde ülkenin ekonomik potansiyeli ile uyumu, sürdürülebilirlik açısından önemli bir koşuldur.

Mali Kapasite: Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile benzerlik göstermesine rağmen sağlık harcamalarının hedeflenen düzeye ulaşabilmesinde kaynakları harekete geçirebilmeyi sağlayan finansman stratejilerinin önemli bir belirleyicisidir. Mali kapasite kriterini belirlerken stratejinin sürdürülebilir olması önemli bir koşuldur. Bismarck modelini uygulayan bir ülkede istihdamda kayıt dışılığın az olması sürdürülebilirlik açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin vergilere dayandığı Beverige modelinin uygulandığı bir ülkede, vergi politikalarının yapısı, şeffaflığı ve adil olup olmadığı mali kapasitenin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Benzer şekilde özel sağlık sigortası modelini uygulayan bir ülkede de girişimciliğin, kaynakların finansmanında belirleyici bir konumda olması sebebiyle denetimlerin etkin bir şekilde olması sürdürülebilirlik açısından önemlidir.

Uygulanabilirlik: Sağlık finansman modeli ne olursa olsun ülkenin mevcut potansiyeline uygun olması gerekir. Bu sebeple kaynakların oluşumu ve harcanması önemli iki süreçtir. Seçilen yönteme göre sistemin düzgün işleyebilmesini sağlayan yönetsel yetenek, insan kaynağının niteliği ve ihtiyaçları, finans yöntemlerinin toplum açısından genel kabul edilebilir olması gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması uygulanabilirlik açısından önemlidir.

Verimlilik: Her modelin kendine özgü bir yönetsel maliyeti olduğu ve bu maliyetin elde edilen gelirler içerisindeki oranı, seçilen modelin verimliliğini belirler. Bu açıdan yönetsel maliyet, elde edilen gelir içerisinde önemli bir orana sahipse seçilen modelin sorgulanması gerekmektedir.

Hakkaniyet: Sağlık finansmanı modeli belirlenirken sorgulanması gereken konular arasında, ödeme yükünün çoğunlukla toplumun hangi kesimi tarafından üstleneceğidir. Gelir düzeyi veya sağlık statüsü düşük kesimler tarafından üstlenmesi hakkaniyeti sağlamada eksik olacaktır. Bu sebeple seçilen modelin alt gelir grubunda olan kesimler üzerinde etkisinin az olması hakkaniyetin sağlanması açısından önemlidir.

Talep ve Tüketicilerin Davranışı: Sunulan sağlık hizmetinin seviyesini ve çeşitliliğini etklileyen faktörlerin başında, sağlık finansmanının yönetiminde kullanılan modeldir. Seçilen bazı modellerin hizmet sunucularının daha çok hizmet vermesine yönlendirmesini sağlarken; bazılarının da bireyleri daha çok veya gereksiz sağlık hizmetleri talep etmesine sebep olabilir. Bu iki durum da sağlık hizmetleri kullanımını ve beraberinde sağlık harcamalarını artırması sebebiyle sistemin sağlıklı işleyişini engelleyen unsurlardır. Bu sebeple hangi model seçilirse seçilsin sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı engellemek sağlık finansmanının iyi işlemesine katkı sunar.

Arz ve Hizmet Sunucusu Davranışı: Sağlık hizmetleri finansmanında seçilen model, sağlık hizmeti sunan kurumların davranışını doğrudan etkileyebilir. Hangi hizmetler için ne kadar ödeme yapılacağı hususu, sağlık hizmeti sunan kesimin davranışını belirlemektedir. Bu sebeple yapılan araştırmalar, sağlık hizmeti sunan kesimin sosyal güvence kapsamındaki bireyler açısından daha fazla serbest davrandığı, hizmet başına yapılan ödeme yöntemleri ile geri ödeme yapıldığında daha çok sağlık hizmeti sunduğunu göstermiştir.

Sağlık hizmetlerinin finansman modeli belirlenirken her modelin kendine özgü farklı sonuçlarının olduğu ve avantajları olduğu gibi dezavantajları da olduğu göz ardı edilmemelidir. Seçilen model uygulanabilirlik açısından her ülkede farklılık gösterebilir. Bunun sebebi ise sağlık hizmetlerinin geçmişten gelen finansman geleneği, toplumda oluşan genel kabuller, kültürel faktörler, ülkelerin sağlık politikaları deneyimleri gibi durumlar sağlık finansmanı modelinin belirlenmesinde önemlidir.

1.2.3. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi; sağlık sektörüne aktarılan kaynaklarının tamamının veya üretim faktörlerinin (sermaye, işgücü, bina, tıbbi donanım vb.) etkin şekilde sağlık hizmeti üretmek amacıyla nasıl kullanılacağı ve üretilen sağlık hizmetlerinin toplumu

oluşturan halk tarafından nasıl adil bölüneceğini açıklamaya çalışan bilim dalı olarak tanımlamak mümkündür (Tokat, 1994: 5). Sağlık ekonomisi, 1960'lı yıllarla birlikte bağımsız bir bilim dalı olarak ortaya çıkması sebebiyle ekonomi bilimi açısıdan gecikmiş bir alan olarak kabul edilmektedir. Sağlık ekonomisi, hastaların ve hekimlerin davranışlarını, toplumun genel sağlık durumunu ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki rolünü konu alması sebebiyle iktisat bilimi içerisinde mikro ekonomik bir bakış açısına sahiptir. Bununla birlikte sağlık hizmetleri sektörünün analizinde ise makroekonomik bakış açısına sahiptir (Çelik, 2019: 50).

Sağlık ekonomisinin en temel amaçları arasında; sunulan ve toplum ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin ne ölçüde, hangi aracıyla, nasıl ve kim için üretilmesi gerektiği sorularını cevaplamak olduğudur. Sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomi açısından incelenmesi, sağlık ekonomisinin konusunu meydana getirmektedir (Şenatalar, 2003: 25). Ayrıca sağlık ekonomisinin alanını sağlık hizmetlerine ayrılan kıt kaynaklar oluşturur. Bu kaynakların kıt olması sağlık ekonomisinin çıkış noktasını oluştur ve sağlık hizmetlerinin etkin üretilmesinin sağlaması ise sağlık ekonomisinin önemini gösterir (Tunçsiper ve Bakar, 2023: 21).

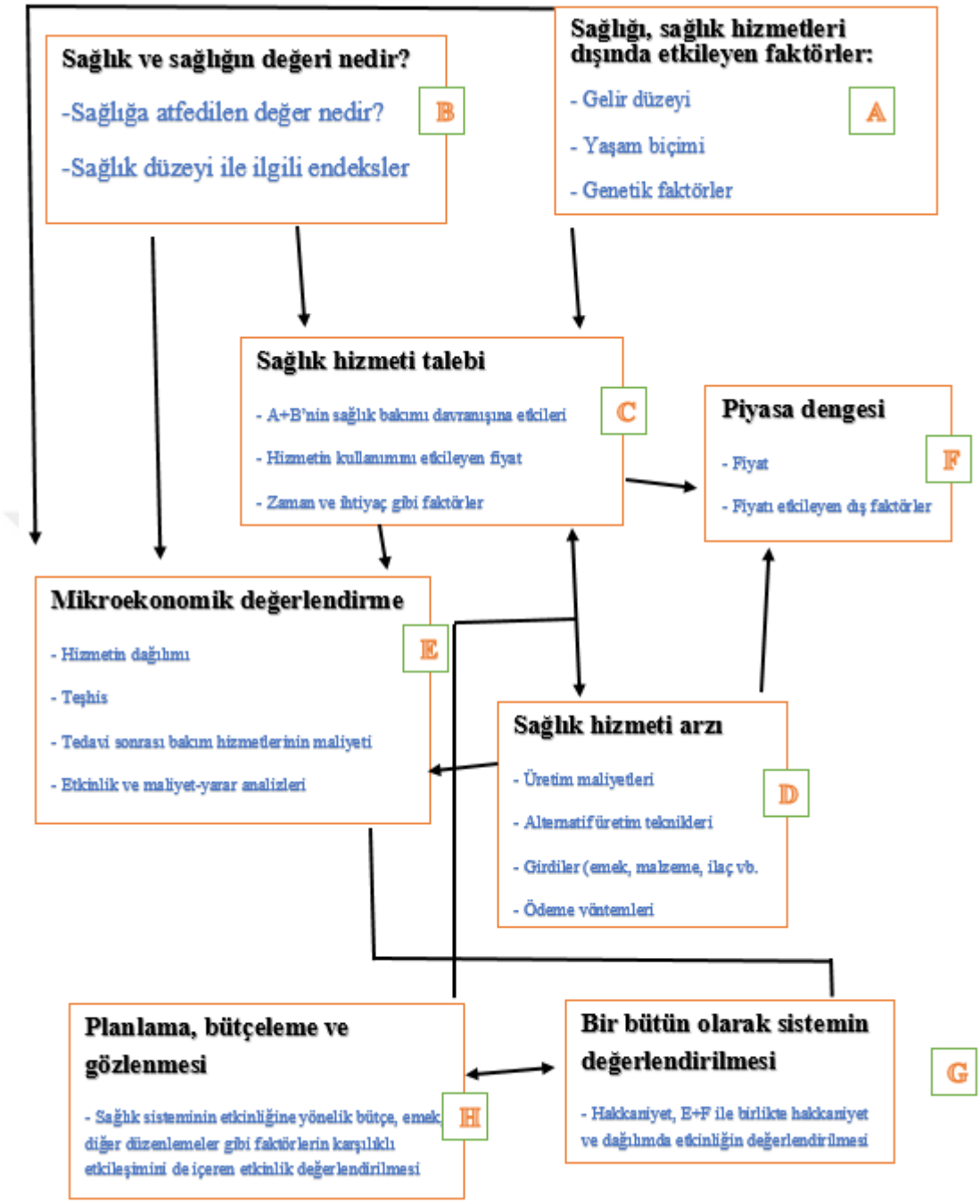
Sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti kullanıcıları arasında bazen şu tartışmanın yaşandığı gözlenmektedir: Sağlık hizmetinin mutlaka karşılanması gereken bir sosyal hizmet olup olmadığı ve ekonomik kuralların veya ilkelerin sağlık hizmetleri açısından geçerli olup olmayacağının tartışması. Bu tartışmalar daha çok acil sağlık hizmetleri, ölüm veya sakat kalma gibi durumların üzerinde durmaktadır. Ancak çoğu sağlık hizmetinin doğası gereği acil olmadığı ve ölüm veya sakat kalma gibi durumlarla sonuçlanmadığı, sağlıksız olup olmama gibi davranışların bireylerin tercihlerine bırakıldığı düşünüldüğünde tartışmanın çok anlamlı olmadığı ifade etmek mümkündür (Alpugan, 1984: 138).

İktisat biliminde olduğu gibi sağlık ekonomisinde de arz ve talep, analiz yapılmasında önemli başlıklardır. Sağlık hizmetlerinde arz kavramı, sağlık ekonomisinde daha çok üretime yönelik faaliyetlerin (sağlık hizmetlerine aktarılan kaynaklar, üretimin maliyeti, ikame mal üretimi, sağlık sektörünün işleyişi, sağlık kurumlarının durumunu, sağlık hizmetlerinin finansman şekli v.b.) bütününü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talep kavramı ise sağlık ekonomisinde tüketime yönelik faaliyetlerin (gelir

seviyesi, sağlık hizmetlerine yönelik yaklaşımlar, piyasanın genel durumu v.b.) bütününü oluşturmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 295).

Sağlık ekonomisinin kapsamının kesin çizgilerle belirlenmesi zordur. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin ekonomik faaliyetlerle bir arada buluşturması sebebiyle kapsamın genişlemesi mümkündür. Sağlık hizmetleri, sağlıklı bireyler oluşturma noktasında hasta veya sağlıksız bireylerin aksayan ihtiyaçlarını karşılarken; ekonomi ise bu faaliyetlerin gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları sağlar (Tıraş, 2013: 131). Sağlık ekonomisinin en önemli faaliyetleri arasında; sağlık konusunda yasal düzenlemeler ve yapılan düzenlemelerin ekonomik etkileri, devletlerin sağlık politikaları oluşturumasında ve analiz edilmesinde, sunulan sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların verşmli kullanımı, insan kaynaklarına yapılan yatırımların verimli olması ve sağlık hizmetlerini geliştirici faaliyetlerinin tamamını kapsamaktadır (Çalışkan, 2008: 32).

Culyer ile Newhause çalışmasında (Culyer ve Newhause, 2000, aktaran, Çalışkan, 2008: 33) sağlık ekonomisinin kapsamına dair ayrıntılı bir analiz ortaya koymuşlardır. Yapılan analizi şema ile açıklamaya çalışırken şemalar içerisinde yer alan her kutucuğun içeriği ülkeler açısından farklılık gösterdiğini de ifade etmiştir.



Kaynak: Culver ve Newhause, 2000, aktaran, Çalışkan, 2008: 33

Şekil 1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Şekil 1.2'ye bakıldığında, öncelikle A kutusu ile başlamak gerekir. Sağlık nedir, değeri ve faydası nasıl ölçülür, hangi faktörleri içinde barındırır, niteliği nedir, sağlık durumunu gösteren endeksler nelerdir, yaşamın değeri nedir gibi konuları incelenir. Sağlık ekonomisi bu tür konular hakkında bir ilerleme kaydettiğini ilerleyen bölümlerde de anlamak mümkündür.

B kutusu, sağlık kavramının etkilendiği dış faktörler inceler. Çalışma koşullarının oluşturduğu riskler, toplumu oluşturan bireylerin gelir düzeyi, dağlımı, genetik durumu, beslenme alışkanlıkları, yaşam şekli, barınma koşulları, zararlı alışkanlıkların (alkol, sigara, uyuşturucu madde gibi kullanımlar) düzeyi gibi toplumda olan fakat sağlık hizmetlerinin dışında kalan faktörleri analiz eder.

C kutusu, sağlık hizmetleri talebi konusunu inceler. Bu nedenle daha çok sağlık hizmetleri talebinin oluşmasını sağlayan faktörler üzerinde durur. Bireylerin sağlıklı olma talebi, aynı zamanda sağlık hizmetlerine olan talebi de artıran en önemli faktördür. Fakat nasıl artması sorusu yani talebin yönü açıklanmaya ve incelenmeye muhtaçtır. Bu talep tüketim açısından değerlendirildiğinde A ve B kutularında belirtilen davranışlar, sunulan sağlık hizmetlerinin erişiminde meydana gelen; fiyat, yasal faktörler, zaman, kurumların yapısı, genel olarak sağlık sigortaları, doktorlara olan güven gibi unsurların incelenmesine hizmet eder.

D kutusu, sağlık hizmetleri arzını inceler. Daha önce de ifade edildiği gibi sağlık hizmetleri arzı daha çok üretim yönü üzerinde durmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretim faktörlerinin nasıl oluşturulmasını açıklamaya çalışır. Maliyet ve üretim fonksiyonları, girdiler ve girdiler arasında ikame oranları, sağlık hizmeti üretimi yapan kurumların yapısı, üretim teknikleri, piyasanın yapısı ve finansman yöntemleri gibi faktörler incelenir.

E kutusu, sağlık hizmetleri piyasasında denge fiyat mekanizmasını inceler. Bu piyasanın denge fiyatlarının oluşumuna etki eden; sunulan hizmetin fiyatı, zaman maliyeti, bekleme süresi, sağlık hizmeti sunanların davranışları, fiyat dengeleme mekanizmalarının bu piyasaya etkisi, dışsallık sorunu, piyasa başarısızlıkları ve kamu gibi faktörlerinin sağlık hizmetleri piyasasında denge fiyat mekanizmaları üzerinde etkilerini analiz eder.

F kutusu, sağlık ekonomisine mikro ekonomik bir yaklaşım sunarak; sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların miktarını ve dağılımını inceler. Mikro ekonomik yaklaşım içerisinde sağlık sisteminin incelenmesi ve optimizasyonun nasıl olacağı, maksimum fayda analizi ile buna en uygun yöntemleri oluşturmayı sağlamayı hedefler.

G kutusu, sağlık hizmetlerinde planlamanın, bütçelemenin ve denetlemenin nasıl oluşması gerektiği analiz edilir. Sağlık hizmetleri sisteminde performansını planlama, bütçeleme ve denetleme uygulamaları ile artırılmasını amaçlar.

H kutusu, sağlık hizmetleri sistemini bir bütün olarak inceler. Bu açıdan E ve F kutularında kapsamının belirlendiği açıdan bakıldığında; verimlilik ve eşitlik kriterleri ile uygulamak, sistemde yerel ve dünya çapında analizinin yapılması, var olan finansman türleri ve bu türler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ve sistem tarafından belirlenen hedefler doğrultusunda performansının ölçülmesini sağlamak gibi konular üzerinde durmaktadır.

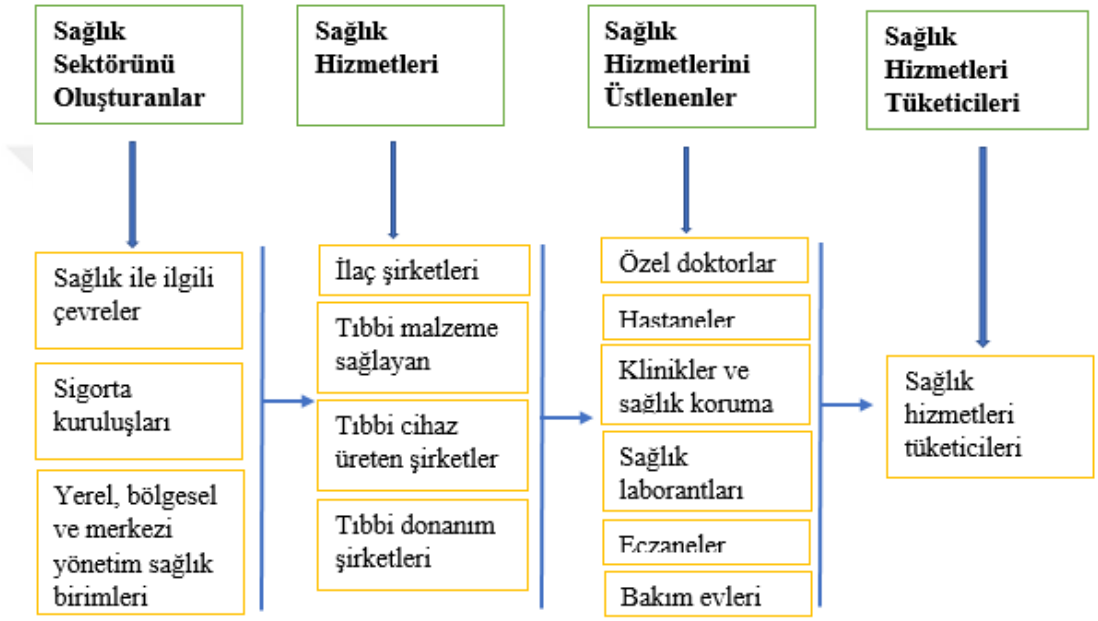
1.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri genel olarak insanların hastalıklardan veya sağlıklı olabilmeleri amacıyla yürütülen faaliyetlerin bütünü olarak tanımlamak mümkündür. Bununla birlikte DSÖ sağlık hizmetlerini, "belirli sağlık kuruluşlarında farklı tiplerde sağlık personelinden faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylelikle kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici faaliyetleri sağlamak üzere ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2000). Ülkemizde ise 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazeteyle çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kapsamında sağlık hizmetleri, "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir." olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 12.01.1961/10705).

Sağlık ve hastalık gibi kavramların algılanmasında ve tanımlanmasında yaşanan farklılaşma, sağlık hizmetleri üzerinde de etkili olmuştur. Hastalığın sadece bedensel rahatsızlıklar olarak kabul edildiği bir durumda, sağlık hizmetlerinin de bu türden rahatsızlıkları gidermeye yönelik hizmetleri kapsadığı anlaşılmaktadır. Fakat bedensel rahatsızlıkların yanında psikolojik ve sosyal açıdan ele alındığında sunulan sağlık hizmetlerinin de kapsamı genişleyecektir (Çoban, 2009: 11). Bu sebeple sağlık hizmetleri toplumların yapısına göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin kapsamının geniş olması beklenirken, az gelişmiş veya gelişmekte olan

ülkeler açısından sağlık hizmetlerinin kapsamı dar olduğu beklenir. Bu açıdan ülkelerin sosyal gelişmişlik düzeyi sağlık hizmetleri üzerinde etkilidir.

Sağlık hizmetlerinin değişen ve gelişen özelliği sebebiyle, sağlık hizmetleri sektöründe aktörleri belirlemek çok zordur. Bu sebeple sağlık hizmetlerini oluşturan aktörler belirlenirken daha önce bahsedildiği gibi sağlık hizmetlerinin oluşumuna dahil olan kesimleri ele almak gerekir. Sağlık hizmetleri sektörünü şekil yardımıyla şöyle açıklamak mümkündür:



Kaynak: Kumbasar, 2016: 8.

Şekil 1.3. Sağlık Hizmetleri Sektörü

Şekil 1.3'te görüldüğü üzere sağlık hizmetleri içerisinde yer alan aktörlerin çoğunu görmekteyiz. Şeklin sağ tarafında yer alan aktörler, hasta veya potansiyel hasta olarak görülen sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kesimlerdir. Sağlık hizmetlerini talep eden kesimin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan kesim ise sağlık hizmetlerini üstlenen kesimdir. Bu kesimi oluşturanlar ise bakım evleri, hastaneler, klinikler ile sağlığı koruma teşkilatları, sağlık laboratuvarları, özel doktorlar, eczanelerdir. Sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerini üstlenen kesimlere tedarik sağlayan kesim ise tıbbi donanım şirketleri, tıbbi cihazlar ve malzemeler üreten şirketler ve ilaç şirketleridir. Bu şirketler çoğu ülkede kar amacı güden işletmelerdir. Sağlık hizmetlerini sağlayan son grup ise bu kesimlerin tamamını oluşturan sağlık sektörü kesimidir. Bu kesim ise sağlıkla ilgili olan sigorta

şirketleri, yerel, bölgesel ve merkez birimlerdir. Sağlık hizmetleri imkânı sağlayan bu kurumlar, sağlık sektörünün en önemli aktörleridir.

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde birçok faaliyetin birbirlerine benzemesi ve toplumun sağlık hizmetlerine dair beklentilerinin homojen olmaması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kapsamı geniş tutulmaktadır. Bu nedenle önceleri hastaların tedavi edilmesi en önemli beklenti iken günümüzde çok boyutlu cerrahi operasyonların artması ve gelişmesi sağlık hizmetlerinde beklentileri artırmaktadır (Tıraş, 2018: 42).

Sağlık hizmetlerinin oluşmasını sağlayan sağlık piyasası diğer piyasalardan farklıdır. En önemli farklılık ise sağlık piyasasında salt kar amacının olmamasıdır. Sağlık hizmetleri sunan kurumların en önemli görevi toplumun sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamaktır. Fakat hizmetleri sağlarken bazı özelliklere de sahip olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini kısaca şunlardır:

- ***Sağlık Hizmetlerinin Ertelenmemesi;*** Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayıran özelliklerin başında bu hizmetlerin ertelenmemesi gelmektedir. Bireylerin sağlık sorunları karşısında sağlık hizmetlerinin sağlanamaması veya ertelenmesi birçok sorunu beraberinde getirir. Hayati bir kaybın veya hastada kalıcı hasarın olması ihtimaline karşı sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi bireyler açısından önemlidir.
- ***Sağlık Hizmeti Talep Edenlerin Davranışlarının Belirsizliği;*** İktisat biliminin varsayımları arasında tüketicilerin rasyonel olma hali vardır. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketicilerin rasyonel olmadığı söylenebilir. Sağlık hizmeti talep edenlerin davranışlarındaki belirsizlik, bireylerin gelecekteki sağlık durumlarını bilememesi ve hangi türden sağlık hizmetlerine ihtiyacının olacağı hakkında bilgi sahibi olamaması belirsizlik durumunu ortaya çıkarmaktadır (Çelik, 2017: 55).
- ***Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olamaması;*** İktisat literatüründe tüketiciler tercihlerinde, malların veya hizmetlerin birbirlerini tamamlaması veya ikame edilmesi özelliklerine göre rasyonel davranış sergilerler. Özellikle de tam ikame mallarda tüketiciler, belirleyici olan birçok faktörü göz önünde bulundurarak rasyonel tercih yaparlar. Ancak sağlık

hizmetlerinde böyle bir tercih söz konusu değildir. Bireylerin geliri hangi düzeyde olursa olsun sağlık hizmetlerinin başka bir hizmetle ikamesinin mümkün değildir (Çoban, 2009: 14).

- ***Sağlık Hizmetlerinin Monopol (Tekel) Piyasaya Yakın Olması;*** Sağlık hizmetlerinde rekabetin sınırlı olması, piyasaya girişte bazı şartların yerine getirilmesinin ve devletin müdahalesinin olması, fiyatların belirlenmesinde arz ve talebin belirleyici olmaması gibi durumlar monopol piyasaya yakın olmasını sağlamaktadır.
- ***Sağlık Hizmetlerinde Tüketimin Tesadüfi Olması;*** Sağlık hizmetlerine ne zaman ve nasıl ihtiyaç duyulacağının belli olmaması tüketiminin tesadüfi olmasını sağlar. Aniden hastalık yaşanması (kalp krizi, beyin kanaması, trafik kazası, salgın hastalıkların olması vb.) durumunda sağlık hizmetlerine ulaşılması gerekmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın ne zaman olacağının bilinmemesi tüketiminin tesadüfi olması ile alakalıdır.
- ***Sağlık Hizmetinde Bilgi Asimetrisinin Olması;*** Sağlık hizmetlerinin kapsamının geniş olması ve bilgi asimetrisinin olması sebebiyle, sağlık hizmetinden faydalanacak bireylerin ihtiyaç duydukları konuda bilgi düzeyleri zayıftır. Hastalanan bireye yapılan tedavinin nasıl olacağı, hangi tahlillerin yapılması gerektiği gibi konuların uzmanlık bilgisi gerektirdiğinden sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi vardır.
- ***Sağlık Hizmetlerinin Kamusallık Gerektirmesi;*** Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler sınıfında yer alması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri tüketicinin hizmetine sunulduğunda sadece birey olarak değil aynı zamanda toplumun geri kalan kesimi üzerinde de faydası vardır. Kısacası bireyin sağlıklı olması toplumun sağlıklı olmasıyla doğrudan ilişkilidir (Tıraş, 2018: 45). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin birey-toplum ilişkisi çerçevesinden bakıldığında kamusallık gerektirmektedir.
- ***Sağlık Hizmetlerinde Dışsallık Özelliğinin Olması;*** Tanımsal olarak dışsallık, bir ekonomik faaliyette mal veya hizmeti tüketenlerin dışında kalanların da bu faaliyetten doğrudan etkilenmesidir. Sağlık hizmetleri alanında dışsallık, sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin elde ettiği faydanın toplum için de faydalı olması halidir. Ekonomide dışsallık kavramı

negatif ve pozitif dışsallık olmak üzere ikiye ayrıldığı gibi sağlık hizmetlerinde de bu durum geçerlidir. Salgın hastalıklarla mücadele toplumun genelini ilgilendirdiğinden sağlık hizmetlerinin sağlanması toplumun tamamı için faydalı olacaktır. Bu fayda sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallık olarak görülmektedir (Mushkin, 1958: 786). Sağlık hizmetlerinde negatif dışsallık ise mal veya hizmeti tüketenlerin dışında kalan kesimin zarar görmesidir. Örnek olarak bireylerin sigara kullanımı verilmektedir. Bireylerin sigara kullanması sadece sigara içenleri değil, aynı zamanda içmeyenler açısından da uzun dönemde ciddi problemler doğurmaktadır (Çoban, 2009: 28). Sağlık hizmetlerinde önemli olan pozitif dışsallığın sağlanmasıdır. Özellikle de pandemi süreçlerinde sağlık hizmetlerinde iyileştirmelerin toplumun genelini kapsaması birçok açıdan faydalıdır.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinde en önemli amaç, insan sağlığının korunması, ihtiyaç halinde tedavileri ve rehabilitasyonu için hizmet vermesidir. Böylesi bir amaçla sağlık hizmetlerinin anlaşılması ve içerinin bilinmesi mümkün değildir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin anlaşılması ve içeriğinin bilinmesi amacıyla üç farklı sınıflandırma ile açıklamak faydalı olmaktadır: Koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri (Akdur, 2006: 12).

1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların oluşmasından önce alınabilecek tüm önlemleri ve tedavileri kapsamaktadır. Rehabilite edici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden farklı olarak, koruyucu sağlık hizmetleri daha öncelikli bir durum söz konusudur. Bu nedenle ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak, etkin kullanılması halinde hastaların tedavi edilmesinden daha az maliyetlidir (Altay, 2007: 34). Ülkelerin hastalıkları önlemede ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin genişlemesinde, koruyucu sağlık hizmetleri çok önemli bir konumdadır. Erken teşhis tüm hastalıklar için önemlidir. Bu sebeple yaygınlaşması ve uygulanması birçok hastalığı iyileştirici etki yaratır. Günümüzde çok yaygın olan meme kanserinin erken teşhisle önemli oranda ortadan kaldırmak mümkündür.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, koruyucu önlemleri üç aşamadan ifade etmek mümkündür(Hayran, 2019: 173): **Birincil (primer) koruma;** sağlığın bireysel ve toplumsal düzeyde gelişmesini sağlamak amacıyla, aşılama, yeterli ve dengeli besleme gibi gerekli önlemlerin alınması birincil koruma kapsamına girmektedir. **İkincil (sekonder) koruma;** erken teşhis ve tedavi önlemleri ile hastalanma olasılıklarını azaltmayı amaçlar. **Tersiyer koruma;** hastalık durumuna göre yaşanabilecek sakatlık veya kalıcı hastalıkları azaltmayı ve böylelikle hastanın yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamayı amaçlar.

Ülkelerin sağlık sistemleri, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verdiği ve daha çok bu hizmetlerin bireysel ve çevresel açıdan yaklaştığı görülmektedir. Bireysel açıdan koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık eğitiminin verilmesi, toplumsal bağışıklık, aile planlaması hizmetlerinin sağlanması, anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması, erken teşhis ve erken tedavi imkânlarının sağlanması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi gibi hizmetlerin sağlık personelince sağlanması şeklinde ifade edilmesidir. Çevresel açıdan koruyucu sağlık hizmetleri ise daha çok insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek dış faktörlerin (çevresel, kimyasal, fiziki, biyolojik vb.) etkisini ortadan kaldırmasını amaçlar. Bu sebeple; atıkların kontrolü, oluşan hava kirliliğini azaltan önlemler, temiz suya erişimin sağlanması, iş sağlığı ve güvenliği, kontrollü gürültü gibi hizmetlerinin farklı kamu kurumlarınca sağlanması olarak ifade edilebilir (Atabey ve Meriç, 2016: 114).

1.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İnsanlar açısından günlük yaşamda meydana gelen bir kazalar, hastalıklar veya yaralanmalar sağlık durumu bozduğu için tedavi edilmeyi gerektirebilir. Bu durumda tedavi edici sağlık hizmetleri bireylerin sağlık durumunu iyileştirici hizmetler sunmaktadır. Kısacası, sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte ortaya çıkan sakatlık veya hastalık gibi durumların ortadan kaldırılmasını sağlamak için verilen her türlü tedavi edici hizmetlerdir.

Tedavi edici sağlık hizmetler ile koruyucu sağlık hizmetleri karşılaştırıldığında; tedavi edici sağlık hizmlerinin maliyetli ve uzmanlaşmaya ihtiyaç duyulan hizmetlerdir. Personellerin uzamanlaşmış olması ve sağlık kurumlarında fiziki imkânların gelişmiş olması sebebiyle finansal ve yönetimsel olarak daha iyi konuma sahiptir. Bu tür hizmetler

toplumsal açıdan oldukça faydalıdır. Fakat toplumsal faydasının yanında sahip oldukları maliyet ve her türlü kurumsal veya uzmanlaşma gibi ihtiyaçlarının olması sebebiyle ülkelerin çoğunda daha çok sağlık hizmeti olarak koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır (Altay, 2007: 35). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri uygun maliyetlere sahip olması sebebiyle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygınlık göstermekte; tedavi edici sağlık hizmetleri ise olası hastalıklara ve sakatlıklara karşı gerekli hizmetleri sunması açısından daha çok sağlık sistemlerinin geliştiği ülkelerde yaygın olmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç farklı sınıflandırma ile açıklamak mümkündür. Bunlar birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde açıklanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların daha çok ayakta ya da evde muayene hizmetlerinin yapıldığı sevk zincirinin ilk kademesini oluşturmaktadır. Bu hizmetler daha çok hasta evleri, sağlık ocakları, poliklinik veya muayenehanelerde yapılmaktadır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak kuruluşlarda yeterli düzeyde ekipmanların olmaması veya ciddi sağlık sorunları olan hastaların durumundaki aciliyete göre uzman hekimlerce hastanede yatırılarak gerekli tetkik, teşhis ve tedavilerin yapıldığı sağlık hizmetleridir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise ikinci basamak sağlık hizmetlerinden farklı ileri teknolojilere sahip sağlık kuruluşlarında farklı uzmanlık düzeyine sahip personelce verilen sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. İkinci basamak sağlık kurumları aracılığı ile hastaların gönderildiği ve sınıflandırmanın son halkasını oluşturmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumları; akıl-ruh ve sinir hastalıkları merkezleri, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri, kalp hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan kuruluşlar arasındadır (Çelikay ve Gümüş, 2011: 57).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, verimli ve etkin olarak sunulması için basamaklar arasında oluşan sevk zincir gerekli şekilde uygulanmalıdır. Birinci basamakta hizmet alan hastanın tedavisinin eksik olması halinde, ikinci veya üçüncü basamağa sevk edilmesi için gerekli araçların sağlanması önemli bir husustur. Bu nedenle sevk zincirine uygun

hareket edilmesi, hastaların sağlık kurumlarındaki hizmetlerini hızlandırılmasına ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırılmasına olanak sağlayacaktır.

1.3.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Sunulan sağlık hizmetlerinin sadece hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi ile sınırlı bir hizmet değildir. Bunun yanında tam iyi olma halinin sağlanması için ruhsal açıdan da iyi olmak gerekir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerin yaşadığı hastalıklar ve kazalarla birlikte oluşan kalıcı bozuklukların veya sakatlıkların yaşamlarını etkilenmesini engellemek veya en az seviyeye indirmek için gerekli rehabilitasyon hizmetleridir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal (toplumsal) rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde sunulur:

Tıbbi rehabilitasyon, hastalık ya da yaşnan kaza neticesinde zayıflayan uzuvun ya da organın, fizik tedavi gibi tedavilerle eski gücüne dönüştürülmesi veya tedavisi mümkün olmayan organın yerine protez veya cihaz takılarak organın işlevinin kısmen kanmasını sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerle birlikte birey, yaşam kalitesini artırarak günlük ihtiyaçlarını karşılamamış olur. Bu hizmetler sağlık çalışanları tarafından yürütülmektedir. Tıbbi rehabilitasyona örnek olarak, postür (duruş) bozuklukların giderilmesi, protezlerin kullanılması, görme ve işitme gibi kusurları en aza indirme çalışmaları gösterilebilir.

Sosyal (toplumsal) rehabilitasyon, toplumsal anlamda fiziksel veya ruhsal engelli bireylerin günlük hayatta yaşamlarını sürdürmeleri ve başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlayıcı çalışmaları kapsayan hizmetlerdir. Bu tür hizmetlerin kendiliğinden olması mümkün değil, bu nedenle bu hizmetleri yapacak kurumsal ve örgütsel bir mekanizmanın olması gerekir (Akdur, 2006: 15).

1.4. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin en önemli amacı olan sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesinin sağlanması için yapılan harcamalar genel olarak sağlık harcamaları olarak bilinmektedir. Ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış bireylerin hayat kalitesini ve yaşam süresini olumlu bir şekilde etkiler (Akar, 2014: 311). Böylelikle toplumsal

olarak sağlık statüsünün gelişmesi sürecinde yapılan sağlık harcamaları ülkeler açısından önemlidir.

Ülkeler sağlık harcamalarının belirlenmesinde birçok faktörün dikkate alınması gerekir. Bu faktörler arasında; önceki dönemlerde ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamaları, nüfus miktarı, doğumda beklenen yaşam süresi, üreme oranı, eğitim durumu, ekonomik büyüme, 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı, personel ve altyapı harcamaları gibi faktörler yer almaktadır. Fakat bu faktörler içerisinde ülkelerin milli gelir düzeyleri ve sağlık problemleri en üst sırada yer almaktadır (Güvenek, 2015: 219). Bu nedenle sağlık harcamaları çok farklı boyutlarda ele alınmakta ve ülkelerin ekonomisi içerisinde önemli yere sahip olması sebebiyle ekonomik büyüme ile doğrudan ilişkilidir.

1.4.1. Sağlık Harcamaları Kavramı

Ülkelerin ekonomisinin güçlü ve sürdürülebilir olması, sağlıklı bir toplumun olmasıyla yakından ilişkilidir. Sağlıklı bir toplumun varlığının sağlanmasında ise sağlık hizmetlerinin kapsamlı olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında yapılan harcamaların tamamını sağlık harcamaları olarak tanımlayabiliriz (Akın, 2007: 29). Sağlık hizmetleri üretmek ve sağlık hizmetlerini yaymak için harcama yapılması gerekir. Bu nedenle ülkeler farklı düzeylerde de olsa sağlık harcaması yapmak zorundadır.

Dünya Bankası'na (WB) göre sağlık harcamaları şu şekilde tanımlanmaktadır: kamunun ve sağlık hizmeti veren özel kurumların sağlık hizmeti sunarken yapmış oldukları harcamalar toplamıdır. Sağlık hizmetleri kapsamında; aile planlanması, beslenme ve acil sağlık hizmetlerine erişim gibi farklı unsurlardan oluşmaktadır. Bununla birlikte su temini veya arıtma gibi harcamalarını sağlık harcamaları içerisinde göstermemektedir (WB, 1993). Dünya Bankası ülkelerin sağlık harcamaları istatistikleri sunan önemli kurumlar arasında yer almaktadır.

OECD'ye göre sağlık harcamaları, uzun zamanlı bakım işleri, rehabilite edici ve tedavi edici çalışmalar ile bu amaca yönelik destek hizmetler ve sağlık malzemeleri gibi kişiye ilişkin bakım: halk sağlığı ve sağlığın organizasyonu gibi halka yönelik çalışmalar açısından gerçekleşen sağlık hizmetleri ve ürünlerinin tüketiminin ölçülebilirliği olarak tanımlanmaktadır. Bu hesaplama yapılırken genellikle bir yıllık dönemin parasal ifadesi ile ölçülür ve bu hesaplama da cari sağlık harcamasını ifade etmektedir. Cari sağlık

harcamalarının etkileri uzun dönemli de oluşabileceği için sağlık alanında yapılan yatırım harcamaları dâhil edilmemektedir. Fakat yatırım harcamalarının da eklenmesi durumunda toplam sağlık harcamaları göstergeleri elde edilmektedir. OECD sağlık harcamaları verilerini cari yani yıllık olarak hesaplamakta olup, genellikle sağlık yatırımı harcamalarını dâhil etmemektedir (Aydın, 2021: 46).

TÜİK sağlık harcamaları kapsamını daha geniş tutmaktadır. TÜİK kurumsal olarak sağlık harcamaları konusunda veri derleme ve analiz faaliyetlerini, OECD, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Avrupa Birliği İstatistik Ofisi'nin ortaklaşa yürüttükleri teknik faaliyetlerin sonucu büyümesi sağlanan Sağlık Hesapları Sistemi yöntemine elverişli olarak, ülke geneli ilk olarak Sağlık Bakanlığı aracılığıyla 1999-2000 dönemi için uygulanan Ulusal Sağlık Hesapları projesi kapsamında gerçekleşmiştir. Daha sonraki dönemde bu kapsamda yapılan çalışmalar TÜİK tarafından yürütülmüştür. Sağlık harcamaları; tedavi aşamasında gerekli malzemeler, ilaçlar, sağlık malzemeleri, hastane ve hastane dışı sağlık hizmetleri ile ilgili tüketim harcamaları ve sağlık ile ilgili aletleri kapsamaktadır (TÜİK, 2022).

1.4.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlıklı bir toplumun olması aynı zamanda ülke kalkınmasını sağlayan önemli bir aşama olarak görülmektedir. Bu nedenle toplumu oluşturan bireylerin sağlık durumlarının iyi olması ve bu iyi halin süreklilik arz etmesi, talep edilen sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ve sağlık hizmetlerine erişimin önünde engel olmaması ile yakından ilgilidir. Gerekli sağlık hizmetlerinin bireylere sağlanmasının ihtiyaç duyulan sağlık harcamalarının yapılmasıyla yakın ilişkilidir.

Sağlık harcamalarının ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkili olduğu ve ülkelerdeki mevcut sağlık sistemlerinin, sağlık harcamalarının artmasında veya azalmasında belirleyici rol oynadığı sonucunu getirmektedir. Bununla birlikte ülkelerin gelişmişlik düzeyi hangi aşamada olursa olsun, ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamalarında meydana gelen artışların benzer özellikler taşıdığı bir durum söz konusudur. Bu benzerlikler ise genellikle teknolojik gelişmeler, nüfus artışı, eğitim seviyesi ve sağlık konusunda bilinçli toplum, kişisel gelirde meydana gelen yükseliş, yaşam süresindeki artış, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, kronik hastalıkların artması, küresel anlamda hastalıkların artması (Covid-19 pandemisi gibi),

kentleşme, yaşam tarzındaki ve sosyal değer yargılarındaki değişimler gibi birçok faktör ülkelerin sağlık harcamalarını etkilemektedir (Tıraş ve Türkmen, 2020: 112).

1.4.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirdeki Artış

Kişi başına düşen gelir, iktisat bilimi açısından ülkelerin gelişmişlik seviyesini ortaya çıkarmasında önemli bir göstergedir. Bir ülkede bireylerin kişi başına düşen ortalama gelirlerinin fazla olması, aynı zamanda o toplumda bireylerin daha uzun ve sağlıklı hayat sürmeleri anlamına gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin o ülkedeki kişi başına düşen gelirden ziyade gelir dağılımındaki eşitliğe de bağlıdır (Çelik, 2019: 41). Bu nedenle gelişmiş ülkelerde bireylerin yaşam kalitesinde artış sağlaması ve uzun ömür sürmelerine katkı sunmasından dolayı sağlık harcamaları yüksektir.

Bireylerin kişi başına düşen gelirlerinin artışı aynı zamanda tüketim davranışlarını da etkilemektedir. Artan gelir daha konforlu ve sağlıklı bir yaşam sürme ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle gerek kamu gerekse özel sektör eliyle gerçekleşen sağlık hizmetlerine yönelik talebi artan bireylerin sağlık harcamalarının da artması muhtemeldir (Boz ve Sur, 2015: 25).

Ülkelerin sağlık harcamalarına aktarılan payın GSYİH içerisindeki oranı, kişi başına düşen gelirdeki artışa bağlıdır. Kişi başına düşen gelirin az olduğu ülkelerde sağlık harcamalarına aktarılan bütçenin de az olduğu beklenen bir husustur. Bu nedenle ülkelerin sağlık harcamalarına aktarılan bütçe, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Sağlık harcamalarının kamu kesimi eliyle gerçekleşmesi, sağlık hizmetlerinin çoğunlukla gelir esnekliğinin birden büyük olduğu da göz önünde bulundurulursa, kişi başına düşen gelirde meydana gelen bir birimlik artışın ihtiyaç duyulan kamu hizmetlerinde daha fazla artış sağlaması nedeniyle sağlık harcamalarının geri dönüşümünün daha fazla olacağı anlamına gelecektir (Mutlu ve Işık, 2012: 217). Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yapıldığı ülkelerde, kişi başına düşen gelirde oluşan artışların kamu harcamalarında sağlık harcamalarına aktarılan payın artmasını sağlayacaktır (Atılgan, 2023: 69). Kişi başına düşen gelirde artışın sağlanması sadece kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payını artırmamakta; aynı zamanda özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleriyle de sağlık harcamalarının artırılması beklenmektedir.

1.4.2.2. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinin aksamadan devam edilebilmesi ve hastalıkları önlemede gelişmelerin sağlanabilmesi için sağlık alanında da teknolojik gelişmeler yakından takip edilmektedir. Özellikle günümüzde gelişen teknoloji ve değişen tüketici davranışları ile beraber teknolojik gelişmeler önemli bir yere sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde teknoloji; sağlık alanındaki gelişmeler sağlaması, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis, tedavi süreci, rehabilitasyonu veya uzun süreli bakımın sağlanması için yapılan her türlü müdahale olarak tanımlanabilir. Sağlık teknolojisi olarak; ilaçlar, tıbbi ve cerrahi prosedürler, tıbbi cihazlar ve sağlık bakımlarında kullanılan organizasyonel sistemlerin tümü kabul edilmektedir. Sağlık sorununu çözmek ve hayat kalitesini artırmak için teknolojik gelişmeler kullanılarak oluşturulan ilaçlar, aşılar, cihazlar, prosedür ve sistemsel olarak oluşturulan organize bilgi ve becerilen kullanılması yine sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmelerdir (Yiğit ve Erdem, 2016: 217).

Günümüzde teknolojik gelişmelerle beraber oldukça yaygın bir kavram haline gelen dijitalleşme süreci diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da önemli dönüşüm sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme süreciyle beraber bireylerin sağlık durumlarını kendilerinin takip edebilmesi, sağlık teknolojilerinde mobilizasyonunun gelişmesi, hastalıkta erken tanı, tedavi ve teşhis gibi konularda akıllı cihazların gelişmesi, sanal hastaneler gibi birçok gelişmeyi beraberinde getirmiştir (Akalın ve Veranyurt, 2021: 233). Sağlık alanında kullanılan bu yeni gelişmelerle beraber sağlık hizmetlerinde dijital bir dönüşümün yaşanmasına katkı sunulmuştur. Dijitalleşme süreciyle beraber maliyet ve verimlilik konuları başta olmak üzere hasta memnuniyetinin ve karar verme süreçlerinin gelişmesine (Kılınç, 2020: 722) katkı sunarak; sağlık hizmetlerinin süreklilik kazanmasına hizmet eden en önemli faktörler arasında yer almıştır. Salgın hastalıkların yaşandığı süreçlerde (örneğin Covid-19 pandemisi) insanların temas halinde olmadan sağlık hizmetlerine erişmesine, dijitalleşme süreciyle ilerleyen teknolojik gelişmeler katkı sunmaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında dijital sağlık hizmetlerinin gelişmesi sağlık hizmetlerinde kalite ve sürdürülebilirliği artıran bir husus olarak değerlendirilebilir (Özen, 2021: 5442).

Sağlık teknolojileri değerlendirilirken fiyatlandırma, ruhsatlandırma, düzenleyici, bilimsel tavsiye niteliği gibi önemli rolleri bulunmaktadır. Bu ve benzeri rolleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Elbarbary, 2010: 80-81: Allen vd. 2013: 308 aktaran, Yiğit ve Erdem, 2016: 221):

- **Satın alma rolü;** hastanelerin sağlık teknolojileri satın alma sürecinde karar alınırken edinilen rolü,
- **Fiyatlandırma rolü;** geri ödeme yapan kurum veya kuruluşlar için sağlık teknolojilerinin fiyatlarının belirlenmesindeki rolü,
- **Bilimsel tavsiye niteliği rolü;** klinisyenler için teknolojik gelişmeler kullanılırken hangi yaşların veya hangi hastalıkların kapsama alınacağı, hastalıkların belirlenme sürecinde ve hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun sağlık müdahalelerinin kullanımında bilimsel tavsiye verme rolü,
- **Düzenleyici ve ruhsatlandırma rolü;** sağlık politikaları belirlenirken ilaçlar, tıbbi cihazlar, aşılar gibi sağlık teknolojilerinin katkı sunduğu malzemelerin kullanımında sağlık politikaları sunucularının kullanımların ne ölçüde veya kullanımlarına izin verilip verilmeyeceği sürecindeki rolü,
- **Kullanım değerlendirilme rolü;** sağlık alanında faaliyet yürüten meslek örgütleri için sağlık teknolojisinin klinik protokolü ve uygulama sürecindeki aşamaların aktarılması, sağlık teknolojilerinin amacı dışında ve etik olmayan kullanımlarının önlenmesi için etkili bir süreç oluşturma ve ihtiyaç duyulan araçların kullanımlarının değerlendirilmesi rolü bulunmaktadır.

Sağlık alanında teknolojik gelişmelerin etkili ve düzgün katkı sunulması için yukarıda açıklanan rollerin yerine getirilmesi önemlidir. Teknolojik gelişmelerin sağlık alanında büyük gelişmeler sağlayacağı, bu nedenle günümüzde birçok gelişmiş ülkelere sağlık teknolojilerinin araştırılması ve geliştirilmesi sürecinde önemli harcamalar yapılmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamaları içerisinde teknolojik gelişmeler önemli bir yere sahiptir.

1.4.2.3. Nüfus ve Yaşam Süresindeki Artış

Bir ülkedeki nüfus ve yaşam süresindeki artış, sağlık harcamalarını etkileyen sosyal faktörlerden birisidir. Bu açıdan tarihsel olarak ilk tartışmalardan biri olan nüfus artmasının mı yoksa azalmasının mı topluma katkı ve gelişme sağlayacağı önemli bir soru

olarak tartışılmaktadır. Maltus tarafından 1798 yılında kaleme alınan "Nüfus Prensipleri Üzerine Bir Deneme (An Essay on the Principle of Population)" adlı kitap nüfus ile ilgili alanda ilk çalışma olarak bilinmektedir. Ayrıca sonraki dönemlerde nüfus ile ilgili çalışmalara da önemli katkılar sunmaktadır (Atılgan, 2023: 52).

Sağlık harcamaları ile nüfus arasında doğrusal bir ilişki vardır. Nüfus artışında ve yaşam süresindeki yükseliş; nüfus ve sağlık alanındaki ilişkide belirleyici bir oynamaktadır. Bu nedenle bir ülkede nüfus artış hızı fazla ise sağlık harcamalarında da benzer bir artış beklenen bir husustur. Nüfus artış hızının yüksek olması sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta olup bu durumun ise sağlık hizmetlerinin yapısında değişim yaşanmasına ve sağlık harcamalarında meydana gelen yükselişte önemli bir etkendir (Iliman ve Tekeli, 2017: 288).

Yaşam süresindeki artışın yaşlı nüfus üzerinde bir artış sağladığı bunun da yine sağlık harcamalarını etkileyen bir faktör olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın yaşlı nüfusun genç nüfusa kıyasla daha fazla olduğu, bu nedenle nüfusun yaşlanması beraberinde sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Ayrıca Fujino tarafından Japonya'nın toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun, toplam sağlık hizmetlerini toplumun ortalama değerinden 3,2 kat daha çok kullandıklarını, bu nedenle sağlık harcamalarını önemli oranda artırdığı tespitine varılmıştır (Boz ve Sur, 2016: 26). Bu nedenle yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerini kullanımının fazla olması ve toplum içerisinde kaliteli bir hayat sürmesine katkı sunması açısından önemli bir sosyal kalkınma göstergesi olarak değerlendirilmesi mümkündür.

1.4.2.4. Eğitim Seviyesi

Eğitim seviyesindeki artış, bireylerin sağlık konusunda daha duyarlı ve bilinçli olma halini getirmektedir. Sağlık sadece sağlık hizmetlerinin sağlanması olmayıp, aynı zamanda gıda tüketiminde bilinçli olma, kaliteli yaşam sürdürme, çevresel sorunların olmaması gibi etkenlerin de bireylerin sağlıklı olma konusunda önemli rol oynamaktadır. Bu gibi durumların eğitim seviyesi yüksek toplumlarda daha yaygın olduğu ve bu nedenle de sağlık sorunları yaşanmamasında çevresel, sosyal ve ekonomik koşulların sağlandığı beklenen bir husustur.

Eğitim seviyesi, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemesi sebebiyle sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Eğitim seviyesi yüksek olan toplumlarda sağlık konusunda bilinçli olma hali, bireylere sağlığa yönelik bakış açısı kazandırması ve bu konuda araştırmalar yapmasına katkı sunmakta; bu durum ise sağlık alanındaki gelişmeleri daha yakından takip etme imkânı sunmaktadır. Sağlık konusunda daha duyarlı ve bilinçli olunması, bireylerin hayat kalitesine katkı sunmaktadır. Bunun sonucunda sağlık harcamalarında bir artışın ortaya çıkması muhtemel bir durumdur (Arslan, 2022: 7). Eğitimli bireylerin sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurması, ilaç ve diğer tıbbi malzemelerin daha fazla tüketilmesi yine sağlık harcamalarını artıran hususlar arasındadır.

1.4.2.5. Kentleşme

Kentleşme, sanayileşme ile beraber gelişen ve günümüzde birçok ülkenin nüfusunun önemli bir kısmının yaşadığı alanları oluşturmaktadır. Aynı zamanda kentleşme, bir ülkenin nüfusunun yoğunlaşma süreci olarak da adlandırılmaktadır. Kırsal kesimden veya daha az nüfusa sahip yerlerden, nüfusun daha yoğunlaştığı yerlere göçü de ifade etmektedir (Atılgan, 2023: 66). Bu nedenle kentlerde nüfus yoğunluğunun oluşması, kentleşme sürecinde sağlık konusunu değerlendirmeyi zorunlu hale getirmektedir.

Kentleşme süreci ile beraber sağlık hizmetlerinin gelişimi ve yaygınlaşması kentsel kalkınmada önemli bir boyut olarak görülmektedir. Nüfusun fazla olduğu kentlerde hava kirliliği, işsizlik, yoksulluk, çevre kirliliği, stres, trafik gibi sorunların fazla olması sebebiyle sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç fazladır. Bu nedenle sağlık kurumları ve kuruluşlarının yaygınlaşması, sağlık alanında gerekli personelin sağlanması, ilaç ve diğer tıbbi malzemelere erişimin kolaylaşması gibi olanakların şehirlerde yaygın olması beklenen bir husustur (Turan ve Beşirli, 2008: 239). Bu durum ise kentlerde sağlık harcamalarını artıran bir faktördür. Kentleşme sürecinin sağlıklı olabilmesinde en çok dikkat edilmesi gerekilen hususun sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin aksamadan devam etmesi, sağlık harcamalarını doğrudan artıran bir faktördür.

1.4.3. Ülkeler Açısından Sağlık Harcamalarının Önemi

Sağlık ile ilgili göstergeler, ülkelerin kalkınma düzeylerini meydana getiren en önemli etkenler arasında kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık harcamalarının ülke açısından kısa vadede gider olarak görülse de; uzun vadede yatırım harcamaları olduğuna dair literatürde birçok çalışma vardır (Altınöz, 2020: 87). Kamusal hizmetler tanımı gereği sahip oldukları nitelikler ve dışsallıklar kapsamında üretimi tam anlamıyla özel sektöre bırakılmayan, devlet tarafından veya devlet tarafından yetkilendirmiş kuruluşlarca verilen hizmetlerin tamamıdır. Kamu ekonomisi ise kamuya ait mal ve hizmetlerin finansmanını, üretimini ve sunumunu gerçekleştiren iktisadi platform şeklinde tanımlanmaktadır (Loş, 2016: 59). Bir kamusal hizmet olan sağlık hizmetlerinin artırılmasına yönelik yapılan harcamaların bireylere katkısı oldukça fazladır. Sağlıklı bireylere verilen eğitimin ülke kalkınmasına daha faydalı olacağı ve yaşam süresinde bir artış sağlayacağı gibi faydalar ülke kalkınmasında önemli bir etkiye sahiptir (Giray ve Çimen, 2018: 144). Ülkeler ve beşeri sermaye açısından en önemli iki alan eğitim ve sağlıktır. Bu nedenle hem eğitime hem de sağlık alanına yapılan harcamaların bireyler üzerinde doğrudan etkili olduğu söylenebilir. Eğitim harcamaları gibi sağlık harcamaları da ülkeler açısından ekonomi politikasını belirleyen bir araç olması ekonomik büyümeyi belirleyen faktör arasında yer almaktadır. Ancak diğer kamusal harcamalardan ayrılan özelliği sağlık harcamaları ile sunulan kaliteli sağlık hizmetlerinin beşeri kaynaklar üzerinde verimliliği artırması açısından işgücü piyasası üzerinde etkilidir.

Günümüzde çoğu ülkelerin yaşadığı önemli sorunlardan biri sağlık harcamalarında meydana gelen artıştır. Sağlık harcamalarında meydana gelen artışların değişen ve gelişen sağlık hizmetleri ile yakın bir ilişkisi olduğu, bu nedenle ülkelerin sağlık harcamalarının belirlenmesi sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi ile yakın ilişkilidir. Sağlık harcamalarında meydana gelen artışlarının nedenlerini şöyle sıralamak mümkündür(Kılavuz, 2010: 174):

- Ortalama yaşam süresindeki artış ve bununla birlikte kronik hastalıkların ve yetersizliklerinde (ruhsal, duygusal ve fiziksel gelişim bozukluğu gibi) meydana gelen artış,
- Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması sebebiyle oluşan yüksek maliyetler,

- Sağlık sektörünün emek açısından yoğun bir alan olması,
- Toplumda sağlık konusunda bilincin artması ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin kolay hale gelmesi,
- Bireylerin gelir artışına bağlı olarak sağlık harcamalarını artırması,
- Sağlık hizmetleri üretimindeki artışın talep yaratması,
- Asimetrik bilgi ile ilgili sorunların (ahlaki tehlike, ters seçim) neden olduğu maliyetlerdir.

Ülkeler açısından bu maliyetlerin artması toplumsal kalkınmada önemli bir husus olmakla beraber bazı olumsuz sonuçlar da doğurmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artarak yaşlı kesimin nüfus içerisindeki oranının artması ve nüfus artış hızının azalması, çalışmayan kesimin çalışan kesime birçok açıdan (sosyal kesintiler, emekli maaşları, kamu açısından yüksek maliyet oluşturmaları gibi) bağımlılık yarattığı söylenebilir. Bireylerin yaşam sürelerinde meydana gelen artış, aynı zamanda kronik hastalık ve yetersizlik oranının artmasına sebep olmakla beraber; toplumun sağlık hizmetleri konusunda olan ihtiyacını da artıran hususdur. Bu talep ise kamu kaynaklarında sağlık harcamalarına ayrılan payı artırmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması bireyler açısından olumlu sonuçlar doğurmakla beraber durumun süreklilik arz etmesi şu konuyu da tartışmaya açmaktadır: devletin sağlık hizmetlerinde verimliliğini artırması ve yaşlı nüfusun bağımlılık oranını düşürmesi; bunun yapılmaması halinde ise yaşlı nüfusun kamuda maliyetlerinin azaltılması gibi iki durum tartışılmaktadır (Mechanic ve Rochefort, 1996: 244).

Kavramsal ve kuramsal çerçevenin oluşturulmaya çalışıldığı birinci bölümde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi analiz edilmeden önce, sağlık kavramının çok boyutlu olmasından dolayı tanımlanmasının da çok boyutlu yapılması konunun anlaşılması açısından önemlidir. Daha sonra sağlık finansmanı, sağlık finansman modelleri ve sağlık ekonomisi üzerinde durulmuştur.

Ülkelerin ekonomilerini etkileyen sağlık harcamaları açıklanmadan önce sağlık harcamalarının temelini oluşturan sağlık hizmetleri, özellikleri ve sınıflandırmaları detaylı açıklanmıştır. Sağlık harcamaları kavramı, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ve nihayetinde ülkeler açısından sağlık harcamalarının öneminin ne olduğu açıklanarak ikinci bölümün daha iyi anlaşılmasına katkı sunulmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

2.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomi Üzerindeki Etkisi

Ülkelerin en temel makroekonomik amaçları arasında ekonomik büyümeyi ve kalkınmayı sağlamak yer almaktadır. Bu nedenle büyümeyi sağlamak için hangi faktörlerin etkili olduğu ülkeden ülkeye değişen bir husus olmasının yanında; uzun yıllar boyunca da en çok tartışılan konular arasında yer almaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki etkisi ele alınmadan önce ekonomik büyümeyi, kavramsal ve teorik olarak açıklamak konu açısından aydınlatıcıdır.

Ekonomik büyüme için birçok tanımlamanın yapılması mümkündür. Fakat temelde bir ülke sınırları içerisinde üretilen mal ve hizmet kapasitesinde, süreç içerisinde yaşanan artış olarak tanımlanabilir. Ayrıca ülke içerisinde yaşayan vatandaşların hayat kalitesindeki artışın da en önemli göstergeleri arasında yer alır (Ünsal, 2013: 14 aktaran Tıraş, 2018: 66). Bir ülke içerisinde yaşayan vatandaşların hayat standartlarındaki artış toplumsal kalkınmayı da sağlamaktadır. Toplumsal kalkınmayı sağlayan ülkelerde bireylerin birçok alanda gelişme sağlanması ise kaçınılmazdır. Her ne kadar ekonomik büyüme ile kalkınma birbirlerini besleyen kavramlar olarak görüyor olsa da iktisat bilimi açısından farklı iki kavramdır. Ekonomik büyüme, ifade edildiği üzere milli gelirdeki oransal artışı açıklamaktadır. Ekonomik kalkınma ise ekonomik büyümeden etkilenmekle beraber, üretim ve teknolojide meydana gelen katma değerin ekonomik ve sosyal boyutunu da kapsar. Teknolojiyi kullanmadaki potansiyel, gelir dağılımda adaletin sağlanması, eğitim politikalarındaki gelişmeler gibi birçok faaliyeti içermektedir. Ekonomik kalkınmanın ilk adımı, ekonomik büyümenin sağlanmasıdır. Ekonomik büyümenin sağlanarak, kalkınmanın oluşması ve beraberinde gelir dağılımında adaletin sağlanması, toplumsal kalkınmanın da sağlanması anlamına gelmektedir (Arslan, 2013: 47).

Sağlığın ülke ekonomileri üzerindeki etkisini, genel olarak dört farklı kategoride incelemek mümkündür. Bunlar; eğitim, işgücü verimliliği, yatırım ve emek arzı olarak ifade edilmektedir (Gençoğlu, 2016: 38).

Sağlığın eğitim üzerindeki etkisi, eğitimin toplumda sağlıklı bireylerin yetişmesine katkı sunan bir araç olmasıyla birlikte, aynı zamanda sağlıklı bireylerin de daha fazla eğitim almasını sağlar. Bireylerin sağlıksız olması durumu, eğitim almasının önünde bir engeldir. Bireylerin istihdam ve gelirlerindeki artışın sağlanmasında, eğitimli olma hali aynı zamanda sağlıklı olma hali alakalıdır. Bu nedenle sağlık, bireylerin beşeri sermayelerindeki birikimlerinin yükselmesi, toplam faktör verimliliği açısından ekonomik büyüme, bireysel verimliliği yükselmesi açısından da gelir dağılımının adil olması hususunda olumlu etkiler sağlamaktadır. Bu hususlar çerçevesinde iktisat bilimi açısından da sağlığın, eğitim üzerindeki etkisini gerek mikro gerekse de makro açıdan önemli bir faktör olarak değerlendirmek mümkündür (Yardımcıoğlu, 2013: 50).

Ebeveynlerin eğitim düzeylerindeki artış, çocukların sağlıklı olma hali ile yakından ilişkilidir. Eğitim düzeyleri yüksek olan anne babalar çocukların sağlıklı beslenme ve tedavi süreçlerine daha dikkat etmektedir. Daha çok uzun dönemde etkili olan eğitimli olma hali aynı zamanda ergenlik dönemlerinde sigara veya uyuşturucu maddelere yönelmeyi azaltan bir husustur (Başkurt, 2003: 74).

Sağlığın işgücü verimliliği üzerindeki etkisi, işgücü, ekonomik büyüme için önemli bir faktör olarak kabul edilir. Kavramsal olarak işgücü verimliliği tanımı, işgücü başına düşen üretim düzeyi olarak ifade edilmektedir. Sağlık açısından ise işgücü verimliliği, bireylerin sağlık düzeylerindeki zihinsel ve fiziksel faaliyetlerin artmasıyla meydana gelmektedir. Sağlıklı olan bireylerin çalışma hayatlarında üretim miktarının artması, teknolojik gelişmeleri takip etmesi ve çabuk öğrenmesi, görev ve yönetim değişikliklerine adaptasyonun hızlanması gibi hususlar beklenmektedir (Genç, 2015: 57). Sağlık düzeyleri yüksek toplumların refah seviyelerinde ki yükseliş; işgücü verimliliği ve üretim faktörleri üzerinde de artış sağlamaktadır. Sağlığın eğitim üzerindeki etkisiyle oluşan fiziksel, duygusal ve zihinsel öğrenme düzeyinde meydana gelen artış, işgücü verimliliği üzerinde de etki yaratmaktadır. Böylelikle ülkede sağlıklı bireylerin yetişmesi ve yoksulluğu azaltması; ekonomik büyüme ve kalkınmaya katkı sunan bir etki olarak değerlendirmek mümkündür (Sachs, 2001: 21). Tersi durumda yani sağlık durumlarının kötü olma hali ise işgücü verimliliği açısından olumsuz bir etki yaratmaktadır. Özellikle zihinsel ve fiziksel faaliyetlerde meydana gelen azalma, işgücü verimliliğini düşüren bir faktördür. İşgücü verimliliğinden meydana gelen bir düşüşün ise gelir ve zaman kaybına yol açmaktadır. Hastalık, bireyin çalışma hayatında verimliliğini düşürmekte; bununla

birlikte kalıcı bir hastalığın ise çalışma hayatını sonlandıran bir durum olması nedeniyle oluşacak gelir kaybı, tedavi masrafları, yoksulluk gibi olumsuz durumların da yaşanmasına sebep olmaktadır (Gençoğlu, 2016: 40).

Sağlığın yatırım üzerindeki etkisi, ekonomik büyümenin en önemli belirleyicileri arasında yatırımlar gelmektedir. Beşeri sermayeyi artırmaya yönelik yapılan yatırımlar, toplumsal refahın sağlanmasına katkı yapmaktadır. Bununla birlikte ülkelerin eğitim, sağlık ve teknoloji yatırımlarının beşeri sermayeyi artırmakla birlikte; aynı zamanda ekonomik büyümeye de katkı sunmaktadır. Bu tür yatırımlar diğer sektörler üzerinde de etki yaratacağı için ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkı sunmaktadır. Sağlık faaliyetlerine yapılacak yatırımların da bu hususta yatırımlar üzerinde etkili olması beklenen bir husus olarak değerlendirilebilir (Balmumcu ve Bozkurt, 2018: 393).

Sağlığın emek arzı üzerindeki etkisi, emek piyasası; istihdam, çalışma saatleri, ücretler, işsizlik, emeğin maliyeti gibi sosyal ve ekonomik sorunları kapsamaktadır. Bununla birlikte bu sorunların çözümünde emek piyasasının ne ölçüde niteliğe sahip olacağı konusu, emeği üreten bireylerin kararına bağlıdır. Bu kararların oluşturduğu enerjinin farklı seçenekler arasında ve olması gereken seviyeye ulaşılması emek piyasasının amaçları arasındadır. Refahını artırmayı amaçlayan bireylerin, daha fazla emek arz etmesi gerekli bir hususdur (Bakır ve Çakmak, 2022: 1905). Sağlık konusunda da ücretlerin, yaşam beklentisi ve tercihler gibi faktörler üzerinden; emek arzını etkilediğini söylemek mümkündür (Önder, 2022: 67). Ücretlerin işgücü verimliliğini artıran bir faktör olduğu ve işgücü verimliliğinin de, sağlık durumuyla yakından ilişkili olduğu daha önce ifade edilmişti, bu nedenle işgücü verimliliğinin de emek arzını artıran bir faktör olduğu sonucuna ulaşmak mümkündür. Yaşam beklentisinin uzun olması, sağlıklı bir yaşamın ortaya çıkardığı sonuçtur. Sağlık düzeyindeki artış, yaşam beklentisi ile doğru orantılıdır. Bu açıdan yaşam beklentisinin uzun ve bireylerin sağlıklı olması, emek arzını artıran bir faktördür. Son olarak da sosyal yaşamdaki tercihlerin de emek arzıyla yakından bağlantılı olduğu, yani emek arzındaki artışın sosyal yaşamda daha verimli kararlar verilmesini sağlaması beklenen bir durum olarak ifade edilebilir.

Sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki en önemli etkilerinden biri, kuşkusuz toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamasıdır. Sağlıklı bireylerde, hastalıktan kaynaklı işgücü verimliliğinin düşürülmesi ve üretkenliğin

azalması gibi durumlarla daha az karşılaşılmaktadır. Bu durumun işgücü arzını artıran bir unsur olması sebebiyle beşeri sermayeyi artırmaktadır. Bireylerin işgücü ve ekonomik kapasitelerinin yükselmesi ile işgücü verimliliğinin artırılması neticesinde, daha uzun ve etkin çalışılmakta ve bireylerin kendilerini geliştirme imkânlarına daha fazla sahip olmalarıyla kariyer geliştirme olanakları artmaktadır (Walter ve Suhrcke 2005: 32). Kariyerlerini geliştiren bireylerin yüksek maaşlara sahip olması; aynı zamanda sağlıklı ve doğal beslenme, tatil imkânlarına sahip olma, ekonomik kaygıların azalması, kültürel ve sanatsal faaliyetlere yönelme gibi hem fiziksel hem de ruhsal sağlığın korunmasına da katkı sunmaktadır. Bu nedenle toplumda bireylerin sağlıklı kalmasında işgücü verimliliği faktörünün önemli bir payı vardır.

Günümüzde yaşanan toplumsal ve ekonomik değişimler sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Özellikle küreselleşmeyle birlikte sağlık konusu, sadece ülkeler bazında ele alınan bir konu olmaktan çıkarak; uluslararası boyutta değerlendirmesi gereken bir konu oluşmuştur. Bu nedenle sağlık harcamalarının uluslararası durumu göz önüne alındığında ekonomi üzerinde oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık harcamaları ile bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sağlanarak, sağlık statüsünün artırılması amaçlanmaktadır. Sağlık statüsünün bireyler üzerindeki etkisi; ülkelerin ekonomileri üzerindeki etkisi ile benzer özellikler taşımaktadır. Sağlık statüsü yükselen bireylerde görülen yaşam süresindeki artış, erken ölümlerin azalması, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının engellenmesi, bağışıklığı güçlendiren ve hastalıkların azalmasını sağlayan aşılamaların yapılması gibi yaşam kalitesini artıran faktörlerin gelişmesi sağlık harcamaları ile alakalıdır (Çınar, 2021: 33).

Ülkeler açısından sağlık harcamaları, bireylerin sağlık statüsünü artıran önemli bir harcama türüdür. Daha önce de ifade edildiği gibi sağlık harcamaları gider olarak değerlendirilmesi yerine uzun dönemli yatırım olarak ele alınması, ülkeler açısından daha doğru sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle doğrudan bireylerin yaşam kalitesini artırması açısından, ekonomi üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini açıklamaya yönelik gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirilen çoğu çalışmada genellikle çıkarılan sonuç, birbirlerini destekleyecek şekilde ekonomik büyüme ile sağlık hizmetlerinin etkilendiğidir. Bu sonuca bakılarak ekonomik büyümenin sunulan sağlık

hizmetlerini pozitif yönlü etkilediği, yine sağlık hizmetlerindeki iyileşmelerin de ekonomik büyümeyi pozitif yönlü etkilediği görülmektedir (Atun ve Fitzpatrick, 2005: 6).

2.2. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Sağlık ile ekonomi kavramları arasında güçlü bir ilişkinden söz etmek mümkündür. Ekonominin temelini ve varlığını insan oluşturur. İnsanın olmadığı bir ekonomi nasıl anlamsız ise sağlık koşullarının yetersiz olduğu bir toplumda da ekonominin varlığı aynı ölçüde anlamsızdır. Ekonominin sürdürülebilir olması için bireylerin ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan sağlıklı olması gerekir. Ülkelerin yaşadığı sağlık sorunları, ekonomik büyümenin ve kalkınmanın önünde büyük bir engeldir. Bu sebeple ekonomik büyüme ile sağlık konuları arasında nasıl bir ilişkinin olduğu kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir (World Bank, 1993: 53). Sağlık koşullarının yetersiz olduğu ve hastalıkların fazla olduğu ülkelerde, teşhis ve tedavi masraflarının yüksek düzeylerde olması, bireylerde işgücü verimliliğini düşürmektedir. Bu nedenle ülke gelirlerinde bir düşüş yaşanmasının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etki oluşturması beklenen bir husustur (Ekinci, 2019: 31). Diğer taraftan sağlık koşullarının ileri düzeyde olduğu bir ülkede, bireylerin işgücü verimliliklerinin artması ve ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki oluşturması beklenen bir husustur.

Ekonomik büyüme, ülke içerisinde üretilen mal ve hizmet miktarının belli bir dönem içerisindeki (genellikle bir yıl) artışı olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik büyüme, gerek ülkeler açısından gerekse de ekonomi bilimi açısından her dönem önemli bir konu olarak ele alınmaktadır. Ülkelerin gelişme düzeyinin farklı olması dikkate alındığında, gelişmekte olan ülkeler açısından en önemli konular arasında ekonomik büyümelerinde süreklilik sağlamaktır. Bu nedenle ekonomik büyüme sağlayan kaynakların neler olduğu, nasıl oluştuğu ve politikaların birbirleriyle nasıl bir etkileşim halinde olduğu gibi soruların cevapları aranırken; bazı ekonomik büyüme teorilerinin yetersiz kaldığı ve yeni yaklaşımların oluşması gerekliliği ortaya çıkmıştır (Tıraş, 2018: 87).

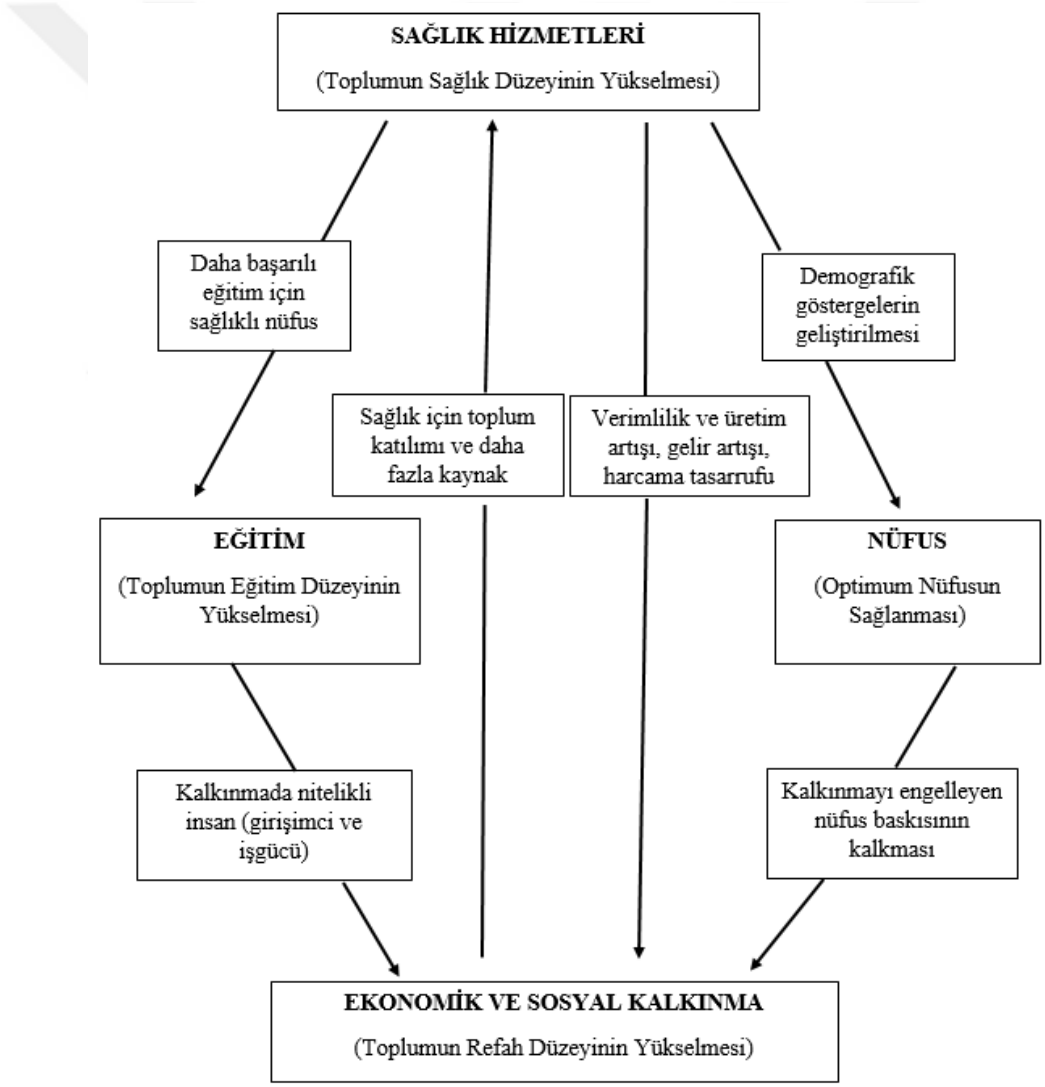
Büyüme teorileri arasında yer alan içsel büyüme modelleri, Romer ve Lucas'ın çalışmaları neticesinde ortaya çıkan teorilerdir. Beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki önemine vurgu yapan içsel büyüme modelleri, bilgi ve beceri birikimi olarak açıklanabilecek beşeri sermaye ve üretim fonksiyonunun önemli bileşeni olarak

tanımlamak mümkündür. Beşeri sermaye açısından en önemli unsurlardan biri sağlık göstergeleridir. Sağlığın genel olarak bireylerin refahı açısından önemli olduğunun ve faktör verimliliği açısından olumlu sonuçlar doğuran bir durum oluşturduğunun kabul edilmesiyle beraber; sağlıklı toplumun uzun dönemli ekonomik büyüme sağlaması kaçınılmaz bir sonuç olarak görülmektedir (Kutlu, 2021: 1809).

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin açıklanmasında, sağlığın kavramsal olarak iyi anlaşılması gerekmektedir. Sağlık, daha önce de ifade edildiği üzere hasta olmama hali olarak tanımlanmakla birlikte; aynı zamanda sağlıklı olmak, bireylerin kendi yaşam biçimine uygun olarak kendi özgünlüğü ile gücünü ortaya çıkarma ve yeteneklerini geliştirme konusunda üretkenliği artırma gibi özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin iyileşmesinde ve gelişmesinde en önemli hususun harcamalar olduğu göz önüne alındığında; sağlık hizmetlerinde sağlık harcamalarının önemli bir payı olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlıklı bireylerin, toplumsal refahı artırmada önemli katkılar sunduğu ve farklı yollarla da olsa sağlıklı olma halinin ekonomik büyümeyi etkilemesi açısından önemli bir rol oynamaktadır. İşgücü açısından değerlendirildiğinde ise bireylerde ortaya çıkan hastalıkların önemli ölçüde üretim alanına yansıdığı; eğitim açısından da sağlıklı olmama halinin eğitim düzeyini düşürebileceği gibi durumların yaşanmaması, sağlıklı olmanın önemini göstermektedir (Giray ve Çimen, 2018: 148).

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki, aynı zamanda kamusal yanı ağır basan bir ilişki olarak da görülebilir. 1962 yılında Mushkin tarafından geliştirilen sağlığa dayalı büyüme hipotezinde, sağlık harcamalarını üretken sermaye olarak açıklayarak; sağlık harcamalarının yatırım boyutuyla ele alınması gerektiği ve sağlık harcamalarının artırılmasının ekonomik büyümeye daha fazla katkı sunacağı ifade edilmiştir. Mushkin'e göre, eğitim ve sağlık alanına eş zamanlı yapılan yatırımların ekonomik büyümeyi daha da artıracağı beklenmektedir (Mushkin, 1962: 129). Bu açıdan sağlıklı ve eğitimli bireylerin toplumda gerek üretim alanında gerekse tüketim alanında daha verimli olduklarını tespit etmiştir. Diğer taraftan sağlıklı bireylerin, sağlıksız bireylere göre daha eğitilebilir olduğu ve bu durumda işgücü verimliliğini artırması açısından önemli faktör olarak görülmektedir. Sağlıklı insanların daha uzun süre yaşayacağı da göz önünde bulundurulduğunda, bireylerin eğitim yatırımlarında daha uzun süreli bir toplumsal bir fayda oluşturacağı muhtemeldir. Eğitim ve sağlık birbirini

tamamlayıcı bir özellik arz etmesi sebebiyle de ekonomik büyüme açısından önemli iki konudur (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60). Barro, çalışmasında benzer şekilde sağlık harcamalarını üretkenliğin bir varlığı ve ekonomik büyümenin ise motoru olarak ele almaktadır. Ülkeler arasında özellikle de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomik büyüme farklılığının nedenlerinin başında, sağlık ve yaşam beklentisinin düşük olmasının ortaya çıkardığı sonuçlar olarak gelmektedir. Gelişmiş ülkelerin birçoğunun bütçelerindeki payın büyük oranını sağlık harcamalarına ayırması nedeniyle, ekonomik büyümeyi süreklilik oluşturacak şekilde sağlayan önemli bir araç olarak görülmektedir (Oni, 2014: 77). Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki toplumu meydana getiren bireylerin yaşam kalitesini belirleyen bir husus olarak da değerlendirilebilir.



Kaynak: Mazgit, 2002: 412

Şekil 2.1. Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki

Şekil 2.1'de sağlığın ekonomik büyüme ile ilişkisi anlatılmaya çalışılmıştır. Toplumun sağlık düzeyinin artması halinde daha başarılı eğitim imkânı sunarken; diğer taraftan nüfus artışının kalkınmayı engelleyen boyutunu da ortadan kaldırarak toplumsal refahı artırmaktadır. Ekonomik büyüme göstergeleri, sağlık göstergelerini pozitif yönlü etkilemektedir. Bu durum ise ekonomik istikrarın oluşmasına olumlu yönde katkı sunmaktadır.

Sağlık ve ekonomik göstergelerinin belirlenmesinde, GSYİH ve kişi başına düşen GSYİH, yeni doğan bebek ölüm hızı, kaba ölüm oranı ve doğumda yaşam beklentisi gibi göstergeler katkı sunmaktadır (Kamacı ve Uğurlu Yazıcı, 2017: 54). Bunun yanında sağlık harcamalarını oluşturan göstergeler; kişi başına düşen sağlık harcamaları, GSYİH içerisinde cari sağlık harcamalarının oranı, cepten yapılan sağlık harcamalarının hane halkı içerisindeki tüketim payı, GSYİH içerisinde kamusal sağlık harcamalarının payı ve kamusal sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payının bilinmesi gerekmektedir (Loş, 2016: 88).

2.3. Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler

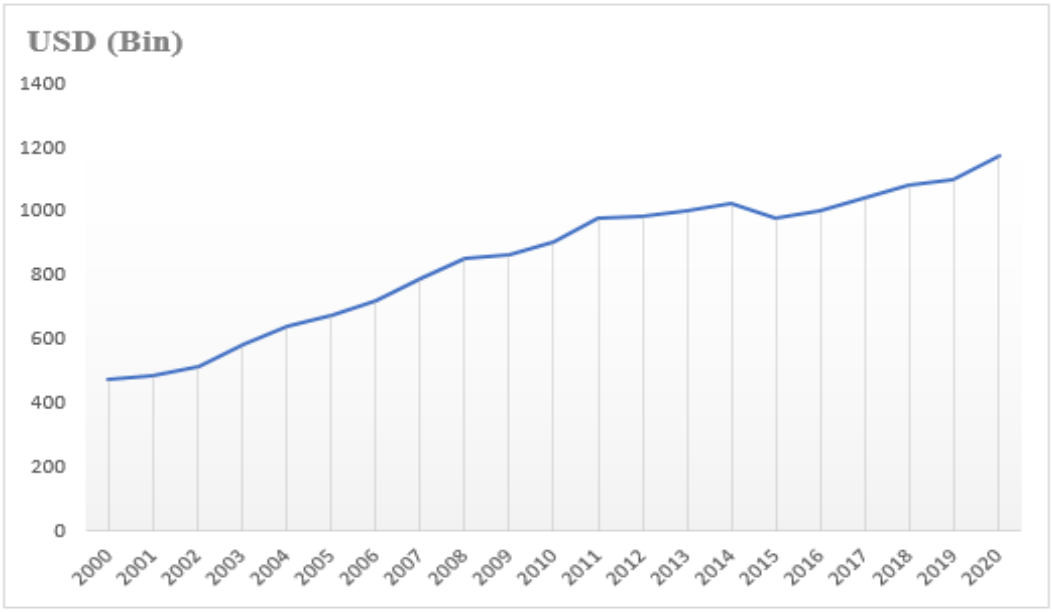
Sağlık göstergelerini şu şekilde tanımlamak mümkündür: bir ülkede toplumu oluşturan bireylerin sağlık durumunu ifade eden ve belli araçlarla sağlık durumunu ölçen göstergelerdir. Ülkeler açısından sunulan sağlık hizmetleri planlanmasında ve değerlendirilmesinde ele alınan sağlık göstergeleri, devletlerin kalkınma seviyelerinin hem ulusal hem de uluslararası alanda belirleyen ve sağlık hizmetleri sunucularının bilimsel analiz yapmalarını sağlayan önemli dayanaklar arasındadır. Sağlık göstergelerinde elde edilen verilerin objektif olması, değerlendirme yapılması aşamalarında ve ülkelerin uluslararası düzeyde durumlarını gösteren ve değerlendirme yapılmasında daha gerçekçi analizler yapılmasına önemli katkılar sunmaktadır (Sonğur, 2016: 199). Gelişmiş ülkelerdeki sağlık göstergelerinin gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelere nazaran daha objektif ve kurumsal güvenilirliği yüksek olması sebebiyle sosyoekonomik gelişmelerini artıran bir husustur. Ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik seviyelerinin belirlenmesinde, sağlık göstergeleri belirleyici bir faktördür. Sağlık göstergeleri iyi düzeyde olan ülkelerin gelir dağılımında daha adil olduğu ortaya çıkan sonuçlar arasında yer alır (Altıntaş, 2012: 22).

Sağlık harcamalarını etkileyen önemli hususlardan biri de sağlık sistemleridir. Ülkelerin kendine has veya benzer sağlık sistemleri ve bu sistemlerin fonksiyonları sağlık hizmetleri üretiminde elde edilen verimliliği etkileyen önemli faktörlerdir. Sağlık hizmetleri üreten bu sistemlerin finansmanında, çeşitli yöntemler uygulanmakla beraber; kamu veya özel sektör eliyle de finansmanı sağlanmaktadır. Bu açıdan ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı ve kamu veya özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105) gibi göstergeler sağlık harcamalarını anlamada önemlidir.

2.3.1. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Kişi başına düşen gelir, ülkelerin ekonomik büyüme oranlarını belirleyen ve değerlendirmeler yapılmasına katkı sunan göstergeler arasındadır. Bu nedenle ülkeler açısından kişi başına düşen gelirin yükselmesi, ülkenin ekonomik olarak büyümesi anlamına gelmektedir. Aynı zamanda kişi başına düşen gelirin artması, sosyal kalkınma açısından önemli değişimleri beraberinde getirmekle beraber; eğitim düzeyinin artması, kentleşme, ortalama yaşam süresinde artış, teknolojik imkânlara erişimin artması, toplumsal düzende daha adil sistemlerin gelişmesi ve sağlık harcamalarının daha fazla artmasına katkı sunması anlamına da gelmektedir (Öngel vd, 2014: 2).

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisinde belirtildiği üzere, sağlık harcamalarının artması ülkeler açısından ekonomik büyümeyi pozitif yönlü etkilemektedir. Bir ülkede yapılan toplam sağlık harcamalarının, ülkenin toplam nüfusuna oranıyla kişi başına düşen sağlık harcamalarını elde etmek mümkündür. Bu açıdan bir ülkede kişi başına düşen sağlık harcamalarının artması, aynı zamanda bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma imkânının oluşmasını meydana getirir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD Erişim Tarihi: 17.05.2023

Şekil 2.2. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD)

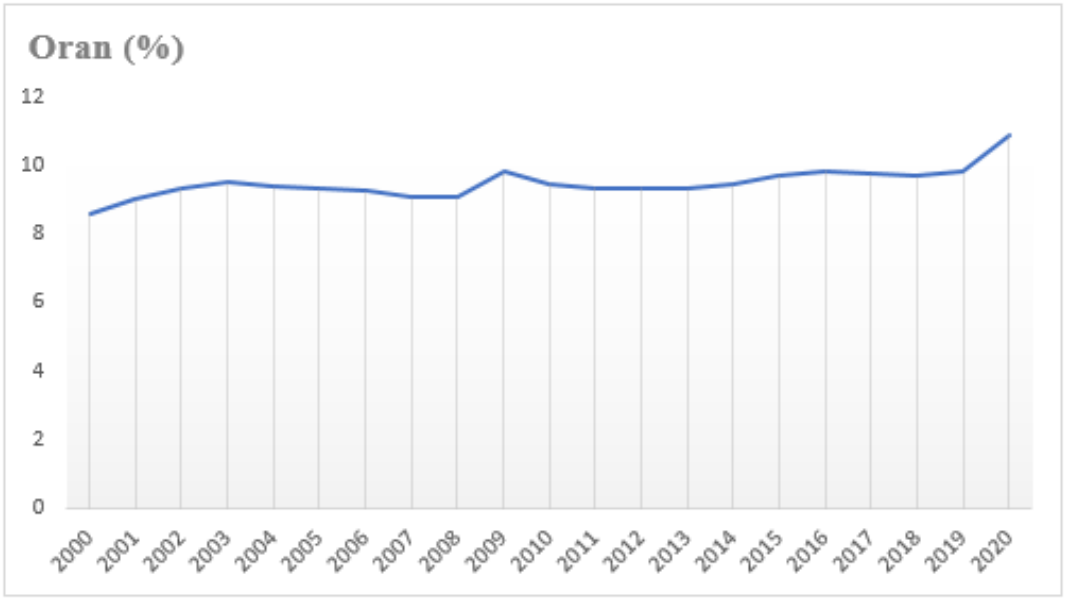
Şekil 2.2'de görüldüğü üzere, dünya genelinde kişi başına düşen sağlık harcamalarında genellikle artışın süreklilik gösterdiği anlaşılmaktadır. 2000'li yılların başında kişi başına düşen sağlık harcamaları 480 doların altında seyrederken 2008 yılına kadar önemli bir artışın yaşandığı, daha sonraki yıllarda ise uluslararası ekonomik krizlerin de etkisiyle artışın aynı hızda devam etmediği görülmektedir. Günümüzde ise yaklaşık 1.180 dolara kadar çıktığı Şekil 2.2'de görülmektedir.

Dünya genelinde sağlık harcamalarına aktarılan kaynakların artması, ortalama yaşam süresinin yükselmesine de katkı sunmaktadır. Daha uzun yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin artması, sağlık harcamalarına aktarılan kaynakların da artması anlamına gelmektedir. Bu sebeple sağlıklı bireylerin toplumsal kalkınmada önemli rol oynaması, kişi başına düşen sağlık harcamaları ile yakından ilişkilidir.

2.3.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı

Kamu ve özel sektör eliyle yapılan toplam sağlık harcamaları, ülkelerin GSYİH içerisinde önemli bir paya sahiptir. Kavramsal olarak GSYİH, seçili bir ülke içerisinde seçili bir dönemde (çoğu zaman bir yıl) üretilen nihai mal ve hizmetlerin parasal değerini

ifade etmektedir. Ülke içerisinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH ile bölünmesiyle, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı elde edilir. Dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranına bakılarak belli bir zaman içerisinde ülkelerin sağlık harcamalarındaki değişimlerini analiz etmek mümkündür. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından da toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı için belirli bir standart getirilmiş olup, bu payın en az % 5 olarak ortalama bir değere sahip olması gerektiği ifade edilmiştir (Ünal, 2017: 26).



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS Erişim Tarihi: 17.05.2023

Şekil 2.3. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)

Şekil 2.3'te gösterildiği üzere dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı 2000'li yılların başında dünya genelinde ortalama % 8,6 seviyelerinde iken; yıllar içerisinde gerek yaşanan uluslararası ekonomik krizler gerekse de durağan dönemler sebebiyle sürekli artan bir seviyede olmamakla beraber günümüzde % 10,89 seviyelerine kadar arttığı görülmektedir. Dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı, ülkelerin sağlık sistemleri veya ekonomik durumları sebebiyle farklılık göstermektedir. Ayrıca ülkelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki faktörlerinde ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiğini ifade etmek mümkündür. Toplam sağlık harcamalarında dünya genelinde yaşanan artış, sağlık

hizmetlerinin ülkeler açısından önemini göstermektedir. Sağlık ve sosyal güvenlik imkânlarından yararlanan nüfusun az olduğu veya sosyal güvenlik imkânlarından yoksun olmasa da yapılan sağlık harcamalarının hane gelirinin çok üstünde olması, yoksulluk altında yaşayan nüfusun yapmış olduğu yüksek oranda sağlık harcamalarının bütününü ifade eden kavram olan "katastrofik sağlık harcamalarının" da aynı zamanda sağlık harcamalarındaki artışını da ifade etmektedir (Atabey, 2020: 88). Bu nedenle ülkeler, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının artmasıyla bireyler üzerinde katastrofik sağlık harcamaları gibi yoksulluğa yöneltecek politikalardan uzaklaşılması mümkündür.

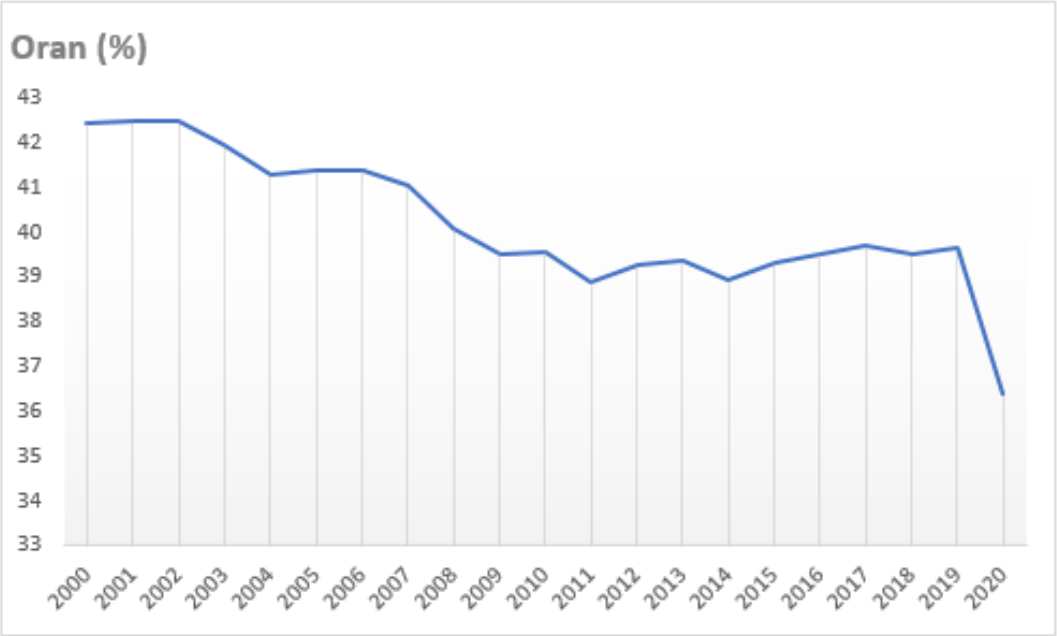
2.3.3. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Ülkelerin sağlık harcamaları genellikle devlet eliyle veya özel sektör eliyle gerçekleşmektedir. Bu nedenle sağlık harcamaları genellikle kamu ve özel kesim tarafından yapılan sağlık harcamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu kesimi eliyle yapılan sağlık harcamaları, sağlık ve sosyal güvenlik alanında faaliyet gösteren kamu kurumlarınca, sağlık hizmetlerine aktarılan harcamalardır. Özel kesim ise bireylerin cepten yapmış oldukları ödemeler, şirketler bünyesinde çalışan personeller için yapılan ödemeler, özel sağlık sigortalarının ödemeleri veya kar amacı gütmeyen kuruluşların veya sivil toplum örgütlerinin yapmış oldukları ödemeler şeklinde ifade edilebilir. Her iki kesimin de yapmış oldukları toplam sağlık harcamaları ülke içerisindeki toplam sağlık harcamalarını vermektedir (Loş, 2016: 71).

Ülkelerin sağlık sistemleri birbirlerinden faklı özellikler taşımaktadır. Bu farklar; sağlık hizmetlerinin kullanımındaki ödeme biçimi, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, sağlık sigortası sağlayıcıları ve kullanıcıları arasındaki finansal risklerin yöntemi gibi farklılıklardır. Genel olarak sağlık hizmetleri ve sağlığın finansmanları değerlendirildiğinde çoğu ülke, karma bir sağlık sistemini tercih ettiği görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin kamu ve özel kesimlerce yapmış oldukları toplam sağlık harcamalarının payı ve bireylerin cebinden yapmış oldukları ödemelerin payları, gittikçe daha önemli bir orana sahip olmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 119).

Dünya genelinde kamu ve özel kesimin yapmış olduğu sağlık harcamalarının görünümünü anlamak açısından 2000-2020 yılları arasında hem özel hem de kamu kesimince gerçekleşen sağlık harcamalarının, ülke içerisinde yapılan toplam sağlık

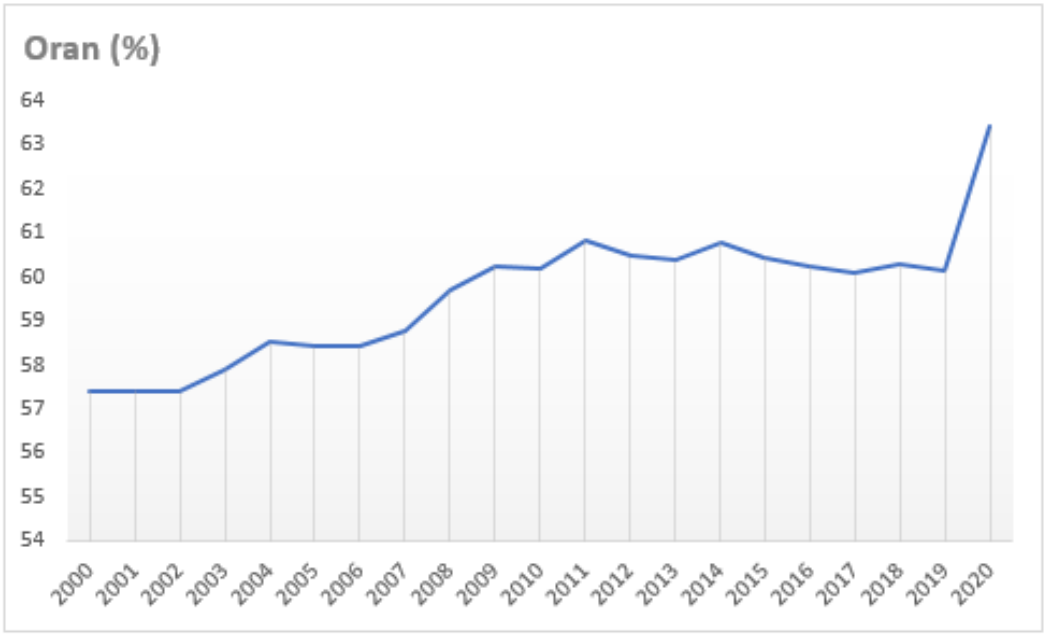
harcamaları içerisindeki oranı Şekil 2.4. ve Şekil 2.5'te gösterilmiştir. Bu grafikler ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinden bağımsız olarak belirlenmiştir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS Erişim Tarihi: 17.05.2023

Şekil 2.4. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Özel Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

Özel kesim tarafından yapılan sağlık harcamalarının 2000 ile 2020 arası değişimini gösteren Şekil 2.4'te, dünya genelinde özel sağlık kesiminin toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının yıllar itibariyle azalan bir seyir içerisinde olduğunu göstermektedir. 2000'li yılların başında toplam sağlık harcamaları içerisinde % 42'lik bir orana sahip olan özel kesim sağlık harcamaları, daha sonraki yıllarda bir düşüş eğilimde olduğu ve 2020 yılında % 36'lara kadar düştüğü görülmektedir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS Erişim Tarihi: 17.05.2023

Şekil 2.5. 2000-2020 Yılları Arası Dünya Geneli Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

Kamu açısından bakıldığında, özel kesimce yapılan sağlık harcamalarının tersi bir durumun yaşandığı, Şekil 2.5'te görülmektedir. Dünya genelinde kamu kesimince yapılan sağlık harcamalarının, genel olarak özel kesimce yapılan sağlık harcamalarından daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. 2000'li yılların başında kamu kesimi tarafından gerçekleşen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı % 57 seviyelerinde iken; 2020 yılına doğru gelindiğinde önemli sayılabilecek bir artışın sağlanarak % 63 seviyelerine ulaştığı görülmektedir.

Kamu ve özel kesimce yapılan sağlık harcamalarının arasındaki oransal farkın yıllar içerisinde artığı her iki grafikte de (Şekil 2.4. ve Şekil 2.5.) görülmektedir. Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinde kamu kesiminin özel kesime göre rolü oldukça fazladır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kamunun görevi sadece yapılan sağlık harcamaları ile sınırlı değildir. Daha çok kamu hizmeti olarak görülen sağlık hizmetleri, kamu kesiminin harcamalar dışında sağlık hizmetlerinin denetlenmesi, kurumsal yapısı ve toplumun tüm kesimlerine erişiminin sağlanmasına yönelik faaliyetler oluşturması sebebiyle önemli bir rol üstlenmektedir. Bununla birlikte ülke genelinde sağlık

politikalarının oluşmasında ve geliştirilmesinde hukuksal yapı, daha çok kamu kesimi tarafından gerçekleştirilir.

2.4. G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Çalışmada sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin G-20 ülkeleri üzerinde incelenmesi, konunun sınırlandırılması açısından önemli bir husustur. G-20 ülkelerine bakıldığında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin içerisinde bulunduğu anlaşılmaktadır. Aynı zamanda daha sonraki bölümde detaylı açıklanacağı üzere, G-20 ülkelerinin coğrafik olarak da dünya genelinde birçok bölgeyi kapsaması sebebiyle, çalışmanın hem sınırlandırılması hem de kapsamının bu özellikler sebebiyle geniş tutulması, daha kapsamlı sonuçlar vermesine yol açması beklenmektedir. Bu nedenle çalışmanın bundan sonraki bölümü, G-20 ülkelerindeki sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yönelik gerekli sağlık ve ekonomik göstergelerin açıklanmasına yönelik olmuştur.

2.4.1. G-20 Oluşumuna Genel Bakış

G-20 oluşumu, 1999 yılında farklı kıtalardaki gelişmiş ve küresel anlamda ağırlığı artarak gelişmekte olan 20 ülkenin, küresel ekonomik sistem içerisinde karar alma süreçlerinde daha fazla temsiliyetin sağlanması ve küresel mali sistemin kurumsal bir istikrara sahip olması amacıyla bir araya gelmesiyle oluşmuştur. Dünya GSYİH'nin % 80'ini, dünya ticaretinin %75'ini ve dünya nüfusunun % 60'ını oluşturan (Sayar, 2022: 517) G-20 ülkeleri, küresel mali sistemin gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

G-20 oluşumu, belli bir bölgesel veya siyasal bir yapı olmaktan ziyade küresel ekonomik güç olma amacı taşınmaktadır. G-20 oluşumu içerisinde 19 ülkeden ve Avrupa Birliği'nden oluşmaktadır. G-20 ülkeleri; Türkiye, İtalya, Güney Afrika Cumhuriyeti, Endonezya, Güney Kore, Almanya, İtalya, Suudi Arabistan, Avustralya, Çin, Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Hindistan, İngiltere, Arjantin, Japonya, Rusya Federasyonu, Meksika, Avrupa Birliği ve Kanada'dır.

G-20 ülkelerinin farklı kıtalardan veya farklı siyasal yapılardaki ülkelerden oluştuğu görülmektedir. G-20 oluşumunu, sadece GSYİH büyüklüğü değil aynı zamanda aşağıdaki Tablo 2.1'de görüldüğü üzere dünya genelinde coğrafik dengenin de etkili olduğu bir yapı olarak ele almak mümkündür. Bu durumda G-20'ye üye ülkeler sadece

GSYİH açısından en büyük ülkelerden oluşan bir platform olmuş olsaydı ve coğrafi dengelerin gözetilmediği bir yaklaşım içerisinde varlık gösterseydi İspanya ve Hollanda'nın da G-20 platformuna dâhil olması, Arjantin ve Güney Afrika'nın da bu oluşumun dışında kalması beklenirdi. Ortaya çıkacak tabloda ise Avrupa ülkelerinin ağırlıklı olduğu, Afrika ülkelerinin temsiliyetinin olmadığı ve Güney Amerika ülkeleri arasında ise yalnızca Brezilyanın temsil edileceği bir platform haline gelecekti. Bu nedenle üye bazı ülkelerin GSYİH'si açısından ilk 20 içerisinde olmaması ve coğrafi denge göz önünde bulundurulduğu için üyelikten düşme gibi bir durumun olmadığı bir oluşumdur (Eğilmez, 2016). Kapsayıcılık açısından uluslararası alanda önemli bir platform olarak varlık sürdürmektedir.

Tablo 2.1. G-20 Ülkelerinin Coğrafik Sıralaması

ASYA VE AVUSTRALYA	AVRUPA	GÜNEY VE KUZEY AMERİKA	AFRİKA-ORTADOĞU
Çin	Türkiye	Brezilya	Suudi Arabistan
Hindistan	İtalya	Meksika	Güney Afrika Cumhuriyeti
Japonya	Fransa	Arjantin	
Endonezya	Almanya	Kanada	
Güney Kore	Rusya	ABD	
Avustralya	Birleşik Krallık		
	Avrupa Birliği		

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur

G-20 oluşumuna tarihsel olarak bakıldığında, dönüm noktası 2008 yılında gerçekleşen toplantı olmuştur. 2007 yılında küresel anlamda yaşanan ve ABD'de ilk olarak görülen ekonomik kriz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerini de birçok açıdan etkilemiştir. Yaşanan uluslararası ekonomik krizle mücadelede küresel aktörlerin rolü ve birlikteliği önem kazanmıştır. Özellikle G-20 oluşumuna üye ülkelerin

gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomilere sahip olması, G-20 oluşumunun krizle mücadelede önemli bir aktör haline gelmesine katkı sunmuştur. Bu sebeple 2008 yılının Kasım ayında liderler düzeyinde Washington'da gerçekleşen toplantıda; küresel ekonomik gelişmelerin sağlanması, finansal sektörler üzerinde ihtiyaç duyulan yeniliklerin yapılması ve uluslararası ekonomik krizin işbirliği gerekliliği üzerinde durulmuştur (Yıldız, 2015: 76).

G-20 oluşumuna kurumsal olarak bakıldığında, oluşumun Liderler Zirvesi ve Finansal Kanal olarak iki ana organın mevcut olduğu görülmektedir. Liderler Zirvesi, üye ülkelerin mevcut devlet başkanları veya en üst yöneticileri tarafından oluşmaktadır. Zirvede ülkeler; ülkelerin teknolojilerindeki gelişim, ekonomik kalkınma, reel gelirler ve istihdam gibi konular işlenmektedir. Finansal Kanal'da ise ülkelerin Maliye Bakanları ve Merkez Bankası Başkanları başta olmak üzere ülkelerin diğer finans aktörleri tarafından oluşmaktadır. Finansal Kanalda daha çok küresel ekonomi, uluslararası vergi, finansal düzenlemeler ve altyapı yatırımları gibi konular ele alınmaktadır (Parlak, 2021: 56).

2.4.2. G-20 Ülkelerinin Sağlık ve Ekonomik Görünümü

Ülkelerin sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisini çeşitli faktörler belirlemektedir. Bunlar arasında en önemlileri, ülkelerin ekonomik göstergeleri ile sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Ülkelerin GSYİH'leri ile kişi başına düşen GSYİH'leri, yıllık bazda ekonomik büyüme ile kişi başına düşen GSYİH büyüme oranları aynı zamanda ekonomik göstergelerini oluşturmaktadır. Bununla beraber ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı ve kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kamu ve özel kesim tarafından yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkili faktörler arasında yer almaktadır.

Ülkelerin ortalama yaşam süresi, yeni doğan bebek ölüm oranları, anne ölüm oranları, nüfus artış hızı ve 65 yaş üstü yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı gibi faktörler ülkelerin sağlık harcamalarının düzeyini ve gelişmesini belirleyen önemli göstergelerdir. Bu nedenle G-20 ülkelerinde göstergelerin analiz edilmesi, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini açıklamaya katkı sunmaktadır.

G-20 oluşumu içerisinde bölgesel olarak bulunan Avrupa Birliği'nin ise ortalama bir gösterge sunması ve ülke bazlı değerlendirilmesinde eksik kalması sebebiyle Avrupa Birliği göstergelerinin kullanılmaması tercih edilmiştir.

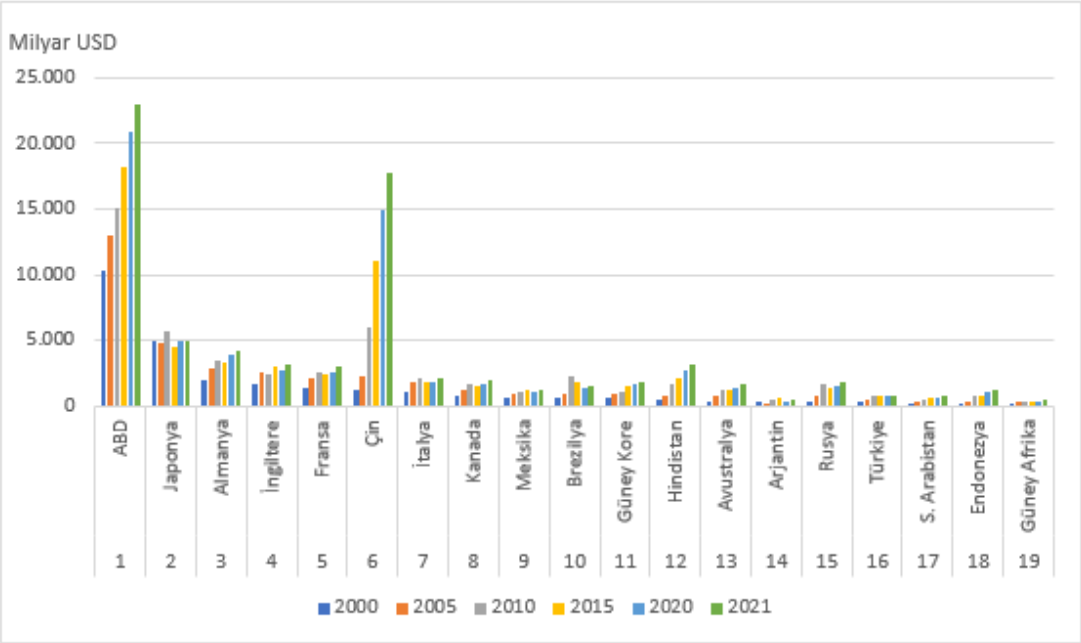
Tablo 2.2. G-20 Ülkelerinin GSYİH'leri (Milyar USD)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021
1	ABD	10.251	13.039	15.049	18.206	20.894	22.996
2	Japonya	4.968	4.831	5.759	4.445	5.032	4.933
3	Almanya	1.949	2.848	3.402	3.358	3.887	4.263
4	İngiltere	1.665	2.548	2.494	2.957	2.759	3.188
5	Fransa	1.366	2.198	2.647	2.439	2.636	2.957
6	Çin	1.205	2.290	6.034	11.114	14.863	17.745
7	İtalya	1.147	1.859	2.138	1.837	1.891	2.101
8	Kanada	745	1.174	1.617	1.557	1.645	1.988
9	Meksika	708	877	1.058	1.172	1.090	1.298
10	Brezilya	655	892	2.209	1.800	1.449	1.608
11	Güney Kore	576	935	1.144	1.466	1.645	1.811
12	Hindistan	477	834	1.708	2.104	2.668	3.176
13	Avustralya	400	736	1.254	1.233	1.358	1.635
14	Arjantin	318	199	425	642	389	427
15	Rusya	278	818	1.633	1.357	1.484	1.779
16	Türkiye	274	506	777	864	720	817
17	Suudi Arabistan	190	328	528	654	703	834
18	Endonezya	179	311	755	860	1.062	1.187
19	Güney Afrika	152	289	417	347	338	419

Kaynak: https://knoema.com/atlas/ranks/GDP Erişim Tarihi: 22.09.2023

Küresel olarak bakıldığında, G-20 ülkelerinin ekonomileri büyüklük ve kişi başına düşen gelir açısından oldukça kapsamı geniş bir konumda yer almaktadır. G-20 üye ülkelerinin potansiyel olarak GSYİH miktarlarının üye ülkeler arasında farklılık gösterdiği Tablo 2.2'de gösterilmektedir. Gelişmiş ülkeler arasında yer alan ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, İtalya, Kanada, Fransa gibi ülkelerin GSYİH'nin gelişmekte olan ülkelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 2.2'de anlaşıldığı üzere Çin ve

Hindistan gibi ülkelerin her ne kadar GSYİH miktarlarının çoğu gelişmiş ülkelerden yüksek olsa da nüfus yoğunluğunun da göz önünde bulundurulması gerekli bir husustur.



Kaynak: https://knoema.com/atlas/ranks/GDP Erişim Tarihi: 22.09.2023

Şekil 2.6. G-20 Ülkelerinin GSYİH'lerinin Görünümü (Milyar USD)

Şekil 2.6'da görüldüğü üzere G-20 ülkelerinin GSYİH miktarlarında Çin ve ABD'nin görünümüne bakıldığında, diğer ülkelere oranla oldukça yüksek GSYİH'ye sahip olduğu ve dünyanın en zengin ülkeleri arasında önemli bir farkla yer aldığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin görünümünde Arjantin ve Güney Afrika gibi ülkelerin ise G-20 ülkeleri arasında en düşük GSYİH miktarlarına sahip olduğu görülmektedir. Çin ve Hindistan gibi ülkelerin GSYİH oranlarının gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğu, ancak sonraki bölümde nüfus faktörünün dikkate alınmasıyla, kişi başına düşen GSYİH'lerinin ekonomik gelişmişlik düzeyini belirlemede daha önemli rol oynadığı görülmektedir.

Tablo 2.3. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'leri (USD)

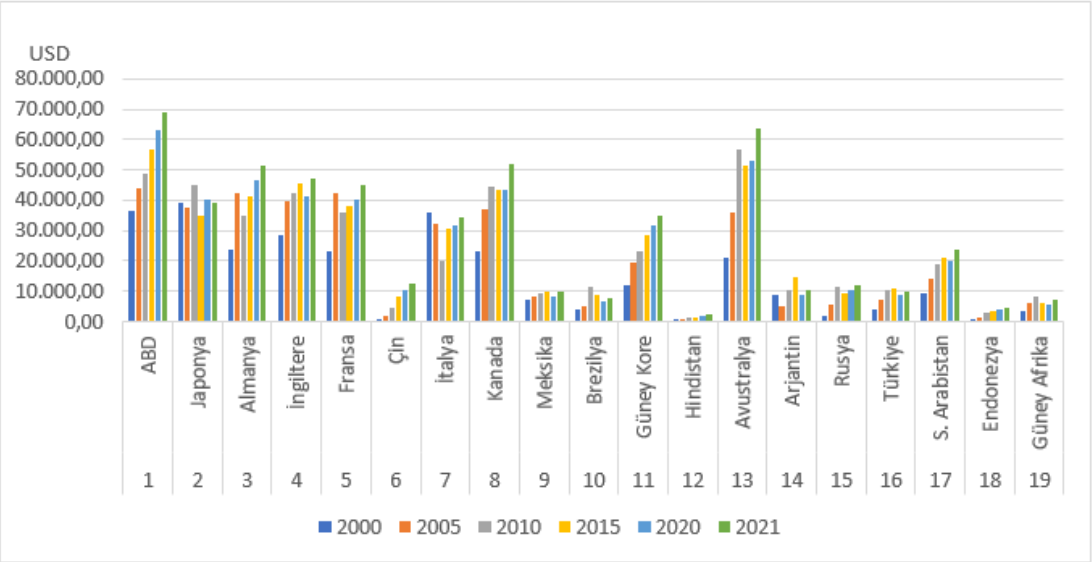
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021
1	ABD	36.313,00	44.034,00	48.586,00	56.730,00	63.078,00	69.227,00
2	Japonya	39.173,00	37.819,00	45.136,00	35.006,00	39.981,00	39.301,00
3	Almanya	23.925,00	42.380,00	35.020,00	41.107,00	46.735,00	51.538,00
4	İngiltere	28.280,00	39.732,00	42.171,00	45.419,00	41.127,00	47.329,00
5	Fransa	23.212,00	42.179,00	36.057,00	37.938,00	40.378,00	45.188,00
6	Çin	951,00	1.751,00	4.500,00	8.034,00	10.525,00	12.562,00
7	İtalya	35.816,00	32.031,00	20.153,00	30.464,00	31.707,00	34.473,00
8	Kanada	23.137,00	36.945,00	44.448,00	43.626,00	43.307,00	52.015,00
9	Meksika	7.166,00	8.304,00	9.299,00	9.657,00	8.528,00	10.062,00
10	Brezilya	3.772,00	4.820,00	11.333,00	8.846,00	6.841,00	7.564,00
11	Güney Kore	12.163,00	19.398,00	23.077,00	28.737,00	31.728,00	35.004,00
12	Hindistan	451,00	727,00	1.384,00	1.606,00	1.933,00	2.280,00
13	Avustralya	20.879,00	36.217,00	56.539,00	51.413,00	52.953,00	63.464,00
14	Arjantin	8.639,00	5.164,00	10.413,00	14.895,00	8.572,00	10.617,00
15	Rusya	1.902,00	5.709,00	11.431,00	9.258,00	10.155,00	12.219,00
16	Türkiye	4.238,00	7.351,00	10.533,00	10.974,00	8.612,00	9.654,00
17	Suudi Arabistan	9.257,00	14.068,00	19.163,00	21.063,00	20.089,00	23.507,00
18	Endonezya	870,00	1.404,00	3.178,00	3.706,00	3.931,00	4.361,00
19	Güney Afrika	3.382,00	6.033,00	8.130,00	6.257,00	5.661,00	6.965,00

Kaynak: https://public.knoema.com/rwidmdc/imf-world-economic-outlook-weo-database-october-2022 Erişim Tarihi: 22.09.2023

Ülkelerin zenginlik göstergeleri arasında, sahip oldukları toplam GSYİH miktarları dışında kişi başına düşen GSYİH miktarlarının da önemli bir gösterge olduğunun belirtilmesi gerekir. Kişi başına düşen GSYİH miktarı, toplam GSYİH'nin ülke nüfusuna oranıyla elde edilen parasal ifade olarak belirlenmektedir. Uluslararası piyasalarda Amerikan Dolarının genel kabul gören para birimi olması sebebiyle de genellikle Amerikan Doları ile değerlendirme yapılması analiz açısından da daha objektif sonuçlar ortaya çıkarmasına katkı sunması beklenmektedir.

Kişi başına düşen GSYİH'nin belirlenmesinde ülkelerin nüfusunun belirleyici bir öneme sahip olduğu ve ülkelerin gelişmişlik seviyelerini de belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Bu açıdan Tablo 2.3'e bakıldığında yine 2000 ve 2021 yılları arasında ABD en yüksek GSYİH miktarına sahip ülke olmasının yanında çoğu yıllarda kişi başına

düşen GSYİH'de en yüksek miktara sahip olan ülkedir. GSYİH miktarı açısından üst seviyelerde olan Çin ve Hindistan'ın, Tablo 2.3'e bakıldığında kişi başına düşen GSYİH miktarlarında en düşük ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir.



Kaynak: : https://public.knoema.com/rwidmdc/imf-world-economic-outlook-weo-database-october-2022 Erişim Tarihi: 22.09.2023

Şekil 2.7. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'leri (Milyar USD)

Şekil 2.7'ye bakıldığında yine Avusturalya, ABD, Kanada, Japonya, İngiltere, Almanya, Fransa ve İtalya gibi ülkeler ile Türkiye, Çin, Brezilya, Arjantin, Güney Kore, Meksika, Hindistan, Arjantin, Rusya, Suudi Arabistan, Endonezya ve Güney Afrika gibi ülkelerle arasında önemli oranda farklar bulunduğu görülmektedir. Ayrıca Şekil 2.7'de görüldüğü üzere Çin ve Hindistan gibi nüfusun yoğun olduğu ülkelerin kişi başına düşen GSYİH miktarlarının diğer ülkelere oranla daha düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir.

Tablo 2.4. G-20 Ülkelerinde Ekonomik Büyüme Oranları (%)

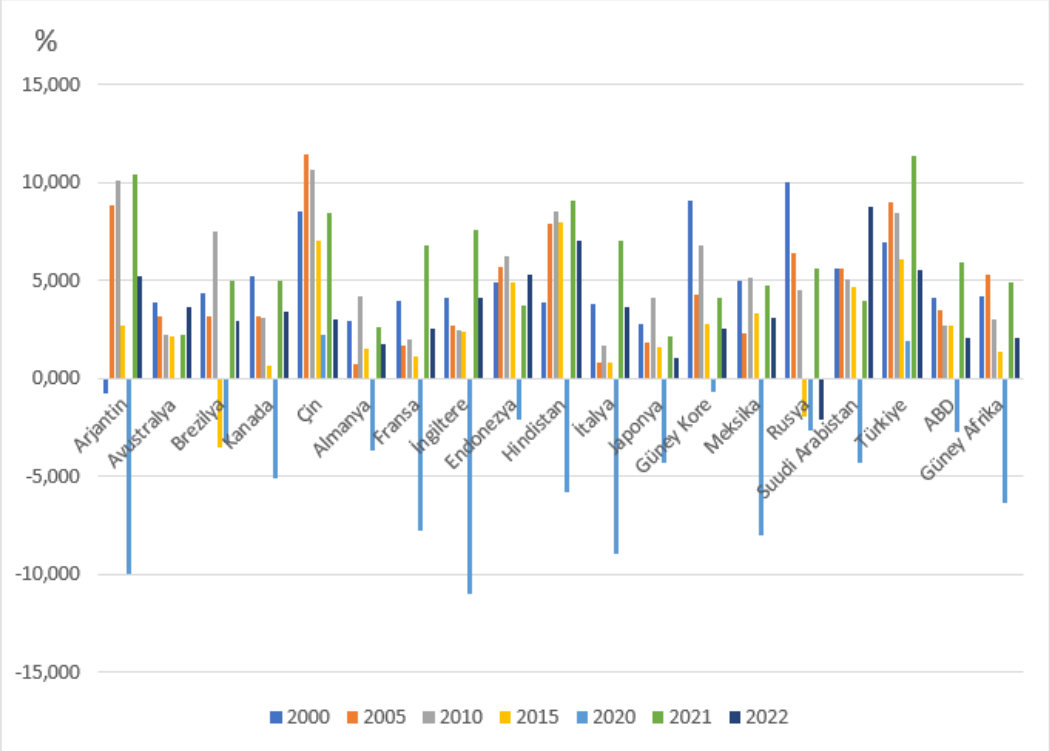
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
1	Arjantin	-0,790	8,850	10,125	2,731	-9,943	10,398	5,243
2	Avustralya	3,901	3,154	2,207	2,153	-0,051	2,236	3,618
3	Brezilya	4,388	3,202	7,528	-3,546	-3,277	4,989	2,901
4	Kanada	5,178	3,204	3,090	0,659	-5,074	5,012	3,396
5	Çin	8,490	11,395	10,636	7,041	2,239	8,447	2,991
6	Almanya	2,913	0,732	4,180	1,492	-3,697	2,627	1,785
7	Fransa	3,924	1,663	1,949	1,113	-7,785	6,817	2,562
8	İngiltere	4,093	2,668	2,430	2,393	-11,031	7,597	4,102
9	Endonezya	4,920	5,693	6,224	4,876	-2,066	3,703	5,309
10	Hindistan	3,841	7,923	8,498	7,996	-5,831	9,050	7,003
11	İtalya	3,787	0,818	1,713	0,778	-8,979	6,987	3,675
12	Japonya	2,765	1,804	4,098	1,561	-4,279	2,142	1,029
13	Güney Kore	9,061	4,309	6,805	2,809	-0,709	4,145	2,561
14	Meksika	4,942	2,308	5,118	3,293	-7,988	4,721	3,062
15	Rusya	10,000	6,400	4,500	-1,973	-2,654	5,614	-2,070
16	Suudi Arabistan	5,625	5,574	5,039	4,690	-4,341	3,922	8,744
17	Türkiye	6,933	8,992	8,427	6,084	1,940	11,353	5,566
18	ABD	4,077	3,483	2,709	2,706	-2,768	5,945	2,062
19	Güney Afrika	4,200	5,277	3,040	1,322	-6,342	4,913	2,042

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG Erişim Tarihi: 24.09.2023

Ekonomik büyüme konusunda üretim hacmindeki artış göstergeleri arasında GSYİH ilk akla gelenler arasındadır. Ekonomik büyüme, gerek gelişmiş ülke ekonomileri gerekse gelişmekte olan ülke ekonomileri açısından ekonomik karşılaştırmalarda en önemli göstergeler arasındadır. Gelişmiş ülkelerin birçoğunda ekonomik kalkınma önemli oranda sağlanmış olması sebebiyle ekonomik büyümenin artışı daha önemli hal almaktadır. Bunun yanında gelişmekte olan ülkeler açısından ekonomik kalkınmanın belli bir ölçüde sağlanarak; ekonomik büyümenin ele alınması, ekonomik değerlendirme açısından daha önem arz etmektedir. Ekonomik kalkınma, işsizlik, sosyal ve ekonomik modernleşmenin kurumsal olarak sağlanması, gelir dağılımında adaletsizlik gibi sadece ekonomik konuların yanında sosyal konuları da işlemektedir. Ekonomik kalkınma aynı zamanda ekonomik büyümeyi de içinde barındırması sebebiyle çok boyutlu bir kavramdır

(Özel, 2012: 64). Bu nedenle ekonomik büyüme oranlarının istikrarlı bir şekilde artması, ekonomik olarak gelişmiş olmanın göstergeleri arasındadır.

Tablo 2.4'te G-20 ülkelerindeki son dönemlere (2000-2022) ait ekonomik büyüme oranları gösterilmektedir. Tablo 2.4'te görüldüğü üzere ülkelerin bir önceki yıla oranla düşüş ve yükseliş oranlarının az olması ülke ekonomisinin istikrar göstergeleri arasındadır. Aynı zamanda 2020 yılında Covid-19 Pandemisinin yarattığı sağlık sorunlarının ekonomik büyüme oranları üzerinde de etkili olduğu görülmektedir. 2020 yılında Çin ve Türkiye dışında kalan G-20 ülkelerinde negatif bir büyüme meydana gelmiştir. Küresel ekonomik sorunların G-20 ülkelerini önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Aynı zamanda ülkelerin iç dinamikleri de ekonomik büyüme oranlarını etkilediği Arjantin, Brezilya, Türkiye, Rusya, Güney Afrika gibi gelişmekte olan ülkelerin ekonomik büyüme göstergelerinde görülmektedir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.8. G-20 Ülkelerinde Ekonomik Büyüme Oranları (%)

Şekil 2.8. G-20 ülkelerindeki ekonomik büyüme oranlarının görünümünü yansıtmaktadır. 2008 yılında yaşanan küresel ekonomik kriz sonrası ekonomik

daralmanın yaşandığı ve özellikle de gelişmiş ülkelerin daha çok etkilendiği görülmektedir. Covid-19 Pandemisi sebebiyle 2020 yılında Türkiye ve Çin dışında üye ülkelerde negatif bir büyümenin yaşandığı, fakat 2021 yılında genel olarak bir toparlama yaşandığı görülmektedir. Şekil 2.8'de anlaşıldığı üzere ülkelerin ekonomik büyüme oranlarının ortalama değere sahip olmadıklarını ve ani yükselişlerin veya düşüşlerin daha çok gelişmekte olan ülkelerde yaşandığı da görülmektedir.

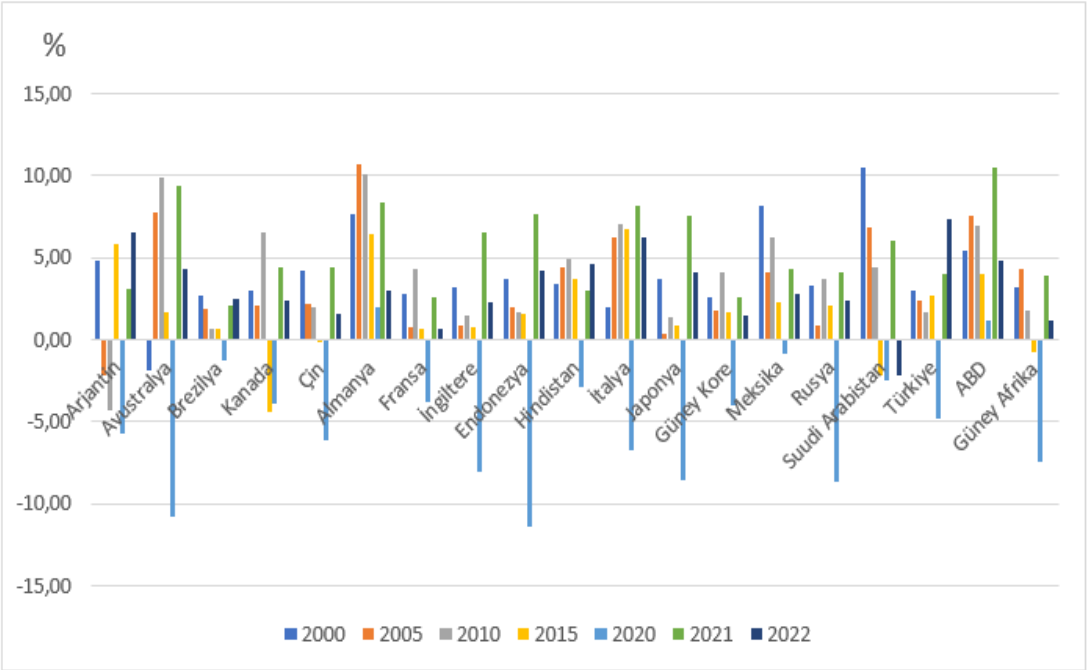
G-20 ülkelerinin küresel ekonomik krizlerle mücadele de kurumsal olarak önemli bir konuma sahiptir. Kurumsal olarak bakıldığında G-20 ülkelerinin liderler düzeyinde toplanmaya yönelten en önemli sebepler arasında küresel veya bölgesel krizler sebebiyle ortaya çıkan ekonomik sorunlardır. Böylesi sorunlar karşısında üye ülkelerin önerdiği veya geliştirdiği politikaların ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğu ve üye ülkelerin bütünlüklü olarak krizler karşısında ortak mücadele ederek ekonomik performanslarını artırması hedeflenmektedir (Yıldız, 2017: 73).

Tablo 2.5. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH Büyüme Oranları (%)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
1	Arjantin	4,84	-2,19	-4,26	5,82	-5,73	3,05	6,55
2	Avustralya	-1,91	7,73	9,84	1,63	-10,81	9,36	4,27
3	Brezilya	2,72	1,91	0,63	0,69	-1,28	2,11	2,46
4	Kanada	2,97	2,06	6,52	-4,36	-3,92	4,44	2,43
5	Çin	4,20	2,23	1,95	-0,09	-6,09	4,41	1,53
6	Almanya	7,64	10,74	10,10	6,42	2,00	8,35	3,00
7	Fransa	2,77	0,79	4,34	0,62	-3,78	2,58	0,72
8	İngiltere	3,21	0,90	1,45	0,75	-8,03	6,54	2,28
9	Endonezya	3,72	1,97	1,63	1,58	-11,36	7,69	4,19
10	Hindistan	3,41	4,37	4,90	3,72	-2,89	2,99	4,64
11	İtalya	1,97	6,21	7,01	6,72	-6,73	8,18	6,28
12	Japonya	3,74	0,32	1,40	0,88	-8,53	7,58	4,12
13	Güney Kore	2,59	1,79	4,08	1,67	-4,00	2,61	1,48
14	Meksika	8,15	4,09	6,27	2,27	-0,85	4,33	2,79
15	Rusya	3,29	0,86	3,73	2,09	-8,65	4,14	2,42
16	Suudi Arabistan	10,46	6,81	4,45	-2,18	-2,45	6,05	-2,16
17	Türkiye	2,99	2,39	1,72	2,69	-4,79	4,06	7,37
18	ABD	5,39	7,53	6,99	4,04	1,15	10,51	4,87
19	Güney Afrika	3,20	4,29	1,82	-0,76	-7,48	3,87	1,19

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?view=chart Erişim Tarihi: 22.09.2023

Kişi başına düşen büyüme oranları, ekonomik büyüme oranlarının değerlendirilmesinde ülke nüfusunun da göz önünde bulundurulduğu ekonomik gösterge olarak tanımlanabilir (Aydın, 2022: 27). Bu nedenle daha önceki bölümlerde hem büyüme hem de miktar olarak GSYİH açısından G-20 üye devletlerarasında önemli yere sahip olan ülkelerden Çin, kişi başına düşen büyüme oranında aynı başarıyı göstermediği Tablo 2.5'te de görülmektedir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?view=chart Erişim Tarihi: 22.09.2023

Şekil 2.9. G-20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH Büyüme Oranları (%)

Şekil 2.9'da kişi başına düşen GSYİH içerisindeki büyüme oranlarının görünümüne bakıldığında Covid-19 Pandemisi sebebiyle, G-20 ülkelerinin tamamında eksi bir büyüme meydana gelmiştir. Çin ve Türkiye gibi üye ülkelerin daha önce belirtildiği üzere Covid-19 Pandemisinin yoğun yaşandığı 2020 yılında dahi eksi büyüme içerisinde olmadığı, fakat nüfus faktörü dikkate alındığında eksi bir büyümenin yaşandığı görülmektedir. Bu nedenle uluslararası değerlendirmelerde genellikle nüfus faktörü dikkate alınarak değerlendirmeler yapılmaktadır (Aydın, 2022: 27).

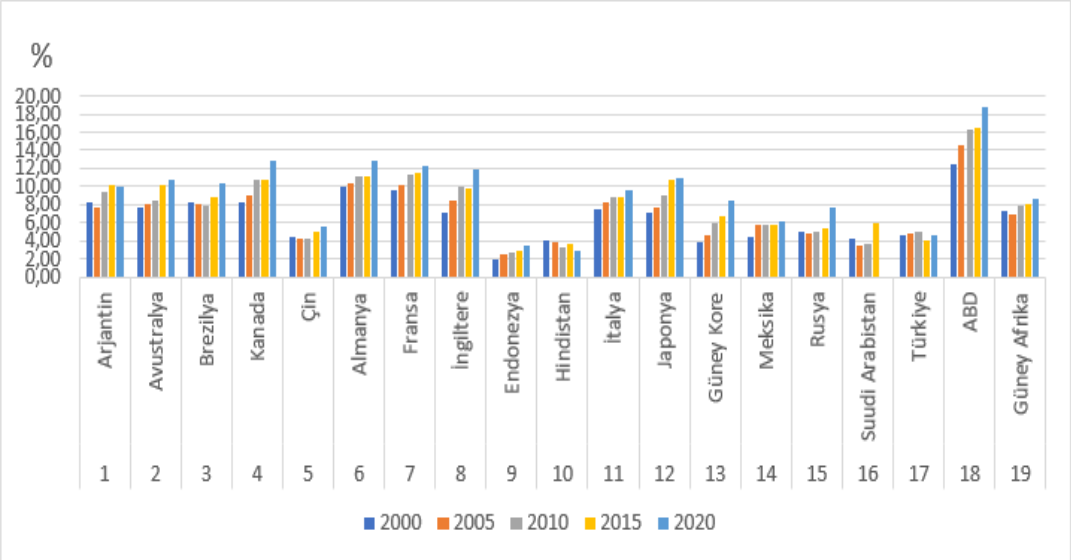
Tablo 2.6. G-20 Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020
1	Arjantin	8,22	7,61	9,45	10,23	9,98
2	Avustralya	7,60	7,97	8,42	10,18	10,65
3	Brezilya	8,33	8,04	7,95	8,91	10,31
4	Kanada	8,25	9,04	10,70	10,74	12,94
5	Çin	4,51	4,18	4,23	4,94	5,59
6	Almanya	9,89	10,31	11,10	11,18	12,82
7	Fransa	9,58	10,21	11,23	11,44	12,21
8	İngiltere	7,19	8,39	9,95	9,75	11,98
9	Endonezya	1,85	2,53	2,79	2,92	3,41
10	Hindistan	4,03	3,79	3,27	3,60	2,96
11	İtalya	7,57	8,34	8,92	8,86	9,63
12	Japonya	7,03	7,66	9,06	10,75	10,90
13	Güney Kore	3,90	4,62	5,92	6,65	8,36
14	Meksika	4,45	5,84	5,74	5,72	6,24
15	Rusya	5,02	4,77	4,97	5,30	7,60
16	Suudi Arabistan	4,21	3,42	3,65	6,00	
17	Türkiye	4,60	4,89	5,02	4,12	4,62
18	ABD	12,49	14,57	16,20	16,48	18,82
19	Güney Afrika	7,34	6,86	7,79	8,05	8,58

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Tablo 2.6'da G-20 ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı verilmiştir. Tablo 2.6'da görüldüğü üzere 2000-2020 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki ortalaması sürekli artmıştır. G-20 ülkelerinin ortalama değerlerine bakıldığında 2000 yılında % 6,64, 2005 yılında % 7,00, 2010 yılında % 7,70, 2015 yılında %8,20 ve 2020 yılında ise % 9,31 oranlara sahip olduğu ve gerek ülkeler de gerekse de toplamda sürekli bir artış yaşandığı anlaşılmaktadır. Bu ortalama değerlerin üstünde kalan ülkelere bakılacak olursa Arjantin, Japonya, Avustralya, İngiltere, Brezilya, Fransa, Kanada, Almanya, İtalya ve ABD yer almaktadır. Diğer taraftan ortalama değerin altında kalan ülkelerin ise Türkiye, Endonezya, Hindistan, Güney Kore, Güney Afrika, Meksika, Çin, Rusya Federasyonu ve Suudi Arabistan gibi ülkelerden oluştuğu anlaşılmaktadır. G-20 ülkelerinde, GSYİH payı içerisinde toplam sağlık harcamalarının seçili yıllarda en yüksek olduğu ülke ABD, daha sonra ise Almanya, Kanda, Fransa ve İngiltere gibi gelişmiş üye ülkelerdir.

Ülkeler açısından gelişmişlik göstergeleri arasında toplam sağlık harcamaları önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle G-20 üye ülkelerin oransal olarak GSYİH içerisinde payının artırılması, ülkelerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmasına ve bireylerin yaşam kalitesinin artmasına katkı sunması beklenen bir husustur.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.10. G-20 Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)

Şekil 2.10.'da da anlaşılacağı üzere diğer ülkelere oranla ABD'nin sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının önemli oranda yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zamanda daha önceki bölümlerde de belirtildiği üzere, sağlık harcamalarının sadece sunulan sağlık hizmetleri ile sınırlı olmadığı; bunun yanında sağlık teknolojisinin gelişmesi için yapılan harcamaları da kapsadığı belirtilmiştir. Özellikle ABD, Almanya, İngiltere, Kanada gibi ülkelerin sağlık harcamalarının bu açıdan da değerlendirilmesi önemlidir.

Tablo 2.7. G-20 Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD)

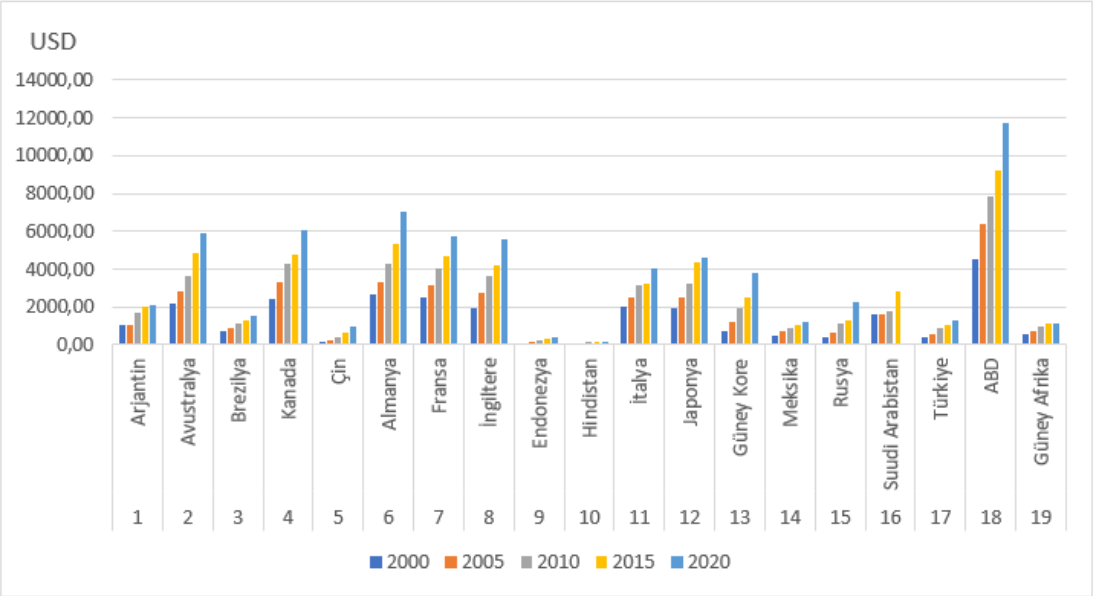
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020
1	Arjantin	1.062,07	1.028,00	1.693,10	2.050,68	2.089,52
2	Avustralya	2.152,27	2.842,85	3.608,06	4.809,13	5.929,98
3	Brezilya	750,53	879,84	1.132,42	1.309,01	1.529,44
4	Kanada	2.422,02	3.285,15	4.296,53	4.795,26	6.049,90
5	Çin	130,88	211,25	385,05	633,54	962,29
6	Almanya	2.691,07	3.277,21	4.320,83	5.356,69	7.031,94
7	Fransa	2.515,83	3.135,56	4.053,30	4.679,89	5.740,38
8	İngiltere	1.907,13	2.756,97	3.654,90	4.202,95	5.577,42
9	Endonezya	94,46	170,34	235,26	298,84	414,83
10	Hindistan	85,79	113,15	140,63	194,61	190,74
11	İtalya	2.049,15	2.516,80	3.139,36	3.264,64	4.032,00
12	Japonya	1.920,13	2.463,14	3.201,56	4.392,70	4.627,97
13	Güney Kore	725,96	1.170,25	1.906,48	2.522,56	3.782,12
14	Meksika	498,56	742,66	887,30	1.062,25	1.192,60
15	Rusya	366,48	603,26	1.088,38	1.290,89	2.278,23
16	Suudi Arabistan	1.610,82	1.573,86	1.752,52	2.823,96	
17	Türkiye	436,86	580,60	870,26	1.045,38	1.260,76
18	ABD	4.532,77	6.402,03	7.832,27	9.243,62	11.702,41
19	Güney Afrika	598,92	722,93	995,28	1.093,74	1.156,66

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD Erişim Tarihi: 24.09.2023

Bir ülkede toplam sağlık harcamalarının ülkedeki toplam nüfusa oranı ile elde edilen kişi başına düşen sağlık harcamaları, ülkedeki sağlık harcamalarının bireyler açısından miktarının ne denli yüksek olduğunu gösteren önemli göstergeler arasındadır (Zorkun ve Bülbül, 2022: 259). G-20 ülkeleri açısından sadece toplam sağlık harcamalarının bilinmesi yeterli olmadığı, aynı zamanda Çin ve Hindistan gibi ülkeler başta olmak üzere nüfusu yüksek olan ülkelerin sağlık harcamalarının nüfusa nasıl yansıdığının bilinmesi açısından önemli sonuçlar meydana getirmektedir.

Tablo 2.7'de G-20 ülkelerinin kişi başına düşen sağlık harcamalarının Amerikan Doları olarak miktarları verilmiştir. Avustralya, Kanada, Japonya, Almanya, İtalya, Fransa, ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkeler ortalama değerin üstünde yer alırken; Türkiye, Arjantin, Rusya Federasyonu, Brezilya, Meksika, Çin, Güney Kore, Endonezya,

Suudi Arabistan, Hindistan ve Güney Afrika gibi gelişmekte olan ülkeler ortalamanın altında kalmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarında Güney Kore son dönemlerde (2015-2020) önemli bir artış sağladığı ve G-20 ortalamasını yakaladığı Tablo 2.7'de görülmektedir.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.11. G-20 Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD)

Şekil 2.11'de 2020 yılında ABD'nin 10.000 Amerikan Dolarının üstünde kişi başına sağlık harcamasının yapıldığı tek ülke olduğu; bunun yanında seçili yıllarda Çin, Endonezya ve Hindistan gibi ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcamalarının 1.000 doların üstüne çıkmadığı görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin nüfuslarının yoğun olması (özelliklede gelişmekte olan ülkelerde) kişi başına düşen sağlık harcamalarının miktarını olumsuz yönlü belirlediği anlaşılmaktadır.

Tablo 2.8. G-20 Ülkelerinde Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

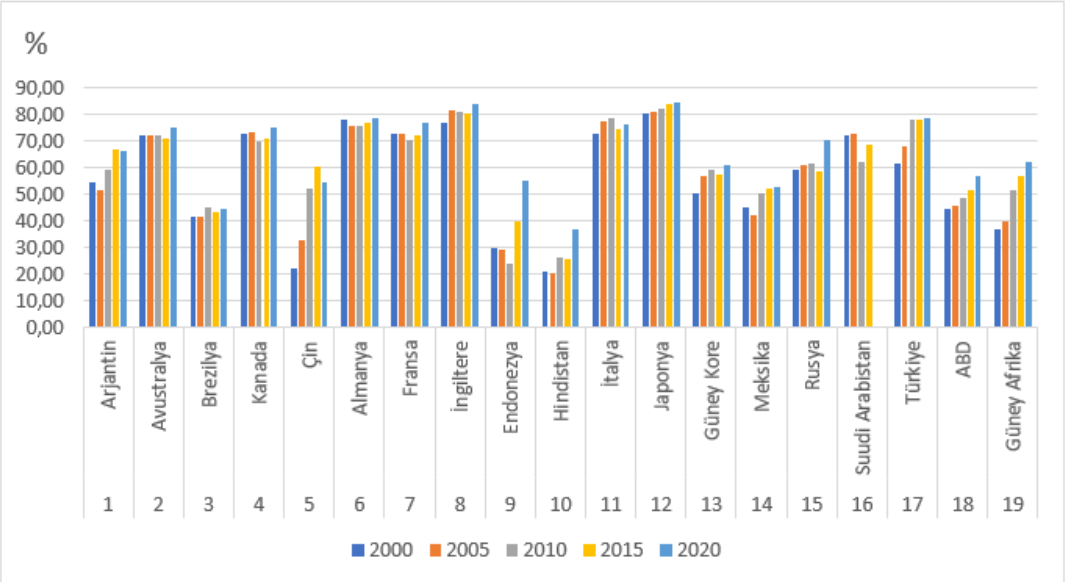
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020
1	Arjantin	54,73	51,42	58,95	66,71	66,27
2	Avustralya	71,84	71,84	72,36	71,04	75,09
3	Brezilya	41,64	41,63	45,02	43,26	44,75
4	Kanada	72,85	73,04	69,92	70,66	74,97
5	Çin	21,98	32,76	51,91	60,18	54,72
6	Almanya	78,20	75,67	75,69	76,96	78,44
7	Fransa	72,73	72,55	70,44	72,27	76,72
8	İngiltere	76,58	81,41	80,87	80,38	83,70
9	Endonezya	29,67	28,92	23,69	39,60	55,05
10	Hindistan	20,68	20,13	26,21	25,64	36,65
11	İtalya	72,64	77,49	78,45	74,44	76,08
12	Japonya	80,43	81,17	81,93	84,08	84,24
13	Güney Kore	50,33	57,05	59,35	57,36	61,01
14	Meksika	45,22	42,24	50,22	52,20	52,88
15	Rusya	59,36	61,14	61,38	58,72	70,55
16	Suudi Arabistan	72,05	72,50	61,93	68,47	
17	Türkiye	61,68	67,75	78,00	78,13	78,85
18	ABD	44,39	45,48	48,87	51,37	56,77
19	Güney Afrika	36,59	40,00	51,33	57,08	62,10

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği konusunda belirleyici rol oynamaktadır (Tatar, 2012: 129). Sağlık finansmanı modelleri arasında yer alan ve daha önce de belirtildiği üzere; Beveridge, Bismarck ve Özel Sağlık Sigortası Modelleri sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği konusunu açıklayıcı modellerdir. Bu açıdan sağlık harcamalarının belirlenme süreçlerinde devletin etkin olduğu ve kaynağının çoğunluğunu vergilerin oluşturduğu Beveridge Modeli'nin Tablo 2.8'de G-20 üye ülkelerindeki oranları gösterilmektedir.

G-20 üye ülkelerinde kamu kesimi tarafından karşılanan sağlık harcamalarının seçili yıllar üzerinde ortalamalarına bakılacak olursa; 2000 yılında % 55,98, 2005 yılında % 57,59, 2010 yılında % 60,34, 2015 yılında % 62,55 ve 2020 yılında ise % 66,05 olarak sürekli bir artış yaşandığı görülmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri bu oranların

belirlenmesinde belirleyici bir faktördür. Bu açıdan Avustralya, Kanada, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, Japonya, Suudi Arabistan ve Türkiye gibi ülkelerin sağlık harcamalarının daha çok devlet eliyle yapıldığı anlaşılmaktadır.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.12. G-20 Ülkelerinde Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

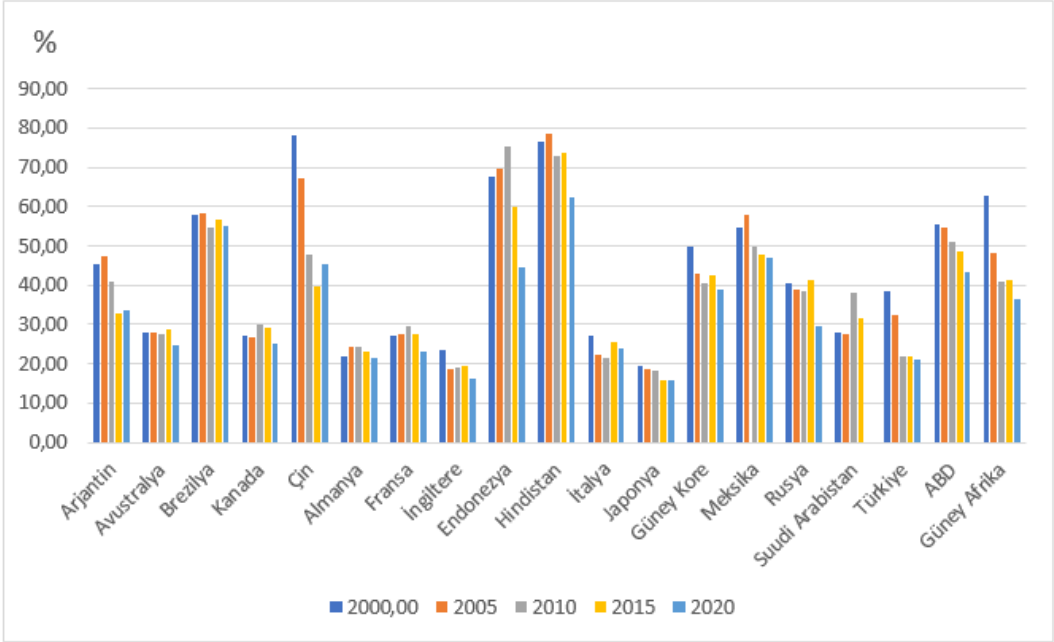
Şekil 2.12.'de G-20 ülkeleri içerisinde sağlık harcamalarının daha çok kamu kesimi tarafından yapıldığı görülmektedir. Şekil 2.12. görünümüne bakıldığında ülkelerin sağlık hizmetlerini daha çok kamusal bir hizmet olarak değerlendirdiği sonucuna varılması mümkündür. Özellikle sosyal devlet anlayışının hâkim olduğu Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, Türkiye ve Japonya gibi ülkelerin sağlık harcamalarında devletin etkin rol oynadığı görülmektedir.

Tablo 2.9. G-20 Ülkelerinde Özel Kesim Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020
1	Arjantin	45,24	47,40	40,73	33,00	33,44
2	Avustralya	28,16	28,16	27,64	28,96	24,91
3	Brezilya	58,05	58,30	54,73	56,66	55,10
4	Kanada	27,15	26,96	30,08	29,34	25,03
5	Çin	78,00	67,03	47,97	39,81	45,28
6	Almanya	21,80	24,33	24,31	23,04	21,56
7	Fransa	27,27	27,45	29,56	27,73	23,28
8	İngiltere	23,41	18,58	19,12	19,60	16,29
9	Endonezya	67,41	69,46	75,46	59,91	44,45
10	Hindistan	76,64	78,34	72,82	73,65	62,36
11	İtalya	27,36	22,51	21,55	25,56	23,92
12	Japonya	19,57	18,83	18,07	15,92	15,76
13	Güney Kore	49,67	42,95	40,65	42,64	38,99
14	Meksika	54,78	57,76	49,78	47,80	47,10
15	Rusya	40,44	38,76	38,62	41,28	29,45
16	Suudi Arabistan	27,95	27,50	38,07	31,53	
17	Türkiye	38,32	32,25	22,00	21,87	21,15
18	ABD	55,61	54,52	51,13	48,63	43,23
19	Güney Afrika	62,76	48,21	41,03	41,25	36,56

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık finansmanının sağlanmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Beveridge Modelinin tersi olan Ulusal Sağlık Sigortası Modeli ise sağlık harcamalarının daha çok özel kesim tarafından karşılandığı model olarak tanımlanmaktadır. Tablo 2.9. G-20 ülkelerinde seçili yıllar içerisinde özel kesim aracılığıyla gerçekleşen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranını göstermektedir. G-20 üye ülkelerinde seçili yılların ortalamasına bakıldığında; 2000 yılında % 43,66, 2005 yılında % 41,54, 2010 yılında % 39,12, 2015 yılında % 37,27 ve 2020 yılında % 33,77 olduğu ve seçili yıllar içerisinde sürekli olarak bu oranın azaldığı anlaşılmaktadır. Brezilya ve Hindistan gibi ülkelerde seçili yıllar içerisinde her dönem sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak özel kesim tarafından yapıldığı; buna karşın özellikle son dönemlerde diğer ülkelerin ağırlıklı olarak sağlık harcamalarının kamu kesimi tarafından yapıldığı anlaşılmaktadır.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.13. G-20 Ülkelerinde Özel Kesim Tarafından Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

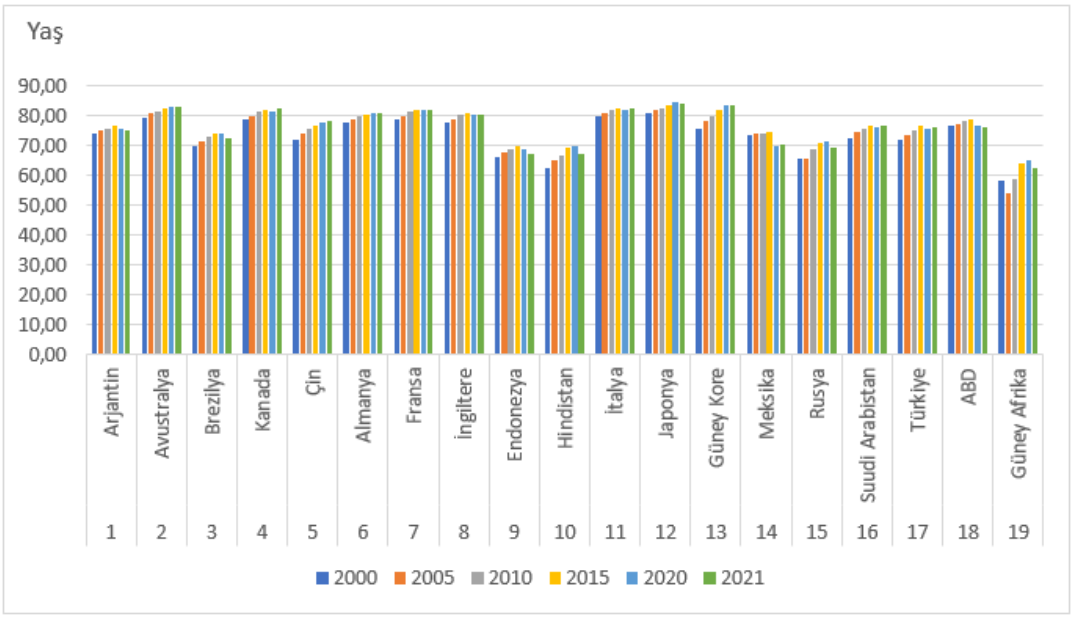
Şekil 2.13.'te sağlık harcamalarının 2000'li yıllarda Güney Afrika, Çin, Meksika, Endonezya, Brezilya, Hindistanve ABD gibi ülkelerde daha çok özel kesim tarafından yapıldığı sonraki yıllarda ise daha çok özel ve kamu kesimi eliyle yapıldığı görülmektedir.

Tablo 2.10. G-20 Ülkelerinde Ortalama Yaşam Süresi (Yıl)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021
1	**Arjantin**	73,93	75,14	75,72	76,76	75,89	75,39
2	**Avustralya**	79,23	80,84	81,70	82,40	83,20	83,30
3	**Brezilya**	69,74	71,75	73,18	74,33	74,01	72,75
4	**Kanada**	79,17	80,11	81,32	81,82	81,67	82,60
5	**Çin**	71,88	74,11	75,60	76,98	78,08	78,21
6	**Almanya**	77,93	78,93	79,99	80,64	81,04	80,90
7	**Fransa**	79,06	80,16	81,66	82,32	82,18	82,32
8	**İngiltere**	77,74	79,05	80,40	80,96	80,35	80,70
9	**Endonezya**	66,43	67,65	68,68	69,70	68,81	67,57
10	**Hindistan**	62,67	65,00	66,91	69,64	70,15	67,24
11	**İtalya**	79,78	80,78	82,04	82,54	82,20	82,80
12	**Japonya**	81,08	81,96	82,84	83,79	84,56	84,45
13	**Güney Kore**	75,91	78,17	80,12	82,02	83,43	83,53
14	**Meksika**	73,57	74,38	74,19	74,68	70,13	70,21
15	**Rusya**	65,48	65,53	68,84	71,18	71,34	69,36
16	**Suudi Arabistan**	72,47	74,59	75,76	76,92	76,24	76,94
17	**Türkiye**	71,86	73,53	75,07	76,65	75,85	76,03
18	**ABD**	76,64	77,49	78,54	78,69	76,98	76,33
19	**Güney Afrika**	58,47	53,98	58,90	63,95	65,25	62,34

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN Erişim Tarihi: 24.09.2023

Ortalama yaşam süresinin uzunluğu, ülkelerinin kalkınma seviyeleri ve kaliteli yaşam sürmeleri açısından önemli göstergeler arasındadır. Ülkelerin sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında olması ve sağlık hizmetlerinin yeterlilik düzeyini göstermesi sebebiyle sıklıkla başvurulmaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 5). Ortalama yaşam süresinin kaç yıl olmasıyla ilgili herhangi bir sürenin olmadığı fakat gelişmiş ülkelerde yüksek olduğu ve nüfus artış hızının da ortalama yaşam süresinin artmasıyla azaldığı tespit edilmektedir (Atılgan, 2023: 58). Tablo 2.10.'da G-20 ülkelerinde seçili yıllar arasında ortalama yaşam süresi gösterilmektedir. Genel olarak ortalama yaşam süresinde yıllar bazında bir artış eğiliminin olduğu ve gelişmiş ülkelerde ise ortalama yaşam süresinin daha uzun olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştiği ülkelerde sağlık harcamalarının da yüksek olmasının ortaya çıkardığı en önemli sonuçlar arasında ortalama yaşam süresinin uzaması gelmektedir (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022: 9). Bu nedenle ülkelerin gelişmişlik seviyelerini göstermesi açısından ortalama yaşam süresi önemli göstergeler arasındadır.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.14. G-20 Ülkelerinde Ortalama Yaşam Süresi (Yıl))

Şekil 2.14.'te G-20 ülkelerinin ortalama yaşam süresinin görünümü verilmektedir. Ülkelerin sadece gelişmişlik düzeyinin ortalama yaşam süresini belirlemediği ve başka faktörlerin de (coğrafya, iklim, hava kirliliği gibi) yaşam süresinin uzunluğunu belirlediği Şekil 2.14.'te anlaşılmaktadır. Uzakdoğu ülkeleri olan Güney Kore ve Japonya'da ortalama yaşam süresinin diğer ülkelere göre daha uzun olduğu; bunun yanında Rusya, Brezilya, Endonezya, Hindistan ve Güney Afrika gibi ülkelerde ise daha kısa olduğu görülmektedir. Ayrıca ABD gibi yüksek gelirli bir ülkenin ortalama yaşam süresinin diğer gelişmiş ülkelere kıyasla daha kısa olmasından da anlaşılacağı üzere, sadece gelişmiş olmanın yeterli olmadığı görülmektedir.

Ortalama yaşam süresinin sağlık harcamalarını etkileyen bir faktör olduğu, ancak diğer faktörler arasında yer alan nüfus artış hızı, yaşlı nüfusun (+65 yaş üstü) toplam nüfus içerisindeki payı, bebek doğum oranları ve anne ölüm oranları gibi göstergelerin de G-20 ülkeleri açısından değerlendirilmesi konusunun daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sunması açısından önemlidir.

Tablo 2.11. G-20 Ülkelerinde Yeni Doğan Bebek Ölüm Oranı (Binde)

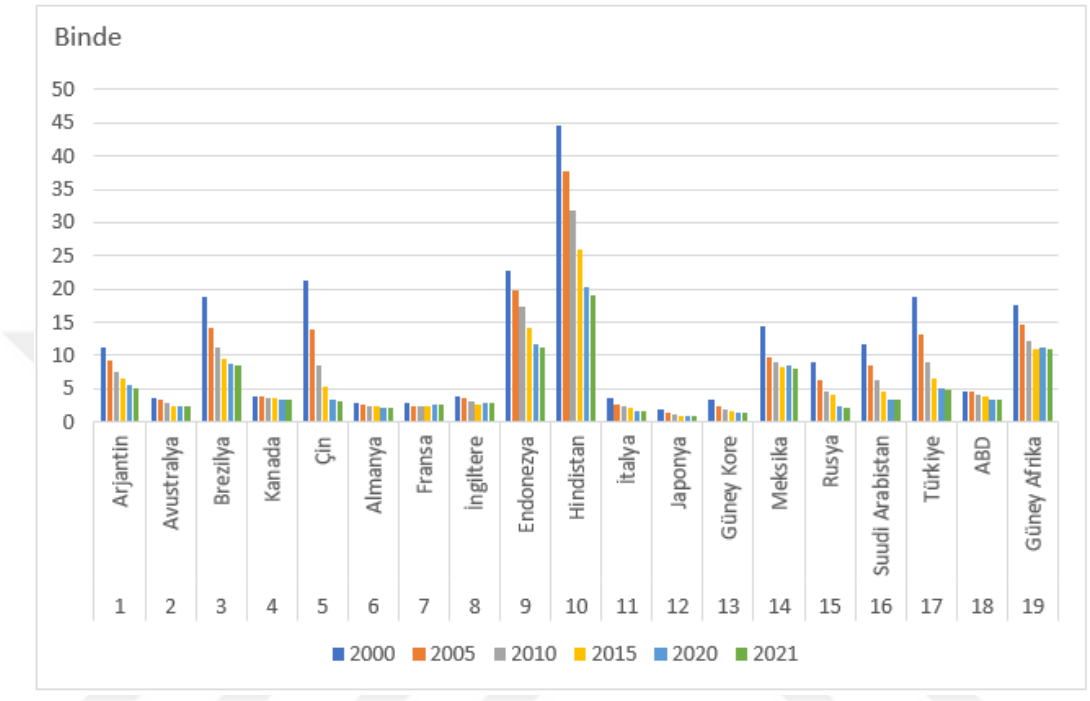
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021
1	Arjantin	11,1	9,2	7,6	6,6	5,6	5,1
2	Avustralya	3,5	3,3	2,8	2,3	2,4	2,4
3	Brezilya	18,8	14,2	11,1	9,5	8,7	8,5
4	Kanada	3,8	3,9	3,7	3,6	3,4	3,4
5	Çin	21,3	13,9	8,4	5,3	3,4	3,2
6	Almanya	2,8	2,6	2,3	2,3	2,2	2,2
7	Fransa	2,8	2,4	2,3	2,4	2,6	2,5
8	İngiltere	3,8	3,5	3	2,7	2,8	2,8
9	Endonezya	22,8	19,9	17,4	14,2	11,7	11,3
10	Hindistan	44,7	37,7	31,8	26	20,2	19,1
11	İtalya	3,5	2,7	2,4	2,1	1,6	1,5
12	Japonya	1,8	1,4	1,1	0,9	0,8	0,8
13	Güney Kore	3,4	2,4	1,8	1,6	1,4	1,4
14	Meksika	14,3	9,8	9	8,3	8,4	8,1
15	Rusya	9	6,4	4,6	4	2,3	2
16	Suudi Arabistan	11,6	8,6	6,4	4,6	3,4	3,3
17	Türkiye	18,8	13,2	9,1	6,6	5	4,7
18	ABD	4,6	4,5	4,1	3,9	3,4	3,3
19	Güney Afrika	17,5	14,7	12,2	11	11,1	11

Kaynak : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT Erişim Tarihi: 24.09.2023

Gelişen sağlık teknolojisi ile beraber sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı ve sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte daha önceki dönemlere kıyasla hastalıkların ve hastalıklardan kaynaklı ölümler azalmaktadır. Bunun en önemli göstergelerinden biri yeni doğan bebek ölüm oranlarındaki azalmadır. Tablo 2.11'de G-20 ülkelerinde yeni doğan bebek ölüm oranları (binde) verilmektedir. 2000'li yılların başında G-20 ülkelerinde bu oranın her yeni doğan bin bebekte ortalama 11,57 seviyelerinde iken günümüzde bu oranın 5,08 seviyelerine gerilediği görülmektedir.

Tablo 2.11'de görüldüğü üzere G-20 üye ülkeleri arasında yeni doğan bebeklerde ölüm oranlarının farklılaştığı anlaşılmaktadır. 2000'li yıllarda Hindistan'da binde 44,70 gibi yüksek seviyelerde olduğu ve G-20 ülkelerinin ortalamasının dört katından fazla olduğu ancak günümüze yaklaşıldıkça bu oranın düştüğü görülmektedir. Bununla birlikte

Türkiye, Arjantin, Meksika, Brezilya, Endonezya, Çin, Güney Afrika ve Suudi Arabistan gibi gelişmekte olan ülkelerin yine 2000'li yılların başında ortalamalarının yüksek olduğu, ancak yıllar itibariyle bu oranda önemli düşüş yaşandığı Tablo 2.11'de anlaşılmaktadır.



Kaynak : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.15. G-20 Ülkelerinde Yeni Doğan Bebek Ölüm Oranı (Binde)

Şekil 2.15'te görüleceği üzere seçili yıllar olan 2000-2021 yılları arasında G-20 üye ülkelerinde yeni doğan bebek ölüm oranlarında meydana gelen düşüşün küresel olarak sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle bağlantılı olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkeler olan Kanada, Almanya, Fransa, İngiltere, Japonya, İtalya ve ABD gibi ülkelerde seçili yıllar arasındaki oransal düşüşün yüksek olmadığı, bunun nedeninin ise sağlık hizmetlerinin önceki dönemlerde de gelişmiş olmasıdır.

Tablo 2.12. G-20 Ülkelerinde Anne Ölüm Oranı (Yüzbinde)

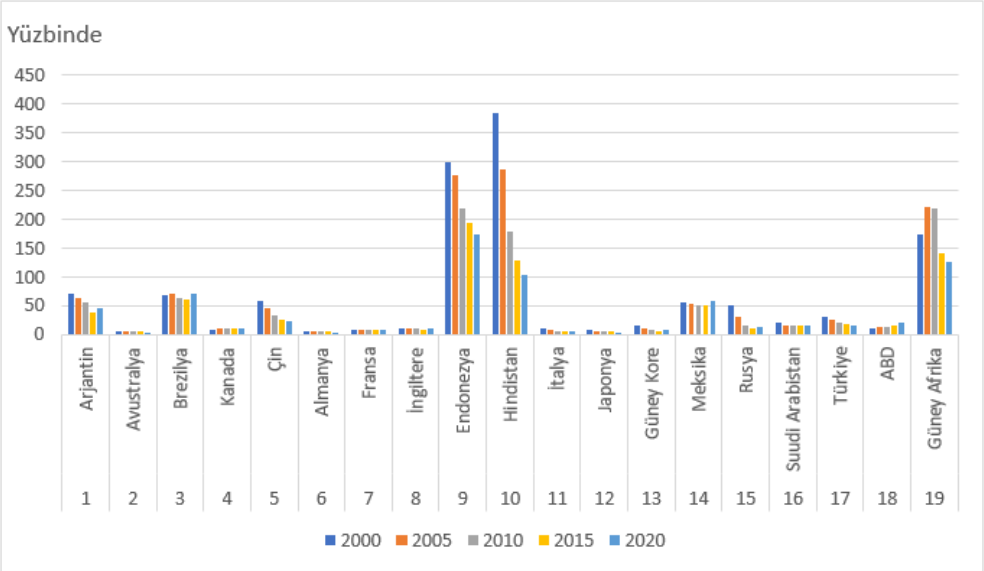
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020
1	Arjantin	72	63	55	39	45
2	Avustralya	7	5	5	5	3
3	Brezilya	68	70	64	62	72
4	Kanada	9	11	12	12	11
5	Çin	58	46	33	26	23
6	Almanya	7	7	6	5	4
7	Fransa	9	9	9	8	8
8	İngiltere	11	11	10	8	10
9	Endonezya	299	276	219	194	173
10	Hindistan	384	286	179	128	103
11	İtalya	10	8	7	7	5
12	Japonya	9	7	6	5	4
13	Güney Kore	16	12	8	6	8
14	Meksika	57	53	51	52	59
15	Rusya	52	31	17	10	14
16	Suudi Arabistan	22	17	15	16	16
17	Türkiye	32	25	22	19	17
18	ABD	12	13	14	17	21
19	Güney Afrika	173	221	219	141	127

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

Anne ölüm oranları, gebelik sürecinden; doğum aşamasına veya doğumdan sonra 42 gün boyunca doğum sebebiyle annenin ölümü olarak toplam 100.000 canlı doğumda meydana gelen anne ölümüdür (Arslan, 2022: 23). Ülkelerin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyini göstermesi ve sağlık harcamalarını etkileyen bir faktör olması açısından önemli bir göstergedir. Tablo 2.12. G-20 ülkelerinde her 100.000 canlı doğumdaki anne ölüm sayısını vermektedir. G-20 ülkelerinde seçili yıllar arasında Endonezya, Hindistan ve Güney Afrika gibi ülkelerin oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Daha önceki tabloda (Tablo 2.11.) yeni doğan bebek ölüm sayısında da yine aynı ülkelerin yüksek oranlara sahip olması, sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığının ve bu tür ülkelerin sağlık harcamalarına yeteri kadar önem vermediği sonucunu doğurmaktadır.

Tablo 2.12'de görüldüğü üzere G-20 üye ülkelerinde anne ölüm oranlarının seçili yıllar arasında sürekli bir düşüş eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır. Avustralya, Kanada, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Japonya gibi ülkelerde anne ölüm oranlarının genel

olarak düşük olduğu, yapılan sağlık harcamaları ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması anne ölüm oranlarını düşüren en önemli faktörler arasındadır.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.16. G-20 Ülkelerinde Anne Ölüm Oranı (Yüzbinde)

Şekil 2.15. ile Şekil 2.16.'ya bakıldığında anne ölüm oranlarının (yüzbinde) yeni doğan bebek ölüm oranları ile benzer seviyelerde olduğu anlaşılmaktadır. Endonezya, Hindistan ve Güney Afrika gibi ülkelerin diğer G-20 ülkelerine göre anne ölüm oranlarının oldukça yüksek olduğu bir görünüm ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle anne ölüm oranlarının ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 2.13. G-20 Ülkelerinde 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerindeki Oranı (%)

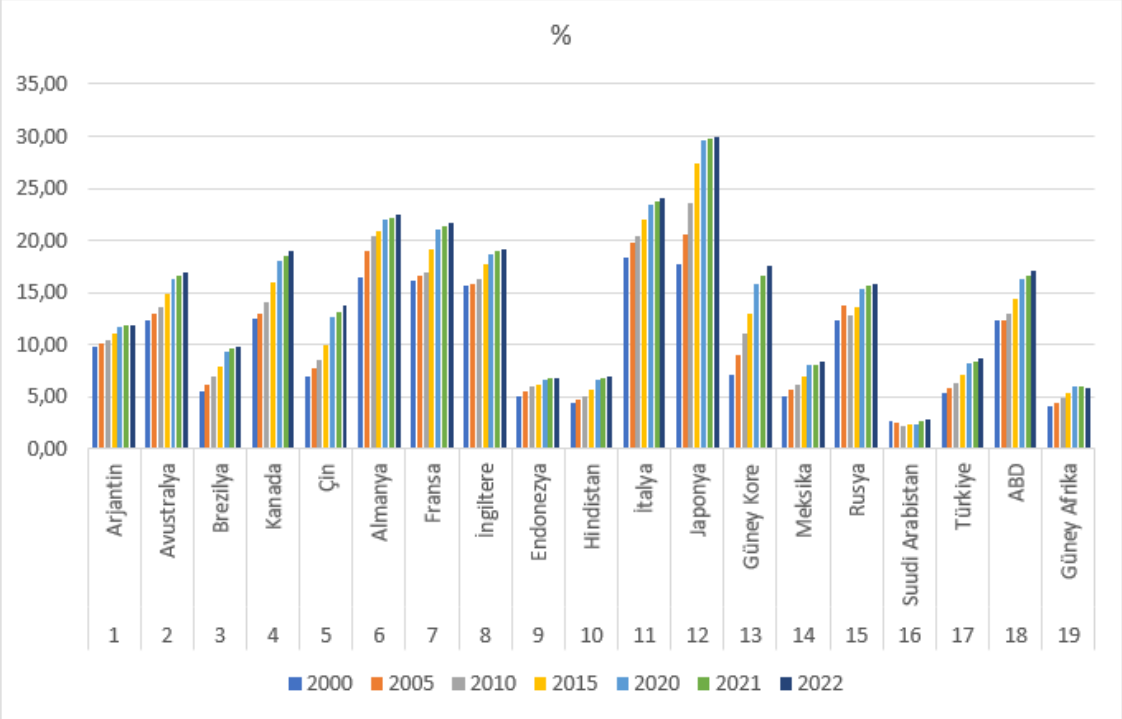
Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
1	Arjantin	9,74	10,05	10,51	11,11	11,73	11,82	11,92
2	Avustralya	12,37	12,90	13,57	14,92	16,23	16,57	16,90
3	Brezilya	5,50	6,14	6,91	7,91	9,29	9,58	9,88
4	Kanada	12,49	12,99	14,06	16,01	18,02	18,52	19,03
5	Çin	6,92	7,83	8,62	10,02	12,60	13,15	13,72
6	Almanya	16,43	18,99	20,45	20,95	21,96	22,17	22,41
7	Fransa	16,16	16,58	16,98	19,11	21,01	21,32	21,66
8	İngiltere	15,72	15,84	16,34	17,80	18,72	18,92	19,17
9	Endonezya	5,01	5,55	5,93	6,19	6,71	6,78	6,86
10	Hindistan	4,49	4,79	5,07	5,64	6,67	6,80	6,90
11	İtalya	18,31	19,71	20,41	22,01	23,37	23,68	24,05
12	Japonya	17,80	20,60	23,60	27,33	29,58	29,79	29,92
13	Güney Kore	7,13	9,06	11,05	12,96	15,83	16,65	17,49
14	Meksika	5,00	5,62	6,17	6,98	8,02	8,13	8,32
15	Rusya	12,35	13,80	12,79	13,62	15,31	15,59	15,80
16	Suudi Arabistan	2,63	2,52	2,15	2,32	2,40	2,60	2,81
17	Türkiye	5,37	5,84	6,36	7,09	8,18	8,38	8,64
18	ABD	12,32	12,36	13,03	14,33	16,22	16,68	17,13
19	Güney Afrika	4,16	4,45	4,89	5,43	6,00	5,97	5,89

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

65 yaş üstü olarak bilinen yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının yüksek olması, sağlık harcamalarını artıran bir faktördür. Daha çok gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüksek olduğu, bu nedenle yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunları, gelişmiş ülkeler açısından önemli bir gündem oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin fazla olması, uzun sürmesi ve daha maliyetli olması beklenen bir durumdur. Bu nedenle sağlık harcamalarını artıran önemli faktörler arasında yer alır (Çelik, 2019: 53). Tablo 2.13'te G-20 üye ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payını göstermektedir. G-20 ülkeleri için seçili yıllar arasında 65 yaş ve üstü nüfusun ortalamalarına bakıldığında; 2000 yılında % 10, 2005 yılında % 10,82, 2010 yılında % 11,52, 2015 yılında % 12,72, 2020 yılında % 14.10, 2021 yılında % 14,37 ve 2022 yılında % 14,66 olduğu ve yaşlı

nüfusunun toplam nüfus içerisindeki oranının sürekli artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 2.13'te de anlaşılacağı üzere gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payında büyük farklılıklar oluştuğu görülmektedir. Bu payın fazla olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının yüksek düzeyde olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının yüksek olduğu ülkeler; ABD, İngiltere, Rusya Federasyonu, Kanada, Japonya, Almanya, İtalya, Fransa ve Avustralya gibi ülkeler olduğu ve bunun önemli sebepleri arasında ülkelerin sağlık sistemlerinin güçlü olması yer almaktadır. Gelişen sağlık hizmetleri ve teknolojilerine rağmen günümüzde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının düşük olduğu (%10 altı) ülkeler olan Brezilya, Endonezya, Hindistan, Meksika, Suudi Arabistan ve Güney Afrika gibi ülkelerde sağlık sistemlerinin yeterli düzeyde güçlü olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.17. G-20 Ülkelerinde 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerindeki Oranı (%)

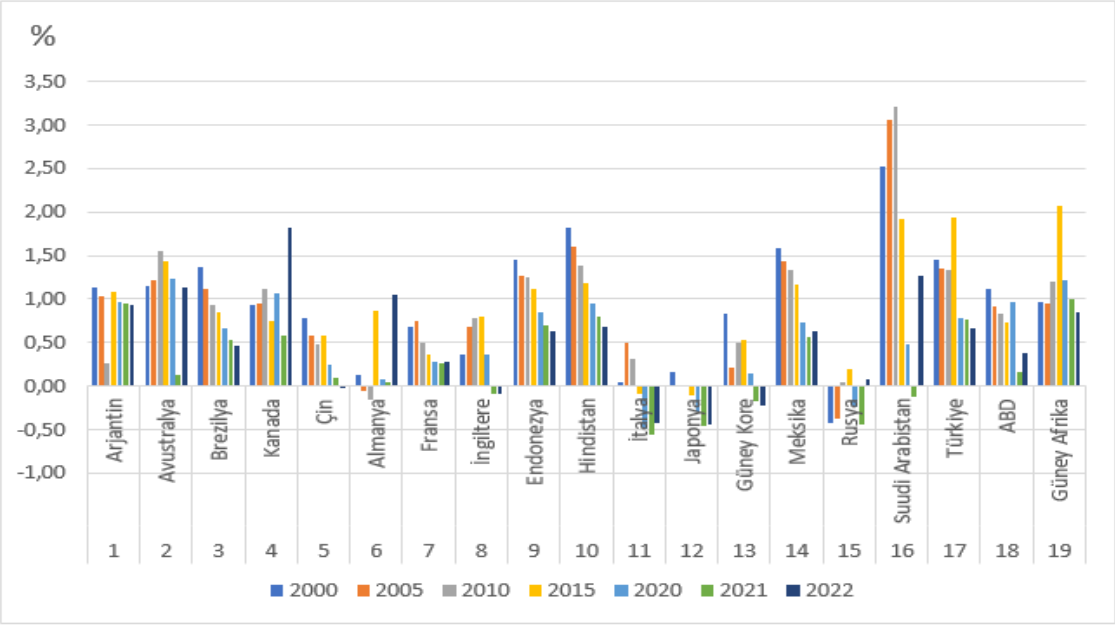
Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüksek olması, ülkeler açısından gelişmişlik göstergeleri arasında yer almakla beraber; sağlıklı bir yaşam, cinsiyet eşitliği, sosyal ve kültürel faaliyetlerin artması, daha üretken ve verimli işgücü gibi sosyal ve ekonomik kalkınmaya yönelik sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Küresel olarak ülkelerdeki bu oranın artması ise ülkeler arasındaki eşitsizliği azaltmakta ve daha sürdürülebilir bir yaşama sahip olma gibi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Iliman ve Tekeli, 2017: 288). Şekil 2.17. Japonya'da yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisinde payının diğer G-20 ülkelerine kıyasla önemli bir orana sahip olduğu ve yaşlı nüfusun kaliteli bir yaşam sürmesinde ihtiyaç duyulan sosyal ve ekonomik koşulların önemli oranda sağlandığı anlaşılmaktadır. Daha çok gelişmiş ülkelerde bu oranın yüksek olması yaşlı nüfusun toplumla uyum içerisinde olduğunu ve sadece sağlık harcamalarını artıran bir faktör olmadığı; bunun yanında üretken ve verimli bir nüfusa sahip olmayı da sağlamaktadır.

Tablo 2.14. G-20 Ülkelerinde Nüfus Artış Oranı (%)

Sıra	Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
1	Arjantin	1,13	1,03	0,26	1,08	0,97	0,95	0,93
2	Avustralya	1,14	1,22	1,56	1,44	1,24	0,13	1,13
3	Brezilya	1,37	1,12	0,94	0,85	0,67	0,53	0,46
4	Kanada	0,93	0,94	1,11	0,75	1,07	0,58	1,82
5	Çin	0,79	0,59	0,48	0,58	0,24	0,09	-0,01
6	Almanya	0,14	-0,06	-0,15	0,87	0,08	0,04	1,06
7	Fransa	0,69	0,75	0,49	0,36	0,27	0,26	0,27
8	İngiltere	0,36	0,69	0,78	0,79	0,37	-0,08	-0,08
9	Endonezya	1,45	1,26	1,25	1,11	0,84	0,69	0,64
10	Hindistan	1,82	1,60	1,38	1,19	0,96	0,80	0,68
11	İtalya	0,05	0,49	0,31	-0,10	-0,49	-0,56	-0,43
12	Japonya	0,17	0,01	0,02	-0,11	-0,29	-0,46	-0,44
13	Güney Kore	0,84	0,21	0,50	0,53	0,14	-0,18	-0,23
14	Meksika	1,58	1,43	1,33	1,17	0,73	0,56	0,63
15	Rusya	-0,42	-0,38	0,04	0,19	-0,23	-0,43	0,07
16	Suudi Arabistan	2,53	3,06	3,21	1,92	0,47	-0,13	1,27
17	Türkiye	1,46	1,35	1,33	1,94	0,78	0,76	0,67
18	ABD	1,11	0,92	0,83	0,74	0,96	0,16	0,38
19	Güney Afrika	0,96	0,95	1,19	2,07	1,22	1,00	0,84

Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

Ülkelerin nüfus yoğunluğunun fazla olması, sağlık harcamalarının yüksek olmasına ve toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinde artış yaşanmasına sebep olmaktadır. Ülkelerin nüfus yapısında meydana gelen değişimler, sağlık hizmetlerinin potansiyelinin artmasını sağlamaktadır. Nüfus artış hızının ülkeler açısından geleceğe yönelik sağlık politikalarının belirlenmesinde ve mevcut sağlık hizmetlerinin ölçülmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Ülkelerin gelişen ekonomik koşullarına bağlı olarak nüfus yapısı da değişmektedir. Özellikle gelişmiş ülkeler nüfus artışını ortalama bir düzeyde tutmaya çalışırken, gelişmekte olan ülkelerin de gelişmiş ülkelerin düzeyini yakalamaya çalışması; kişi başına düşen gelir ve hayat kalitesinin arasında güçlü bir ilişkinin olmasıdır (Karabulut, 1998: 23). Tablo 2.14., G-20 ülkelerinin seçili yıllar arasında nüfus artış hızı oranlarını vermektedir. Genel olarak bakıldığında yıllar itibariyle G-20 ülkelerinde nüfus artış hızında bir düşüş eğilimi söz konusudur. Bu eğilim ülkeler açısından kalkınmayı sağlayan, kişi başına geliri artıran ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırıcı bazı avantajlar sağlamaktadır. Bu sebeple Tablo 2.14'te de anlaşılacağı üzere, gelişmekte olan ülkelerin de nüfus artış hızının yavaşlamasına veya durdurulmasına yönelik sağlık politikalarını belirlenmesinde bu avantajların önemli rol oynadığı sonucuna ulaşmak mümkündür.



Kaynak: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?view=chart Erişim Tarihi: 24.09.2023

Şekil 2.18. G-20 Ülkelerinde Nüfus Artış Oranı (%)

Şekil 2.18'de G-20 üye ülkelerinin seçili yıllar arasında nüfus artış hızının görünümü verilmektedir. Şekil 2.18.'te anlaşılacağı üzere gelişmekte olan ülkelerin nüfus artış hızının gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğu, ancak yıllar içerisinde nüfus artış hızı düşmektedir. Suudi Arabistan'ın diğer ülkelere göre 2000'li yılların başında nüfus artış hızının çok yüksek olduğu, ancak daha sonraki yıllarda önemli bir oranda düşüş yaşandığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte gelişmiş ülkeler arasında yer alan Kanada'nın ise son dönemlerde nüfus artış hızının da yüksek olmasının, ülkelerin nüfus politikaları ile bağlantılı olduğu sonucu çıkmaktadır.

G-20 ülkelerinde ekonomik ve sağlık göstergelerine genel olarak bakıldığında ülkeler arasında önemli farklılıkların olduğunu anlaşılmaktadır. G-20 ülkelerinde gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında ekonomik göstergelerin önemli ölçüde farklı olduğu ve sağlık göstergelerinin de ekonomik gelişmişlik durumuna göre şekillendiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bu sebeple sağlık harcamaları ve ekonomi arasındaki ilişkinin literatür bölümünü oluşturan üçüncü bölüme geçilmeden önce sağlık harcamaları ve ekonomi arasındaki ilişkinin güncel göstergeler üzerinden değerlendirilmesi literatür taraması yapılırken dikkate alınmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ ÜZERİNE YAPILAN AMPRİK ÇALIŞMALAR

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalarda, genellikle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin pozitif yönlü etkilediği yapılan literatür çalışmasında ortaya çıkmıştır. Ancak bu ilişkinin negatif yönlü olduğu sonucuna varılan çalışmaların da olduğu, bunun yanında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmış olan çalışmaların da bulunduğu görülmüştür. Literatür taraması yapılırken sağlık harcamalar ve ekonomik büyüme ilişkisinde genellikle çok ülkeli çalışmalar incelenmiştir. Bunun yanında konu hakkında tek ülke üzerinde yapılan çalışmalar da incelenmiştir.

3.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar

Schultz (1961) çalışmasında, sağlık ve eğitim harcamalarını toplumsal refahı artıran bir faktör olarak görmektedir. Bu nedenle 1929-1957 yılları arasında ABD ekonominde yaşanan ekonomik büyümeyi ele alarak, ekonomik büyümeyi sağlayan göstergeler arasında sağlık ve eğitim harcamalarının miktarının da önemli olduğu ifade edilmiştir. Schultz'a göre yapılan sağlık ve eğitim harcamalarının artırılmasının, üretimde ve istihdamda verimliliği yükselten bir faktör olması sebebiyle ekonomik büyümede olumlu bir etki oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Groosman (1972) çalışmasında, sağlık sermayesinin diğer beşeri sermayelerden farklı olduğu, bu nedenle de sağlık hizmetlerini sabit sermaye stoku olarak ele almaktadır. Sağlık alanında yapılan yatırımların sağlıklı bir toplum oluşturması açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık sektörüne yapılan yatırımların ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkileyebileceği ve sağlıklı bireylerin olduğu toplumlarda bireylerin ekonomik büyümeyi teşvik edebileceği belirtilmiştir.

Kleiman (1974) çalışmasında, OECD üye ülkeler arasında 13 ülkenin 1968-1969 dönemleri arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları üzerinde etki yapan faktörleri

kesit analiz modeli ile analiz edilmiştir. Sağlık harcamalarını etkileyen önemli faktörler arasında kişi başına düşen gelir düzeyinin olduğu ve kişi başına düşen gelir düzeyi ile sağlık harcamaları ilişkisinin pozitif eğimli olduğu sonucuna varılmıştır.

Newhouse (1977) çalışmasında, gelir düzeyinin kişi başına düşen sağlık harcamaları üzerine olan etkisini 13 gelişmiş ülke üzerinde analizi yapılmıştır. Analiz yapılırken 13 ülkede kişi başına düşen sağlık harcamalarının ve gelir düzeyi göstergeleri kullanılarak yatay kesit veri yöntemi modeli kullanılmıştır. Analiz sonucunda ise gelişmiş olan 13 ülkede kişi başına düşen gelirin artmasının sağlık harcamalarını artırdığı ve aralarında olumlu eğilimli bir ilişkinin var olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Knowles ve Owen (1995) çalışmalarında, sağlık harcamaları ile verimlilik arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır. Mankiw (1992) büyüme modeli üzerinden yatay kesit yöntemi ile bu ilişki analiz edilmiştir. Modelde işçi başına üretimin büyüme oranı verimlilik; doğuşta yaşam beklentisinde ise sağlık göstergesi olarak açıklanmıştır. Ülkelerin gelirlerine göre gruplandırmaları yapılmıştır. Analizde ortaya çıkan sonuç ise kişi başına düşen gelir düzeyi ve yapılan sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Hansen ve King (1996) çalışmalarında, 20 OECD üyesi ülke üzerinde bağımlı değişken olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları ile toplam sağlık harcamaları, diğer taraftan ise bağımsız değişken olarak kamu sağlık harcamaları, 65 yaş üstü nüfus oranı ile 15 yaşa altı nüfus oranı ve sağlık harcamalarının nispi fiyatları kullanılmıştır. Bağımlı değişken ve bağımsız değişken arasındaki ilişki, Engle-Granger eşbütünleşme testi (birim kök analizi yöntemi) modeli ile değerlendirme yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucuna göre seriler arasında durağanlığın olmadığı ve kişi başına düşen gelir düzeyinin sağlık harcamalarının artmasında önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

Kelly (1997) çalışmasında, 1970-1989 yılları arasında 73 ülke üzerinde kamu harcamalarının ekonomik büyüme ile arasındaki ilişki Panel Veri Modeli kullanılarak incelenmiştir. Yapılan kamu harcamalarını eğitim, iletişim, ulaşım, sosyal sigorta, savunma ve sağlık olarak gruplamıştır. Analiz sonucunda ise kamu harcamalarının büyümeyi olumlu etkilediği, fakat sağlık harcamalarının ise ekonomik büyümeye yeteri kadar katkı sunmadığı tespit edilmiştir.

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

Karabulut (1998) çalışmasında, 1963-1997 dönemi verileri ile Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisi için zaman serisi birim kök ve eşbütünleşme analizlerini kullanmış ve sağlık harcamaları ile diğer kamu harcamaları arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek için de vektör otoregressif (VAR) modeli ile analiz etmiştir. Türkiye'nin seçili dönemler için gelişmiş ülkelere göre sağlık harcamaları düzeyinin düşük olduğu, sağlık harcamalarının uzun vadede ekonomik büyüme üzerinde herhangi bir ilişkisinin bulunmadığı, sadece ortalama ömrü arttırdığını tespit etmiştir.

Reinhart (1999) çalışmasında, kamu harcamaları, doğumda beklenen yaşam süresi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Çıkan sonuç; uzun yaşam beklentisinin ekonomik büyüme açısından olumlu yönde bir etki oluşturduğu ancak kamu harcamalarında yaşanan fazla artışın ise etkisi tespit edilememiştir.

Bloom ve Canning (2000) çalışmalarında, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki ilişkiyi analiz ederken; sağlık göstergesi olarak doğumda yaşam beklentisi kullanılmıştır. Toplumu oluşturan sağlıklı bireylerin, ülkenin ekonomik kalkınmasında önemli rol oynadığı, sağlıklı bireylerin işgücünde daha üretken olduğu, yaşam süresinin uzadığı, fiziksel yatırımları artıran bir faktör olduğu çalışmada ifade edilmiştir. Böylelikle ülkelerin yapmış olduğu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde bir etki oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Bhargava vd. (2000) çalışmalarında, 1965-1990 dönemleri arasında gelişmiş ve gelişmekte olan seçili ülkeler üzerinde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Seçili ülkelerde 1995-1990 dönemlerine ait veriler kullanılarak Panel Veri Analizi modeli kullanılarak beş yıllık dönemler halinde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki var olan bağlantı incelenmiştir. Çalışma sonunda sağlık ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ancak bu ilişkinin güçlü bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Gerdtham ve Löthgren (2000) çalışmalarında, 1960-1997 yılları arasında seçili 21 OECD ülkesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, Panel Birim Kök ve Eşbütünleşme Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizde uzun dönem kişi başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSYİH arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde belirleyici önemli yönünün olduğu ifade edilmiştir.

Bloom vd. (2001) çalışmalarında, 1960-1990 dönemleri arasında sağlık harcamalarının ekonomi büyüme üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi için toplam nüfus ve doğumda yaşam beklentisi gibi göstergeler kullanılmıştır. Seçili ülkeler olarak gelişmiş ve gelişmekte olan toplam 104 ülkenin sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki Panel Veri Analizi modeli ile test edilmiştir. Analizde varılan sonuçlara bakıldığında sağlığın ekonomik büyüme açısından etkisinin pozitif ve güçlü bir ilişki olarak ortaya çıktığı, doğuşta yaşam beklentisinde elde edilen toplam çıktının da önemli bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir.

Heshmati (2001) çalışmasında, 1970-1992 dönemleri arasında OECD üye ülkeleri arasında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi, OECD üye ülkelerindeki GSYİH ile kişi başına düşen sağlık harcamaları verileri kullanılarak ve OECD ülkeleri arasındaki nedensellik ilişkisi araştırılarak Solow Büyüme modeli üzerinden değelendirilmiştir. Değerlendirme neticesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etki oluşturduğu anlaşılmıştır.

Mayer (2001) çalışmasında, 1950-1995 yılları arasında Latin Amerika ülkelerinde doğum oranı, ölüm oranı ve doğumdan beklenen yaşam süresi oranları ile ekonomik büyüme oranları kullanılarak sağlık ve ekonomik büyüme bağlantısı, Granger Nedensellik Testi Modeli açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirme neticesinde, Latin Amerika ülkelerinde sağlık ile ekonomik büyüme arasında uzun vadeli ve güçlü bir ilişkinin var olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Uzun dönemli olarak sağlık harcamalarının artması ekonomik büyümeyi pozitif yönlü etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anderson ve Hussey (2001) çalışmalarında, OECD ülkelerinin GSYİH verileri ile ülkelerin gelir düzeylerinin sağlık ile olan ilişkisi incelenmiştir. Kişi başına düşen ortalama gelir düzeyinin sağlık harcamaları açısından olumlu etki yaptığı ve ülkelerin zenginlik göstergeleri arasında yapılan sağlık harcamalarının önemli etkisi olduğu

sonucuna varılmıştır. OECD ülkelerinde gelişmiş ülkeler olarak adlandırılan ülkelerin sağlık harcamalarına önem vermesi bunun göstergesi olarak görülmüştür.

Rivera ve Currais (2003) çalışmalarında, OECD ülkelerinde 1996 – 2000 dönemlerinde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi istihdamın verimliliği üzerinden incelemiştir. Bu ilişkiyi koşullu yakınsama regresyonu ile analiz etmiştir. Elde edilen analiz sonucu toplumun sağlık alanında iyi olma halinin, ekonomik büyüme ve işgücündeki verimlilik üzerinde pozitif bir etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

Kar ve Taban (2003) çalışmalarında, 1971-2000 yılları arasında Türkiye'de sağlık, eğitim, altyapı ve sosyal güvenlik gibi belirli kamu harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi Eşbütünleşme Analizi modeli kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizde elde edilen bulgulara göre eğitim ve sosyal güvenlik gibi kamusal harcamaların ekonomik büyüme açısından olumlu yönde etki yaptığı, ancak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz yönde etki yaptığı tespit edilmiştir. Ayrıca altyapı harcamalarının ekonomik büyüme açısından istatistiksel olarak önemsiz bir ilişki varlığı tespit edilmiştir.

Şenatalar (2003) çalışmasında ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Birleşik Krallık, Kanada, İtalya vd. gibi bazı seçili gelişmiş ülkelerin 1990-2000 dönemleri arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları ile sağlık harcamalarının bu GSYİH içerisindeki oranının Türkiye ile karşılaştırılması yapılmıştır. Sağlık ekonomisi alanında Türkiye'nin seçili ülkeler ile arasında önemli farkların olduğu ve sağlık ile ilgili bilimsel araştırmaların güçlendirilmesi halinde Türkiye'nin de gelişmiş ülkeler arasında yer alabileceği vurgulanmıştır.

Gupta ve Mitra (2004) çalışmalarında, 1970-1995 yılları arasında Hindistan'da bulunan 15 şehir üzerinde yoksulluk, sağlık ve ekonomik büyüme arasında olan ilişkiyi zaman serileri yöntemi açısından incelenmiştir. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık harcamaları, ekonomik büyümeyi destekleyen bir gösterge olarak tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin gelişmesinin, bireylerin çalışma verimliliklerini artırması sebebiyle de ekonomik büyümeye pozitif etkisinin varlığından bahsedilmiştir.

Brempong ve Wilson (2004) çalışmalarında, 1975-1994 yılları arasında 21 Sahra Altı Afrika ülkesi ve 23 OECD üye ülkesi olmak üzere toplamda 44 ülkede sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Panel Veri Yöntem kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistiksel olarak olumlu yönde bir bağlantının varlığından söz edilmiştir.

Erdil ve Yetkiner (2004) çalışmalarında, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki ülkelerin gelir durumuna göre analiz edilmiştir. Çalışmada yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin pozitif olduğu, az ve orta gelirli ülkelerde ise doğru nedensellik ilişkisi olduğu anlaşılmıştır.

Chakraborty (2004) çalışmasında, seçili 95 ülke üzerinde yaptığı çalışmada yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 1970-1990 dönemleri arası incelemiştir. Seçili yıllar ve ülkeler üzerinde yapılan analizde Panel EKK modeli kullanılmıştır. Yapılan değerlendirme neticesinde yaşam beklentisindeki oluşan artışın ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde bir yükseliş sağladığı, yaşam beklentisinin düşük olduğu ülkelerde gelecek kaygısının önemli olmadığı ve böylelikle tasarruf ve yatırımın düşük olduğu, bu nedenle tasarrufun ve yatırımın düşük olmasının ekonomik büyüme açısından negatif bir etki yaptığı sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak ülkelerin yatırım ve tasarruflarında sağlanacak artışın sağlık harcamaları ile yakın ilişki içerisinde olduğu da vurgulanmıştır.

Taban (2006) çalışmasında, Türkiye özelinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantıda nedensellik testi kullanarak incelemiştir. Çalışmada doğuştan yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilirken, toplam sağlık harcaması ile ekonomik büyüme arasında bir ilişkinin olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Dreger ve Reimers (2005) çalışmalarında, 1975-2001 yılları arasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 21 OECD ülkesi üzerinde Panel Eşbütünleşme Analiz Modeli kullanarak incelemiştir. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme göstergelerinin tek başına yeterli olmadığının belirtildiği çalışmada, bebek ölüm oranları, sağlık teknolojisi, 65 yaş üstü yaşlı nüfus ve yaşam beklentisi gibi sağlık göstergelerinin de ekonomik büyümeyi etkileyebileceği belirtilmiştir. Analiz sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun vadeli eşbütünleşme bağlantısının

olduğu ve sağlık harcamalarında uzun vadede ekonomik büyüme üzerinde pozitif eğimli etki oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak da 65 yaş üstü yaşlı nüfusun oranının sağlık harcamalarını belirlemede önemli bir gösterge olarak görüldüğü belirtilmiştir.

Kıymaz vd. (2006) çalışmalarında, 1984-1998 dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantıyı Johansen eşbütünleşme testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde özel sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) üzerinde olumlu etkilerin olduğu, kişi başına düşen milli gelir üzerinde ise tek yönlü bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Koying ve Young-Hsiang (2006) çalışmalarında, 1980-1998 dönemleri arasında seçili 15 OECD üye ülkesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin uzun dönemli analizi Panel Regresyon Analizi Yöntemi kullanarak incelenmiştir. Yapılan analizde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemde olumlu yönlü bir etkisinin varlığından bahsedilmiştir.

Kar ve Ağır (2006) çalışmalarında, 1926-1994 yılları arası Türkiye'nin beşeri sermayesi ve ekonomik büyümesi arasındaki ilişki, nedensellik testi kullanılarak analiz edilmiştir. Beşeri sermaye olarak bilinen sağlık ve eğitime yapılan harcamalarının toplam gelir içerisindeki payının ve ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin uzun dönemli olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen verilerin eşbütünleşme yaklaşımı ile analiz edildiği ve kullanılan değişkenler arasındaki nedensellik göstergelerinin sağlık ve eğitim harcamaları üzerinde duyarlı olduğu tespit edilmiştir.

Temiz ve Korkmaz (2007) çalışmalarında, 1965-2005 yılları arasında yıl bazında veriler kullanılarak Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki nedensellik testi kullanılarak analiz edilmiştir. Sağlık göstergelerinde bebek ölüm oranları ve doğuşta yaşam beklentisi verileri kullanılarak yapılan analizde, bebek ölüm oranları ile ekonomik büyüme arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu, diğer taraftan ise doğuşta yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Bakış vd. (2008) çalışmalarında, 1942-2002 yılları arasında Türkiye'de sağlık, askeri, ulaşım, Ar-Ge, yatırım gibi belirli kamu harcamalarının ekonomik büyüme ile

ilişkisi, Korelasyon ve Nedensellik testleri aracılığıyla analiz edilmiştir. Analizde elde edilen sonuçlara göre kamu harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkide; kamusal yatırım, eğitim ve sağlık harcamaları gibi kamu harcamaları ile ekonomik büyüme arasında olumlu eğilimli bir bağlantının olduğu, fakat askeri harcamalar ve ekonomik büyüme arasında olumsuz yönlü bir bağlantının olduğu tespit edilmiştir.

Dormont vd. (2008) çalışmalarında, seçili gelişmiş ülkelerde sağlık teknolojisi, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin gelir düzeyinin artmasıyla aynı oranda sağlık harcamalarının arttığı ve sağlık teknolojilerini geliştirdiği, sağlık harcamalarının işgücündeki verimliliği artırdığı ve böylelikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde bir etki yaptığı çalışmada tespit edilmiştir.

Akram (2009) çalışmasında, 1972-2006 dönemleri arasında Pakistan'da sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme ile ilişkisini Zaman Serisi Analizi kullanarak analiz etmiştir. Analizde kişi başına düşen gelirde meydana gelen artışın uzun dönemde sağlık göstergeleri üzerinde pozitif yönlü etki yaptığı, buna karşın kısa dönemde düşük düzeyde bir etkisinin olduğu belirtilmiştir.

Sülkü ve Caner (2009) çalışmalarında, 1984-2006 dönemleri arasında Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYİH ve nüfus artış hızı gibi değişkenler arasındaki ilişki, eşbütünleşme analizi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizde kişi başına düşen sağlık harcamaları ve kişi başına düşen GSYİH arasında pozitif yönlü bir etki olduğu, buna karşın sağlık harcamaları ile nüfus oranındaki artış arasında da olumsuz bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca GSYİH'da meydana gelen % 1'lik bir artışın sağlık harcamaları üzerinde % 1,81'lik bir yükseliş sağlayacağı tespit edilmiştir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009) çalışmalarında, 1980-2006 dönemleri arasında Türkiye'de sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme açısından etkisi, Johansen Eşbütünleşme Testi Modeli aracılığıyla incelenmiştir. Analiz sonucunda sağlık harcamalarının değerinin (0,01) düşük olmasının sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisini azaltmaktadır. Türkiye'de seçili dönemler arasındaki sağlık harcamalarının hâsıla üzerinde etkisinin negatif yönlü olduğu, ancak sağlık

harcamalarının doğumda yaşam beklentisi üzerindeki etkisinin ise pozitif yönlü olduğu sonucuna varılmıştır.

Tüylüoğlu ve Tekin (2009) çalışmalarında, 2003 yılına ait 176 ülke üzerinden yapılan çalışmada; gelir düzeyi ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki çoklu regresyon analizi ile ele alınmıştır. Çıkan sonuç ise sağlık harcamalarının doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkisi sağlık harcamalarının elde edilen gelir seviyesinin üzerinde olduğu sonucuna varılmıştır.

Baltagi ve Moscone (2010) çalışmalarında, 20 OECD ülkesi üzerinde 1971-2004 dönemlerinde sağlık harcamaları ile gelir düzeyi arasında uzun dönemli ilişkiyi panel veri yöntemiyle analiz etmiştir. Seçilen 20 ülkede sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin düşük olduğu ve sağlık harcamalarının zorunlu mal olarak görüldüğü ve bu değişkenler arasında uzun vadede olumlu yönde etki olduğu sonucu çıkmıştır.

Çetin ve Ecevit (2010) çalışmalarında, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki 15 OECD ülkesi üzerinden 1990-2006 yılları arasında panel veri yöntemi ile analiz edilmiştir. Çıkan sonuca göre sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında zayıf ve anlamsız bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Aghion vd. (2010) çalışmalarında, 1960-2000 yılları arasında OECD ülkelerinde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki, içsel büyüme teorisi kapsamında analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde seçili dönemlerde OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarında oluşan bir yükselişin 40 yaş altı ölüm oranlarını azaltmasını sağlayarak üretimde verimliliği artırmakta ve böylelikle ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

Hartwig (2010) çalışmasında, 1970-2005 yılları arasında seçili 19 OECD üye ülke üzerinde sağlık sektörüne yapılan yatırımın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Panel Granger Nedensellik Yöntemi aracılığıyla incelenmiştir. Sağlık harcamalarının yanında doğumda yaşam beklentisi ve beşeri sermaye birikiminin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Analiz sonucu seçili OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi ile beşeri sermaye birikiminde meydana gelen bir artışın ekonomik büyüme üzerinde herhangi bir etkisinin var olmadığı neticesine ulaşılmıştır.

Narayan vd. (2010) çalışmalarında, 1974-2007 yılları arasında Endonezya, Hindistan, Nepal, Tayland ve Sri Lanka gibi Güney Asya ülkeleri üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi Panel Eşbütünleşme Analizi modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda seçili ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun vadeli bir eşbütünleşme ilişkisinin olduğu ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Tatoğlu (2011) çalışmasında, 20 OECD ülkesinde 1975-2005 dönemlerinde GSYİH ile sağlık harcamaları arasında olan ilişki panel veri yöntemiyle analiz edilmiştir. Sağlık harcamalarında her ilave artışın kısa ve uzun vadede büyümeyi olumlu yönde etkilediği neticesine varılmıştır.

Baird ve Friedman (2011) çalışmalarında, yeni doğan bebek ölüm oranları ile gelir arasındaki ilişkiyi, gelişmekte olan 59 ülke üzerinde analiz etmiştir. Çalışmada yeni doğan bebek ölüm oranları ile gelir arasında olumsuz yönlü bir ilişkinin olduğu neticesine varılmıştır.

Bakare ve Olubokum (2011) çalışmalarında, 1970- 2008 yılları arasında Nijerya'da yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Regresyon Analizi Modeli kullanılarak değerlendirilmiştir. Nijerya'da sağlık harcamalarının ve ekonomik büyüme göstergelerinin kullanıldığı çalışmada, analiz sonucunda ülkede yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu neticesine ulaşılmıştır.

Mehrara ve Musai (2011) çalışmalarında, 1970-2007 dönemlerinde İran'da yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. İran üzerinde yapılan çalışmada verilen dönemler arasındaki sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme göstergeleri ARDL Analiz Modeli kullanılarak test edilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde İran'da, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde gerek kısa vadede gerekse uzun vadede verimliliğin zayıf olması ve sağlık alanında ülkede yeterli gelişmenin olmamasından kaynaklı olarak değersiz bir ilişkinin olduğu neticesine varılmıştır.

Djafar ve Husaini (2011) çalışmalarında, 1985-2009 yılları arasında 25 Asya ülkesi üzerinde sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki Nedensellik Modeli

aracılığıyla incelenmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde sağlık ve ekonomik büyüme arasında nedensellik ilişkisinin uzun vadeli olduğu, fakat bu durumun Asya kıtasında farklı kategorilerde olan ülkeler üzerinde değişiklik gösterebileceği sonucuna varılmıştır.

Peykarjou vd. (2011) çalışmalarında, 2001-2009 yılları arasında 57 İslam İşbirliği Teşkilatı (İİT) üyesi ülke üzerinde, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ilişkisi Panel Veri Analizi Modeli kullanılarak incelenmiştir. Analizde yaşam beklentisi ve doğurganlık oranları gibi veriler kullanılarak ülkeler üzerinde analizler yapılmıştır. Yapılan analiz neticesinde 57 İslam İşbirliği Teşkilatı üyesi ülkede, yaşam beklentisi düzeyinin artması ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü bir etki yaptığı; buna karşın doğurganlık oranının artmasının ise negatif yönlü bir etki yaptığı tespit edilmiştir.

Pradhan (2011) çalışmasında, 1961-2007 dönemleri arasında seçili 11 OECD ülkesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Birim Kök Testi, Panel Eşbütünleşme Yöntemi ve Hata Düzeltme Yöntemi gibi modeller aracılığıla değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde değişkenler arasında hem uzun vadede hem de kısa vadede sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında nedensellik ilişkisinin anlaşıldığı neticesine ulaşılmıştır. Ayrıca seçili ülkelerde sağlığın sürdürülebilirliğinde sağlık harcamalarının doğru politikalarla uygulanması gerektiği vurgulanmıştır.

Ak (2012) çalışmasında, Türkiye üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişki Panel Veri Yöntemi aracılğıyla değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve doğumda beklenen yaşam süresi üzerinde uzun vadeli bir nedensellik ilişkisinin olduğu, ancak kısa vadede herhangi bir ilişkinin bulunmadığı neticesine varılmıştır.

Gong vd. (2012) çalışmalarında, 1978-2003 yılları arasında Çin'in 23 şehrinde sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle işgücü verimliliğindeki meydana gelen artışın ekonomik büyüme ile olan ilişkisi Panel Veri Yöntemi aracılığıyla değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeye olumlu yönde bir etki yaptığı, ancak sağlık harcamalarının uzun vadede ekonomik büyümeye olumsuz yönde etki yaptığı da tespit edilmiştir.

Elmi ve Sadeghi (2012) çalışmalarında, 1990-2009 dönemleri arasında gelişmekte olan ülkeler üzerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme bağlantısı panel veri yönteminin nedensellik ve eşbütünleşme açısından değerlendirilmesi yapılmıştır. Analiz sonucunda kısa vadede sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi pozitif ve tek yönlü olduğu, uzun vadede ise değişkenler arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisinin var olduğu neticesi tespit edilmiştir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) çalışmalarında, 2006-2012 yılları arasında aylık olarak Türkiye üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Yapısal Kırılmalı Zaman Serisi Yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda kısa vadede sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkisinin bulunmadığı, uzun vadede ise pozitif eğilimli bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Türkiye'de ekonomik büyümenin yükselmesinde, beşeri sermayenin güçlendirilmesi ve sağlık harcamalarının artırılması gerektiği vurgulanmıştır.

Yardımcıoğlu (2012) çalışmasında, 1975-2008 yılları arasında seçili 25 OECD ülkesinde sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, Pedroni Eşbütünleşme Testi, Pedroni FMLOS Testi ve Canning; Pedroni Panel Nedensellik Analiz Yöntemi modelleri kullanarak incelemiştir. Yapılan analizde seçili 25 OECD ülkesinde sağlık ve ekonomik büyüme arasında olumlu yönde ve istatistiksel olarak da değerli bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Mehrara vd. (2012) çalışmalarında, 1995-2005 yılları arasında seçili 15 Orta Doğu ve Güney Afrika Ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Veri Yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan incelemede seçili ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun vadeli bir ilişkinin olduğu, bununla birlikte sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörlerin başında ekonomik büyüme düzeyinin yer aldığı ve ekonomik büyümenin sağlık harcamaları üzerinde pozitif yönlü bir etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

Mohammadi vd. (2012) çalışmalarında, 1995-2009 dönemleri arasında Ekonomik İşbirliği Teşkilatı (EİT) üyeleri arasında olan Türkiye, İran, Pakistan, Tacikistan, Kırgızistan ve Kazakistan gibi ülkelerde sağlık, savunma ve eğitim gibi kamusal harcamaların ekonomik büyüme ile ilişkisi Dinamik Panel Data Yöntemi aracılığıyla analiz yapılmıştır. Yapılan analiz neticesinde eğitim ve savunma harcamalarının

ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği, ancak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz yönde bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Akar (2014) çalışmasında, Türkiye üzerinde 2004-2013 yılları arasında sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri yöntemi aracılığı ile değerlendirmiştir. Sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında uzun dönemde pozitif yönlü bir etkinin olduğu tespit edilmiş, kısa dönemde ise bir ilişkinin bulunmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Chaabouni ve Abednnadher (2014) çalışmalarında, 1961-2008 yılları arasında Tunus'ta sağlık harcamalarının belirleyicileri olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYİH, yaşlı nüfus oranı ve çevre kirliliği gibi göstergeler ARDL Sınır Testi modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre kişi başına düşen GSYİH ile çevre kirliliği oranı sağlık harcamalarını belirleyen önemli göstergeler arasında yer almakta ve kısa ve uzun dönemde sağlık harcamalarını artıran faktörler olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin varlığından söz edilmiştir.

Mehmood vd. (2014) çalışmalarında, 1990-2012 yılları arasında seçili 26 Asya ülkesinde sağlık harcamaları, okur-yazarlık ve ekonomik büyüme gibi göstergelerle Havuzlanmış Ortalama Grup Modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Kişi başına düşen gelir düzeyinin sağlık harcamaları ve okur-yazarlık oranı arasında uzun dönemli bir ilişkinin olduğu, kişi başına düşen gelir düzeyinin artması sağlık harcamalarına yönelik tek yönlü bir nedensellik ilişkisini sağladığı ve okuryazarlık oranında ise çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca ülkelerdeki okuryazar oranının artması ve eğitimin gelişmesi sağlık harcamalarını artıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır.

Rajeshkumar ve Nalraj (2014) çalışmalarında, 1991-2010 dönemleri arasında Hindistan'ın 4 ayrı bölgesi üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi, nedensellik ilişkisi üzerinden değerlendirilmiştir. Yapılan analiz neticesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü bir etki yaptığı ve aralarında nedensellik ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Öztürk ve Topçu (2014) çalışmalarında, 1995-2012 yılları arasında G-8 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Veri Analizi modeli aracılığıyla incelenmiştir. Yapılan analizde varılan sonuçlar; sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu, sağlık harcamalarının kısa dönemde ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü bir etki oluşturduğu, ancak uzun dönemde ise ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını pozitif yönlü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Selim vd. (2014) çalışmalarında, 2001-2011 yılları arasında 27 AB üyesi ülke ile Türkiye üzerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki Panel Eşbütünleşme ve Hata Düzeltme Modelleri kullanılarak kısa ve uzun dönem olarak incelenmiştir. Analiz sonucunda seçili ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamalarının düzeyi ekonomik büyüme üzerinde kısa ve uzun dönemde olumlu yönde bir ilişkinin olduğu sonucunda varılmıştır.

Eggoh vd. (2015) çalışmalarında, 1996-2010 yılları arasında Afrika kıtasında bulunan 45 üzerinde beşeri sermaye göstergeleri arasında bulunan sağlık ve eğitim harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, Geleneksel Kesit ve Dinamik Panel Veri Yöntemi modelleri aracılığıyla analiz edilmiştir. Analizde varılan sonuçlara göre; seçili ülkelerde sağlık ve eğitim harcamalarının ekonomik büyümeyi negatif yönde etkilediği, ülkelerin yetersiz yatırım, bürokratik sorunlar ve yolsuzluk gibi olumsuz durumların ekonomik büyümeyi engelleyici bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır.

Wang (2015) çalışmasında, 1990-2009 yılları arasında OECD ülkelerinde, sağlık harcamalarının ekonomik performans açısından nasıl bir etki yarattığı Genelleştirilmiş Momentler Modeli aracılığıyla analiz edilmiştir. Yapılan inceleme neticesinde sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik performansları üzerinde olumlu bir etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

Hayaloğlu ve Bal (2015) çalışmalarında, 2000-2013 yılları arasında seçili 54 üst orta gelirli ülke üzerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki analizi Panel Veri Analiz Yöntemi aracılığıyla incelenmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde seçili 54 üst orta gelirli ülkelerde toplam sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışın ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği neticesine varılmıştır.

Şahbudak ve Şahin (2015) çalışmalarında, 1995-2013 yılları arasında BRIC ülkeleri olan Brezilya, Çin, Hindistan ve Rusya üzerinde sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme ile ilişkisi, Panel Veri Yöntemi aracılığıyla incelenmiştir. Bağımsız değişkenler olarak sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı, çocuk ölüm oranları ve doğumda yaşam beklentisi; bağımlı değişken olarak ise GSYİH verileri değerlendirme aşamasında kullanılmıştır. Analiz sonucunda sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranının artırılması ekonomik büyüme ve doğumda yaşam beklentisi üzerindeki etkisinin pozitif yönlü olduğu, ancak çocuk ölüm oranları üzerinde negatif yönlü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Arslan vd. (2016) çalışmalarında, 1975-2012 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkinliği, temel birim kök testleri arasında olan Augmented Dickey-Fuller ile Hatemi Asimetrik Nedensellik Testi Modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe seçili yıllar arasında meydana gelen gelişmelerin ülke kalkınmasındaki yeri araştırılmıştır. Kalkınma göstergeleri arasında kişi başına düşen gelirdeki yükseliş ve bebek ölüm hızı gibi oranlarla iki yöntem kullanılmakta ve bağımsız değişken olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen yatak sayısı, ülke içerisinde bulunan sağlık kurumları sayısı ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı kullanılmıştır. Değerlendirme neticesinde sağlık harcamalarının kalkınma üzerinde olumlu yönde bir etki oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Atılgan vd. (2016) çalışmalarında, 1975-2013 yılları arasında Türkiye üzerinde sağlık odaklı ekonomik büyüme hipotezi üzerinde, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi Sınırlı Test Yaklaşımı Modeli, Otoregresif Dağıtılmış Gecikme Yaklaşımı Modeli ve Kalma Filtre Modelleri aracılığıyla analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki % 1 oranındaki artışın kişi başına düşen gelir üzerinde % 0,434 oranında bir artışa yol açacağı sonucuna varılmıştır. Türkiye üzerinde elde bulguların sağlık odaklı ekonomik büyüme hipotezinin desteklediği tespit edilmiştir.

Murthy ve Okunade (2016) çalışmalarında, 1960-2012 yılları arasında ABD üzerinde sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelir ile ilişkisi, ARDL Sınır Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analizde ulaşılan sonuçlara göre kişi başına düşen gelirin

artması ile sağlık harcamalarında bir yükselişin yaşandığı, bununla beraber bağımlı nüfus ile sağlık teknolojilerinin de sağlık harcamalarının belirleyicileri arasında olduğu tespit edilmiştir.

Bedir (2016) çalışmasında, 1995-2013 yılları arasında gelişmekte olan seçili Avrupa, Orta Doğu, Afrika ve Asya bölgelerinde 16 ülke üzerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Granger Nedensellik Testi Modeli aracılığıyla değerlendirilmiştir. Yapılan analiz neticesinde Çekya ile Rusya arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu, bununla beraber Mısır, Macaristan, Güney Kore, Güney Afrika ve Filipinlerde sağlık harcamalarının gelir düzeyi üzerinde bir nedensellik ilişkisinin olduğu; Yunanistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Polonya, Çin, Endonezya ve Güney Kore gelir düzeyinin sağlık harcamaları üzerinde bir nedensellik ilişkisinin olduğu; buna karşın Çin, Hindistan, Tayland ve Türkiye ile ilgili olarak ise herhangi bir nedensellik ilişkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Akıncı ve Tuncer (2016) çalışmalarında, 2006-2016 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Eşbütünleşme Testi ile Nedensellik Testi modelleri aracılığıyla değerlendirilmiştir. Yapılan analiz neticesinde Türkiye'de seçili yıllar arasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli ve çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle sağlık harcamalarında ortaya çıkan bir yükselişin ekonomik büyümeyi pozitif yönlü etkilediği, ekonomik büyümede meydana gelen bir artışın da sağlık harcamalarını pozitif yönlü ve daha fazla etkilediği neticesine varılmıştır.

Fazaeli vd. (2016) çalışmalarında, 1995-2012 yılları arasında 12 Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü (OPEC) üye ülke üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile arasındaki ilişki, Panel Veri Birim Kök Testi ve Panel Eşbütünleşme Yöntemi modelleri kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda OPEC ülkelerinde sağlık hizmetlerinin lüks mal olmadığı, zorunlu mal olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık harcamaları ile gelir düzeyi arasında destekli bir ilişkinin var olduğu ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme açısından olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Halıcı-Tülüce vd. (2016) çalışmalarında, iki dönem ve iki ülke grubu olarak 1995-2012 yılları arasında 25 seçili yüksek gelirli ülkeler ile 1997-2009 yılları arasında ise

seçili 19 düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Dinamik Panel Veri Yöntemi ile incelenmiştir. Analiz neticesinde düşük gelirli seçili ülkelerde, kısa dönem içerisinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisinin olduğu, uzun dönemde ise ekonomik büyümeden kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarına yönelik tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu neticesine varılmıştır. Yüksek gelirli seçili ülkelerde kısa dönemde toplam (özel ve kamu) sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu, uzun dönemde ise yapılan özel sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu neticesine varılmıştır. Ayrıca özel sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde negatif eğilimli bir etkinin var olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Topallı (2016) çalışmasında, 1995-2013 yılları arasında G-20 üye ülkeleri arasında yer alan Türkiye, Hindistan, Arjantin, Güney Kore, Brezilya, Çin ve Japonya ülkelerinde ihracat, beşeri sermaye olarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Westerlund ve Edgerton (2007) Eşbütünleşme Testi ve Emirmahmutoğlu ve Köse (2011) ile Dumitrescu ve Hurlin (2012) Nedensellik Testi modelleri kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemde olumlu yönde bir ilişkinin bulunduğu ve çift yönlü nedensellik ilişkisinin varlığın tespit edilmiştir.

Uçan ve Atay (2016) çalışmalarında, 2006-2014 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, ARDL modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde Türkiye'de seçili yıllar arasında sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemdeki değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Taşkaya ve Demirkıran (2016) çalışmalarında, 1975-2013 yılları arasında Türkiye'de GSYİH içerisinde sağlık harcamaları oranının, kişi başına düşen GSYİH ve enflasyon oranı ile olan ilişkisi, Granger Nedensellik Testi modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre Türkiye'de seçili dönemler arasında sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSYİH ile enflasyon oranı gibi değişkenler arasında tespit edilen bir nedensellik ilişkisinin bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

Aboubacar ve Xu (2017) çalışmalarında, 1995-2014 yılları arasında Sahra Altı Afrika bölgesinde bulunan ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Sahra Altı Afrika bölgesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif eğilimli bir etki oluşturduğu ve iki değişken arasında elde edilen bulguların da bu etkiyi anlamlı hale getirdiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca kontrol değişkenlerde doğrudan yabancı yatırım, nüfus oranı, tasarruflar gibi değişkenlerin bölgedeki ekonomik büyümenin temel belirleyicileri olduğu ifade edilmiştir.

Saraçoğlu ve Songur (2017) çalışmalarında, 1995-2014 dönemleri arasında Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 10 Avrasya ülkesinde kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kişi başına düşen milli gelir arasındaki ilişki, Paresan Yatay Kesit Bağımlılığı, Hadri ve Kurozumi Panel Birim Kök Testi, Westerlund ve Edgerton Panel Eşbütünleşme Testi ve Dumitrescu ve Hurlin Panel Nedensellik Testi modelleri kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Analiz neticesinde kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kişi başına düşen milli gelir arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir.

Yıldız ve Yıldız (2018) çalışmasında, 47 Avrupa ve Merkez Asya ülkesinin 1996-2014 yılları arasında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini durağan etkiler modeli Driscoll-Kraay Standart Hatalar tahmincisi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Daha sonra iki aşamalı sistem GMM yöntemi kullanılarak katsayılar tahmin edilmiştir. Sonuç olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi sağladığı tespit edilmiştir.

Kılıç ve Başer (2018) çalışmalarında, 1995- 2016 yılları arasında komünist sistemin çökmesiyle beraber Merkezi ve Doğu Avrupa ülkeleri arasında yer alan seçili 8 ülkede sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantı, Panel Veri Analizi ile incelenmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Tıraş ve Ağır (2018) çalışmalarında, 1995-2014 yılları arasında Dünya Bankası tarafından ülkelerin gelir grubuna göre dört farklı kategoriye ayırdığı 172 ülke üzerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, Emirmahmutoğlu ve Köse

(2011) Panel Nedensellik Testi modeli kullanılarak incelenmiştir. Dört farklı kategori üzerinde değerlendirilen ülkelerde her ülke grubunun arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin bulunduğu, sağlık harcamalarının nedeni artan gelir olduğu ve aynı zamanda artan gelirin de sağlık harcamalarını artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca ülke gruplarının tamamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde etkilediği ve ekonomik büyümede süreklilik sağladığı vurgulanmıştır.

Rodriguez ve Valdes (2018) çalışmalarında, 1995-2014 dönemleri arasında Karayip, Latin Amerika ve OECD ülkeleri üzerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Birim Kök Testleri ve Panel Eşbütünleşme Testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde elde edilen sonuçlara göre seçili yıllar arasında belirtilen ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde herhangi bir nedensellik ilişkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Kouassi vd. (2018) çalışmalarında, 1995-2012 yılları arasında Güney Afrika Kalkınma Topluluğu üyesi 14 ülke üzerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki uzun vadeli ilişki, Panel Veri Yöntemi, Yatay Kesit Yöntemi ve Eşbütünleşme Testi modelleri kullanılarak analiz edilmiştir. Analizde elde sonuçlar ülkelerin sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığı, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkili olmadığı ve ülkelerin sağlık hizmetlerini geliştirmelerinde gerekli politikaların belirlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Kızıl ve Ceylan (2018) çalışamalarında, 1979-2015 yılları arasında Türkiye üzerinde yapılan çalışmada 65 yaş üstü yaşlı nüfusun sağlık harcamaları ile olan ilişkisini ele alarak bu ilişkinin de ekonomik büyümeyi nasıl etkilediği Otoregresif Gecikmesi Dağıtılmış Modeli, Kanonik Koentegrasyon Resgresyon Modeli, Tam Modifiye Edilmiş En Küçük Kareler Yöntemi Modeli ve Dinamik En Küçük Kareler Yönetimi Modeli ve gibi modeller kullanılarak incelenmiştir. Ayrıca beşeri sermaye birikiminin sağlık harcamaları ile ilişkisinin analiz edilmesinde içsel büyüme modeli de kullanılmaktadır. Analiz neticesinde kişi başına düşen sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında olumlu yönde ve istatistiksel açıdan da değerli bir ilişkinin olduğu, fakat 65 ve üstü yaşlı nüfusun oranının ekonomik büyüme ile olumsuz yönde bir ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Öztürk ve Küsmez (2019) çalışmalarında, 1995-2014 yılları arasında Türkiye'nin de yer aldığı BRICS-T ülkelerinde sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Vektör Otoregresif Yöntemi, Panel Sistem GMM ve Granger Nedensellik Testi modelleri kullanılarak incelenmiştir. Seçili yıllar arasında ülkelerin sağlık harcamalarının yaşlı nüfus ile kadın ölüm oranları değişkenlerini negatif yönlü etkilediği, erkek ölüm oranı ile GSYİH oranlarını ise pozitif yönlü etkilediği sonucuna varılmıştır. Sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme ile çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İşleyen (2019) çalışmasında, 1998-2016 dönemleri arasında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, çevre kirliliği ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkiyi Levin, Lin ve Chu (2002) Panel Birim Kök Testi, Johansen-Juselius Panel Eşbütünleşme Testi ve Dimirtuschi-Hurlin (2012) Panel Nedensellik Testi modelleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan analizde ekonomik kalkınmadan sağlık harcamalarına yönelik çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu, çevre kirliliğinden sağlık harcamalarına yönelik tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu ve ekonomik kalkınmadan da çevre kirliliğine yönelik tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Altunöz (2020) çalışmasında, 2000-2016 yılları arasında seçili 15 OECD ülkesi üzerinde kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Panel Veri Analizi Modeli kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucu Türkiye'nin de seçili ülkeler arasında bulunduğu 15 OECD ülkesinde, toplam sağlık harcamaları yerine sadece kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif eğilimli bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Binay (2020) çalışmasında, 1975-2012 yılları arasında seçili 23 OECD ülkesi üzerinde sağlık göstergelerinin (sağlık kurumlarının sayısı, sağlık kurumlarının yatak sayısı, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, doğuşta yaşam beklentisi gibi) ekonomik büyüme ile ilişkisi, Panel Veri Analizi modeli kullanılarak incelenmiştir. Ayrıca içsel büyüme modellerinin beşeri sermayeyi artırması ile ekonomik büyümenin gerçekleşebileceği nedensellik ilişkisi ile araştırılmıştır. Yapılan çalışmada sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde bir etki yaptığı tespit edilmiş ve sağlık harcamalarındaki % 1 oranındaki bir artışın ekonomik büyüme üzerinde % 0,7 oranında bir artış sağladığı sonucuna varılmıştır.

Çelik (2020) çalışmasında, 2000-2016 yılları arasında G-20 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, yeni nesil panel veri analiz modeli olan Dumitrescu-Hurlin (2012) Panel Nedensellik testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde ekonomik büyüme oranlarının sağlık harcamaları ile tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin bulunduğu neticesine varılmıştır. Bununla birlikte uzun dönemli eşbütünleşme katsayılarındaki sonuçlarda ise panelin genelinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü ve istatiksel olarak da anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki % 1'lik artışın uzun dönemde ekonomik büyümeyi % 0,81 oranında artırdığı tespit edilmiştir.

Yang (2020) çalışmasında, 200-2016 yılları arasında gelişmekte olan 21 seçili üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Panel Eşik Modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Sağlık harcamalarının beşeri sermeyenin en önemli belirleyicileri arasında olduğunu ve ülkelerin kalkınmalarında beşeri sermayenin güçlü olması gerektiği vurgulanmıştır. Beşeri sermayenin güçlü olduğu ülkelerin sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu yönde bir etki yaptığı, beşeri sermayenin normal olduğu ülkelerde yine sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediği ancak etkisinin az olduğu, diğer taraftan beşeri sermayenin zayıf olduğu ülkelerde ise sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumsuz yönde bir etkiye yol açtığı neticesine varılmıştır. Analizde elde edilen sonuçlara göre yapılan inceleme gelişmekte olan ülkelere yönelik olması sebebiyle, aynı sonuçların gelişmiş ülkelerde olmayacağı da belirtilmiştir.

Yalçınkaya ve Şahin (2020) çalışmalarında, 2000-2016 yılları arasında MINT ülkeleri olarak bilinen Türkiye, Meksika, Endonezya ve Nijerya gibi seçili ülkeler üzerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Panel Veri Analizi modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde ekonomik büyüme oranında yaşanan % 1 oranındaki bir yükseliş sağlık harcamaları üzerinde % 1,15 oranında bir yükseliş meydana getireceği, kamu harcamalarında ise ortaya çıkan % 1 oranındaki artışın ise sağlık harcamalarını % 0,57 oranında artırdığı tespit edilmiştir. Bu nedenle ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının genç ve yaşlı bağımlılık oranlarında yaşanan % 1 oranında bir artışın da sağlık harcamalarını sırasıyla % 4,79 ve % 3,65 oranında negatif yönlü etkilediği sonucuna varılmıştır.

Safkan (2020) çalışmasında, 2000-2016 yılları arasında kırılgan beşli olarak tanımlanan Türkiye, Endonezya, Hindistan, Brezilya ve Güney Afrika gibi ülkeler üzerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, Panel Veri Analizi modeli kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizde kişi başına düşen reel sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSYİH üzerinde olumlu yönde bir etkisinin olduğu ve istatistiksel açıdan da anlamlı bir ilişkinin bulunduğu sonucuna varılmıştır. Bununla beraber ekonomik büyüme üzerinde bebek ölüm hızının negatif yönlü bir etkisi yaptığı da çalışmada varılan sonuçlar arasındadır.

Konat (2021) çalışmasında, 1976-2017 yılları arasında seçili 17 OECD ülkesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, Hatemi-J (2018) Saklı Eşbütünleşme Testi modeli kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analiz neticesinde sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye yönelik nedensellik ilişkisinin bulunmadığı, fakat ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına yönelik tek yönlü nedensellik ilişkisinin varlığına ulaşıldığı tespit edilmiştir.

Köse vd. (2021) çalışmalarında, G-20 üye ülkelerinde sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları, doğumda beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme ile ilişkisi Panel ARDL Testi modeli kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde uzun vadede sağlık harcamalarında meydana gelen %1 oranındaki artışın ekonomik büyüme üzerinde % 0,8 oranında bir artış sağladığı anlaşılmıştır. Ayrıca uzun ve kısa dönemde ekonomik büyüme üzerinde oluşacak artışın da sağlık harcamaları üzerinde pozitif yönlü etki yapacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Kaya ve Naldöken (2023) çalışmalarında, 2000-2015 dönemleri arasında G-20 üyesi 19 ülkenin sağlık sistemi modelleri, nüfus yapıları ve ekonomik göstergeleri üzerinde karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda sağlık sistemlerinde iyi olan sistemin Bereridge ve Bismarck sağlık sistemleri olduğu, buna karşın kötü olarak değerlendirilecek modelin Serbest Piyasa Sistemi (ABD hariç) modeli olduğu, Türkiye'nin sağlık sisteminin G-20 üye ülkelerine göre düşük seviyede olduğu ancak sağlık göstergelerinde anlamlı bir gelişmenin yaşandığı ve reformların sürekliliği halinde sağlık sisteminin de iyi duruma geleceği çalışmada belirtilmiştir.

Genel olarak literatür taramasına bakıldığında; sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu anlaşılmaktadır. Ancak elde edilen sonuçların kısa ve uzun dönem arasında farklı sonuçlar oluşturduğu; bununla birlikte bazı çalışmalarda herhangi bir etki oluşturmadığı da anlaşılmaktadır. Literatür taramasının kapsamlı yapılması sebebiyle sadece ülke grupları ile ilgilenilmediği, bir ülke üzerinde yapılan çalışmalardan da bahsedildiği anlaşılmaktadır. Literatür taramasında kronolojik sıralamanın yapılması sebebiyle yıllar içerisinde yapılan çalışmaların kapsamında ve elde edilen sonuçlarında değişikliklerin yaşandığı da görülen diğer bir husustur. Bu nedenle zaman içerisinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin iktisat bilimi açısından önemli bir konu olduğu sonucuna varılabilir. Çalışmanın ampirik uygulama kısmına geçmeden litaratür taramasının kapsamlı yapılmasının amprik uygulama bölümüne katkı sunması beklenmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: G-20 ÜLKELERİ VE TÜRKİYE ÜZERİNE AMPİRİK ANALİZ

İlk üç bölümde farklı boyutları ile teorik olarak ele alınan sağlık ekonomisi ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin ülke ve/veya ülke grubu bazında nasıl bir yapıda ve ne derece kuvvetli olduğunu anlamak için ekonometrik uygulamalara başvurmak gerekmektedir.

Bu bölümde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi için panel veri analiz metodu kullanılarak G-20 ülke verileri analiz edilmektedir. Analiz kapsamında ilk bölümde model kurulmakta ve ilgili ülkelere ait veriler tanımlanmaktadır. Bölümün sonraki başlığı altında yatay kesit bağımlılığının varlığı test edilmekte, elde edilen sonuçlar ışığında uygun birim kök analizleri yapılmaktadır. Serilerin durağanlığının tespit edilmesi sonunda eş-bütünleşme testleri ve nedensellik analizleri yapılmaktadır. Bölümün sonunda da elde edilen bulgular yorumlanmaktadır.

4.1. Teorik Altyapı

İktisat politikalarının temel amacı ekonomik büyümenin istikrarlı bir şekilde sürdürülmesinin sağlanmasıdır. Bu bağlamda uygulanan politikaların büyümeyi maksimize etmesi gerekmektedir. İktisat politikalarını para politikaları ve maliye politikaları olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Temelde harcama ve gelir politikaları olarak sınıflandırılabilen maliye politikaları ekonominin genişlemesi ve daralmasını kamu harcamalarını artırmak ya da azaltmak suretiyle veya vatandaşlarına uyguladığı vergi oranlarını artırmak ya da azaltmak yoluyla sağlamaktadır. Dahası yapılan kamu harcamalarının kompozisyonu da ekonomik büyüme performansını etkileyen faktörlerden bir tanesidir. Temel olarak kamu harcamaları yatırım harcamaları ile nihai tüketim harcamaları olarak ikiye ayırılırken, harcamaları eğitim, savunma, altyapı ve sağlık harcamaları gibi sınıflandırmaya da tabi tutmak mümkündür.

Bunlar içerisinde sağlık harcamalarının özel bir yeri bulunmaktadır. Zira sağlık harcamaları cari dönemde çarpan etkisi ile ekonomi üzerinde pozitif etki yaratırken uzun dönemde sağlık harcamaları hane halkının verimliliğini artırmakta, böylece beşerî sermayeyi artırıcı etkide bulunarak ekonomik büyümeyi olumlu etkilemektedir. Bu durum Mishkin tarafından "sağlık odaklı büyüme hipotezi" ile açıklanmaktadır.

Bu hipoteze göre sağlık bir sermaye türüdür. Bu nedenle sağlığa yapılan yatırım geliri artırabilir ve genel ekonomik büyümeye yol açabilir. Daha önce de belirtildiği üzere sağlık, beşeri ve fiziksel sermaye birikimi üzerindeki etkisiyle ekonomik büyümeyi etkileyebilir. Sağlık aynı zamanda sermaye yatırımının temel bir bileşeni olduğundan, artan ulusal sağlık harcamaları işgücü üretkenliğini, yaşam kalitesini ve genel refahı artırma eğiliminde olacaktır. Sağlık harcamaları yaşam beklentisini uzatmak, hastalık ve bebek ölüm oranlarını azaltmak için önemlidir. Bu nedenle sağlığın beşeri sermayenin önemli bir unsuru olduğu ve toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın bir ilişki olduğu söylenebilir (Bedir, 2016: 76 - 77).

Teorik olarak sağlık harcamalarının neden arttığı incelendiğinde, ortalama yaşam süresindeki artışın ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıkların artmasından dolayı sağlık harcamalarının artış göstermesi ilk sırada gösterilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe kullanılan teknolojinin gelişme göstermesi ve teknoloji kullanımının artması da benzer şekilde kamunun sağlık sektörüne yönelik harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Sağlık sektöründe üretilen hizmetin artması sağlık harcamalarını artıran bir sebeptir. Zira ürün arttıkça ona yönelik talep de beraberinde artmaktadır. Gelirdeki artış ile de sağlık sektörüne yönelik hizmetlerin artması sağlık harcamalarını artırmaktadır. Sadece gelirdeki artış değil, aynı zamanda sağlık bilincindeki artış da hem kamunun hem de bireylerin sağlık harcamalarını artırmaktadır. Özellikle kamunun sağlık harcamaları ve yatırımlarındaki artış bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine kolaylaşmasına neden olmaktadır. Kısaca sağlık harcamaları ile sağlık sektöründeki gelişme arasında karşılıklı bir etkileşimin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Son olarak sağlık sektörünün temelinde insan emeğinin olması, sağlık sektörünün emek yoğun sektör olması anlamına gelmektedir. Bu da ekonomik ve toplumsal kalkınma

ile birlikte emeğin ücretindeki artış sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin de artmasına neden olmaktadır.

Tüm bu açıklamalar ışığında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında muhtemel etkileşimler bulunmaktadır. Bu etkileşim aşağıdaki gibi hipotezlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemek için;

H_0: Sağlık harcamalarındaki artış ekonominin büyümesine neden olmaktadır.

H_1: Sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi etkilememektedir.

Ekonomik büyümedeki artışın sağlık harcamaları üzerindeki etkisini incelemek için;

H_0: Ekonomi büyüdükçe sağlık harcamaları artmaktadır.

H_1: Ekonomideki büyüme ile sağlık harcamaları arasında ilişki bulunmamaktadır.

Bu hipotezlerin test edilmesi amacı ile panel veri analiz metotlarının kullanılması gerekmektedir. Bunun için ilk önce modelin oluşturulması için gerekli değişkenler tespit edilmelidir. Ele alınacak ülke grubunun tespitinden sonra ilgili değişkenlere ait serilerin toplanması gerekmektedir. Bir sonraki bölümde kurulan modele ve verilere ait bilgiler verilmektedir.

4.2. Model ve Veriler

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek için her iki alan için de doğru göstergenin kullanılması önemlidir. Bu nedenle ekonomik büyüme değişkeni için literatürde kullanılan değişkenler incelendiğinde GSYİH'nin uygun bir gösterge olduğu görülmüş ve bu nedenle modele eklenmiştir. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarını temsilen Dünya Bankası tarafından yayımlanan sağlık harcamaları değişkeni modele dâhil edilmiştir.

Bu çalışmada ele alınan ülke grubu ise G-20 ülkelerinden oluşmaktadır. Bu ülkeler Türkiye, Meksika, Güney Afrika, Birleşik Krallık, Kanada, İtalya, Arjantin, Çin, Avustralya, Brezilya, Fransa, Hindistan, Japonya, Güney Kore, Suudi Arabistan, Rusya, Endonezya, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri şeklindedir. Bu bağlamda çalışmanın temel sorusu şudur: "G-20 ekonomilerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık

harcamaları (HE) ve ekonomik büyüme (GDP) arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?". Değişkenlere yönelik araştırma deseni aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Analiz içerisinde sağlık harcamaları serisi (HE), ekonomik büyümeyi temsil eden GSYİH değişkeni ise GDP kısaltması ile temsil edilmektedir. Tüm ülkeler için her iki değişkene ait veriler Dünya Bankası tarafından yayınlanan Dünya Gelişim İstatistikleri içerisinden alınmıştır. Sağlık harcamaları ekonomilerin nüfus büyüklüklerindeki farklılıklardan etkilenmemesi için GSYİH'ye oranı şeklinde analize dahil edilmiştir.

Tablo 4.1. Değişken Tanımları

Değişken	Veri Aralığı	Sembol	Doğal Logaritma	Veri Kaynağı	Tanım
Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı	2000-2019	HE	Yok	Dünya Bankası	GSYİH'nın yüzdesi olarak ifade edilen cari sağlık harcamalarının düzeyi. Cari sağlık harcamalarına ilişkin tahminler, her yıl tüketilen sağlık ürünleri ve hizmetlerini içermektedir. Bu gösterge, acil durumlar veya salgınlar için binalar, makineler, BT ve aşı stokları gibi sermaye sağlık harcamalarını içermez.
Gayrisafi Yurtiçi Hasıla	2000-2019	GDP	Var	Dünya Bankası	Alıcı fiyatlarına göre GSYİH, ekonomideki tüm yerleşik üreticilerin brüt katma değeri artı tüm ürün vergileri ve eksi ürünlerin değerine dahil olmayan tüm sübvansiyonların toplamıdır. Fabrikasyon varlıkların amortismanı veya doğal kaynakların tükenmesi ve bozulması için kesinti yapılmadan hesaplanır. Veriler cari ABD doları cinsindendir. GSYİH için dolar rakamları, tek yıllık resmi döviz kurları kullanılarak yerel para birimlerinden dönüştürülür. Resmi döviz kurunun fiili döviz işlemlerine uygulanan oranı yansıtmadığı birkaç ülke için alternatif bir dönüştürme faktörü kullanılır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Analiz periyodu 2000-2019 dönemi yıllık verileri kapsamaktadır. Özellikle panel veri analizlerinde yaşanan değişen varyans sorunu analiz sonuçlarının yanlı çıkmasına

neden olabilir. Bunun için öncelikle GSYİH değişkeninin doğal logaritması alınmıştır. Sağlık harcamaları değişkeni GSYİH'ye oranlandığı için doğal logaritmasının alınmasına gerek kalmamıştır.

4.3. Ampirik Uygulama

Özellikle Solow modelinin yakınsama hipotezine getirdiği bilgiler ışığında küresel olarak ülkeler sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Öte yandan belirli bir gelir grubu, coğrafi yakınlık, sosyal ve kültürel yakınlık olarak ülkeler birbirlerine yakınsama durumu ortaya çıkmaktadır. Bu husus ekonometri teorisinde özellikle panel veri analizlerinde yatay kesit bağımlılığı olarak ortaya çıkmaktadır. Yatay kesit bağımlılığında Breusch ve Pagan (1980) ve Peseran (2004) tarafından önerilen Lagrange Multiplier (LM) testi uygulanmaktadır. i=1,2,…,N yatay kesit boyutunu, t=1,2,…,t zaman indisini, α_i ve β_i sabit terim ve eğim katsayılarını, x_{it} ise kx1 açıklayıcı değişkenlerin yer aldığı vektör olmak üzere model;

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_i' x_{it} + \varepsilon_{it} \tag{4.1}$$

şeklinde yazılmıştır.

Bu modelde yatay kesit bağımlılığının olmadığı varsayımı altında [$H_0 : Cov(\varepsilon_{it}, \varepsilon_{jt}) = 0$] Breusch ve Pagan (1980) tarafından önerilen Lagrange Multiplier (LM) test istatistiği;

$$LM = T\sum_{i=1}^{N-1}\sum_{j=i+1}^{N}\hat{\rho}_{ij}^2 \approx \chi^2_{N(N-1)/2} \tag{4.2}$$

Peseran (2004) tarafından önerilen T→∞ ve N→∞ modifiye olarak tasarlanmış Lagrange Multiplier (LM) istatistiği;

$$CD = \sqrt{\left(\frac{2T}{N(N-1)}\right)}\left(\sum_{i=1}^{N-1}\sum_{j=i+1}^{N}\hat{\rho}_{ij}\right) \approx N(0,1) \tag{4.3}$$

$$LM_{adj} = \sqrt{\frac{2T}{N(\mathrm{N}-1)}}\sum_{i=1}^{N-1}\sum_{j=i+1}^{N}(\hat{\rho}_{ij} - 1) \approx N(0,1) \tag{4.4}$$

şeklindedir. Son dönemde panel veri ekonometrisinde uygulamada birim kök testlerini yapmadan önce yatay kesit bağımlılığı olup olmadığı ortaya konulmaktadır. Peseran ve Yamagata (2008) tarafından önerilen eğim katsayısının homojen olup olmadığı dolaysıyla her bir ülke için aynı katsayının olup olmadığının test edilmesi için $\tilde{\Delta}$ delta testi yapılmaktadır. Delta testinde sıfır hipotezi her bir *i* dolaysıyla ülke için eğim katsayısının aynı olup olmadığı (homojenliği) [$H_0 : \beta_i = \beta$] şeklindedir.[1]

Tablo 4.2. lnGDP ve HE için Yatay Kesit Bağımlılığı Sonuçları

Sabitli Model	lnGDP	HE
CD_{lm} (BP,1980)	325.685 (0.00)***	229.010 (0.00)***
CD_{lm} (Pesaran, 2004)	8.364 (0.00)***	3.137 (0.00)***
CD (Pesaran, 2004)	-1.301 (0.097)*	-1.155 (0.124)
LM_{adj} (PUY, 2008)	-3.860 (0.99)	-2.096 (0.98)

Not: $\Delta y_{i,t} = d_i + \delta_i y_{i,t-1} + \sum_{j=1}^{p_i} \lambda_{i,j} \Delta y_{i,t-j} + u_{i,t}$ modelinde gecikme sayısı (p_i) 1 olarak alınmıştır. *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir. Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinden daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Özellikle BP (1980) ve Peseran (2004) testlerine ait olasılık değerlerine göre yatay kesit bağımlılığının olduğu şeklinde alternatif hipotez kabul edilmektedir. Bu sonuca her iki değişken için paneli oluşturan ülke grubunda yatay kesit bağımlılığı bulunmaktadır. Bu ülkeler hem GSYİH hem de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı değişkenlerinde birbirlerine paralel hareket etmektedir.

Panel veri metodolojisine göre paneli oluşturan ülkeler arasında yatay kesit bağımlılığının çıkması durumunda ekonometri teorisindeki gelişmelere bağlı olarak ikinci nesil birim kök testleri kullanılmaktadır. İkinci nesil panel birim kök testlerinin birinci nesil panel birim kök testlerine avantajları; değişkenlerin iktisadi şok yaşayıp

[1] Test istatistikleri Peseran ve Yamagata (2008) tarafından yapılan çalışmada bulunmaktadır.

yaşamadıklarını paneli oluşturan her bir ülke için ayrı ayrı kontrol edebilen ve zaman indisi yatay indisten büyük iken de kullanılabilen (T>N) testler olmasıdır. Bu nedenle çalışmada ikinci nesil panel birim kök testlerinden Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) birim kök testi uygulanmıştır.

Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) testinde bireysel ve ortak etkileri içinde barındıran hata terimi;

$$\mu_{it} = \gamma_1 f_t + \varepsilon_{it} \tag{4.5}$$

ifadesinde f_t birimlerin arasında gözlemlenememiş ortak etkileri, ε_{it} ise bağımsız ve özdeş dağılıma sahip hata terimini göstermektedir (Costantini ve Lupi, 2013). Bu hata terimi;

$$\varepsilon_{it} = \rho_1 \varepsilon_{it-1} + \upsilon_{it} \tag{4.6}$$

ρ parametresi yatay kesitlerin aritmetik ortalaması ve birimler arası korelasyonu dikkate almaktadır. v_{it} hata teriminde otokorelasyon bağımlı değişkenin gecikmeli değerini aritmetik ortalaması ve yine değişkenin gecikmeli değerini birinci farkının aritmetik ortalaması alınarak engellenmektedir (Aslanidis ve Fountas, 2014).

Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) ikinci nesil panel birim kök testinde zaman serilerinde yer alan geleneksel Augmented Dickey–Fuller (ADF) birim kök testinin gecikmeli yatay kesitlerin aritmetik ortalaması dikkate alınmaktadır. Söz konusu modelin en küçük kareler tahminine indirgenmiş şekli;

$$\Delta y_{it} = \alpha_i + \beta_i y_{it-1} + \delta_i \bar{y}_{t-1} + \sum_{j=1}^{p_i} d_{ij} \Delta \bar{y}_{t-j} + \sum_{j=0}^{p_i} \phi_{ij} \Delta \bar{y}_{it-j} + e_{it} \tag{4.7}$$

gibidir.

Bu ifadede ($\bar{y}_t$) yatay kesitlerin aritmetik ortalamasıdır (Gengenbach vd., 2009). Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) geleneksel ikinci nesil panel birim kök testinin hipotezleri (β) sıfırdan küçük olup olmamasına dayanmaktadır. Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) geleneksel ikinci nesil panel birim kök testinde hipotezler sıfır hipotezine göre değişken iktisadi şokların etkisinde kalmıştır ve birim kök taşımaktadır. Alternatif hipotezde ise değişken iktisadi şokların etkisinde

kalmamıştır ve birim kök taşımamaktadır (Guillaumin, 2009). Karar verirken Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) hesaplanan test istatistikleri ve Peseran (2007) çalışmasında verdiği tablo kritik değerleri kullanılmaktadır.

Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) hesaplanan test istatistikleri, Peseran (2007) çalışmasında verdiği tablo kritik değerlerinden küçük ise o ülkeye ait değişkenin iktisadi şokların etkisinde kalmadığı ve birim kök taşımadığı sonucuna varılmaktadır. Tam tersi bir şekilde Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) hesaplanan test istatistikleri, Peseran (2007) çalışmasında verdiği tablo kritik değerlerinden büyük ise o ülkeye ait değişkenin iktisadi şokların etkisinde kaldığı ve birim kök taşıdığı sonucuna varılmaktadır.

Tablo 4.3. Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller Panel Birim Kök Test Sonuçları

	Sabit		Sabit ve Trend		Sabit		Sabit ve Trend	
	Gec.	CADF -stat	Gec.	CADF -stat	Gec.	CADF-stat	Gec.	CADF -stat
	lnGDP				***HE***			
Almanya	1	-3.625**	1	-3.173	1	-1.706	1	-1.445
ABD	2	0.387	4	-2.161	1	-4.214***	1	-4.083**
Arjantin	1	-6.577***	1	-5.908***	3	-1.460	3	-2.535
Avustralya	1	-1.517	1	-1.603	3	-0.121	4	0.575
Birleşik Krallık	2	-2.320	2	-2.166	1	-1.718	1	-1.615
Brezilya	2	-1.014	1	-3.744*	4	-0.353	1	-1.252
Çin	1	-2.455	1	-1.738	1	-0.489	1	-0.421
Endonezya	2	-1.708	2	-2.581	1	-0.699	1	-0.332
Fransa	1	-3.186*	1	-2.795	1	1.402	1	1.229
Güney Afrika	2	-1.653	2	-2.741	1	-3.296*	1	-4.045**
Hindistan	1	-1.007	2	-2.683	4	-1.668	4	-3.040
İtalya	1	-3.049	1	-2.458	1	-1.268	1	-1.200
Japonya	3	-1.193	4	-2.609	1	-3.018*	1	-3.796*
Kore	1	-1.625	1	-2.349	1	3.357*	1	0.957
Kanada	1	-2.143	1	-2.143	1	-2.078	1	-1.911
Meksika	1	-3.037*	1	-2.895	1	-3.642**	4	-2.545
Rusya	1	-2.394	1	-4.976***	1	-1.845	1	-1.274
Suudi Arabistan	1	-1.104	1	-1.831	4	1.239	1	-1.331
Türkiye	1	-1.042	1	-2.355	1	-3.185*	1	-3.690*
Panel CIPS		-2.119		-2.785*		-1.303		-1.671

Not: Maksimum gecikme uzunluğu 4 olarak alınmış ve optimal gecikme uzunlukları, Schwarz bilgi kriterine göre belirlenmiştir. CADF istatistiği kritik değerleri, sabitli modelde -4.11 (%1), -3.36 (%5) ve -2.97 (%10) (Pesaran 2007, tablo I(b), p:275) ; sabit ve trendli modelde -4.67 (%1), -3.87 (%5) ve -3.49 (%10) (Pesaran 2007, tablo I(c), p:276). Panel istatistiği kritik değerleri, sabitli modelde -2.57 (%1), -2.33 (%5) ve -2.21 (%10) (Pesaran 2007, tablo II(b), p:280) ; sabit ve trendli modelde -3.10 (%1), -2.86 (%5) ve -2.73 (%10) (Pesaran 2007, tablo II(c), s: 281). Panel istatistiği, CADF istatistiklerinin ortalamasıdır. *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Tablo 4.3'te yer alan sonuçlara göre GSYİH değişkeninde sabitli modelde Almanya için %5 anlam seviyesinde, Arjantin için %1 anlam seviyesinde, Fransa için %10 anlam seviyesinde, Meksika için %10 anlam seviyesinde birim kök taşımaktadır.

GSYİH değişkeninde sabit terimli ve trendli modelde ise Arjantin için %1 anlam seviyesinde, Brezilya için %10 anlam seviyesinde, Rusya için %1 anlam seviyesinde birim kök taşımaktadır.

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranında ise sabitli modelde Amerika Birleşik Devletleri için %1 anlam seviyesinde, Güney Afrika, Japonya, Kore ve Türkiye için %10 anlam seviyesinde, son olarak Meksika için de istatistiki olarak %5 anlam seviyesinde seriler birim kök taşımaktadır.

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkeninde sabit terimli ve trendli modelde ise Amerika Birleşik Devletleri ve Güney Afrika için %5 anlam seviyesinde, Japonya ve Türkiye için %10 anlam seviyesinde birim kök taşımaktadır. 2000-2019 arası dünya ekonomisinin yaşadığı makroekonomik krizler bireysel olarak yeteri kadar veride kendinin göstermemekle birlikte Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) test sonuçlarının alternatif olarak önerilebilecek ikinci nesil panel birim kök testleri ile desteklenmesini gerekli kılmaktadır.

Cross-Sectionally Augmented Dickey–Fuller (CADF) ikinci nesil panel birim kök testi sonuçlarını kontrol etmek amacıyla yine ikinci nesil panel birim kök testleri içinde yer alan Bai ve Ng (2004) tarafından önerilen PANIC (Panel Analysis of Nonstationary in the Idiosyncratic and Common Compenents) ikinci nesil panel birim kök testi kullanılmıştır. Bai ve Ng (2004) PANIC (Panel Analysis of Nonstationary in the Idiosyncratic and Common Compenents) panel birim kök testinde yatay kesitlerde korelasyonu dikkate almaktadır. Bai ve Ng (2004) çalışmalarında seriler arasındaki korelasyonu engellemek amacıyla özel bir ekonometrik form önermektedir.

$$y_{it} = D_{it} + \alpha_i f_t + \varepsilon_{it} \tag{4.8}$$

D_{it} polinom zaman indisini, f_t faktörler vektörü, α_i faktör yüklenim vektörünü göstermektedir. f_t vektörü en az bir adet genel faktörü veya hata terimi ε_{it} birim kök taşıyorsa bağımlı değişken y_{it} birim köke sahiptir (Garcia-Cintado vd., 2015). Bu model

ile hata teriminde ve bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinde tek tek birim kök süreci test edilebilmektedir (Cheng vd., 2012).

PANIC (Panel Analysis of Nonstationary in the Idiosyncratic and Common Compenents) ikinci nesil panel birim kök testi ile değişkenlerin birim köke sahip olma nedenleri araştırılmaktadır. Bunu yaparken birim kökün özel faktörlerden dolayı mı yoksa genel faktörlerden mi sebeplendiği araştırılmakta ve birim kökün kaynağı tespit edilmektedir (Eickmeier, 2009).

$$y_{it} = \beta_{it} + \alpha_i f_t + \varepsilon_{it} \tag{4.9}$$

$$F_{mt} = \tau_m F_{mt-1} + \upsilon_{mt} \tag{4.10}$$

$$e_{it} = \rho_i e_{it-1} + \varepsilon_{it} \tag{4.11}$$

Yukarda yer alan üç denklemde ilk olarak $\tau_m<1$ ise genel faktör olarak durağan bir süreçtir. İkinci olarak ise $\rho_i<1$ ise bireysel faktörlerden kaynaklı olarak değişken durağandır (Salisu, 2019). Bai ve Ng (2004) tarafından önerilen PANIC (Panel Analysis of Nonstationary in the Idiosyncratic and Common Compenents) ikinci nesil panel birim kök test istatistiği;

$$P_{\hat{e}}^{c} = \frac{-2\sum_{i=1}^{N} P_{\hat{e}}^{c}(\mathrm{i}) - 2N}{\sqrt{4N}} \tag{4.12}$$

olarak olasılık değerleri hesaplanmaktadır (Gengenbach vd., 2006).

Bai ve Ng (2004) tarafından önerilen PANIC (Panel Analysis of Nonstationary in the Idiosyncratic and Common Compenents) ikinci nesil panel birim kök testinde sıfır hipotezi değişkenin birim kök taşıdığını ve alternatif hipotez ise değişkenin birim kök taşımadığını iddia etmektedir. Karar aşamasında olasılık değerleri kullanılmaktadır. Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir. Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 4.4. Bai ve Ng (2004) PANIC Panel Birim Kök Testi Sonuçları

	Sabitli Model		Sabitli+Trendli Model	
Düzey Değeri	Test İstatistiği	Olasılık Değeri	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
lnGDP				
$Z_{\hat{e}}^{c}$	-2.693	0.9965	-0.1481	0.5589
$P_{\hat{e}}^{c}$	14.514	0.9998	36.7089	0.5291
HE				
$Z_{\hat{e}}^{c}$	-0.3017	0.6185	-1.8565	0.9683
$P_{\hat{e}}^{c}$	35.2702	0.5917	21.8154	0.9836
Birinci Fark				
lnGDP				
$Z_{\hat{e}}^{c}$	3.8741	0.00***	3.1645	0.00***
$P_{\hat{e}}^{c}$	71.7732	0.00***	665.5871	0.00***
HE				
$Z_{\hat{e}}^{c}$	0.6377	0.2618	2.2884	0.011**
$P_{\hat{e}}^{c}$	43.5593	0.2468	57.9497	0.020**

Not: $P_{\hat{e}}^{c}$ is a Fisher's type statistic based on *p*-values of the individual ADF tests. $Z_{\hat{e}}^{c}$ is a standardized Choi's type statistic for large N samples. Maksimum ortak faktör sayısı 2 olarak alınmıştır. *,** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Hem GSYİH değişkeni hem de sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkeni düzey değerinde açık bir şekilde birim kök taşımaktadır. GSYİH değişkeni birinci farkı alındığında %1 anlam seviyesinde durağandır. Ancak sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkeni birinci farkında sabit modelde birim kök taşımaya devam etmektedir. Sabit terimli ve trend değişkenli modelde ise %5 anlam seviyesinde birim kök sorunundan kurtulmaktadır.

Sonuç olarak GSYİH değişkeninin birinci farkında durağan olduğu ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkeninin ise uzun hafıza yaşadığı varsayılmış ve her iki serinin de birinci farkları alınarak ampirik analizlere devam edilmektedir.

Değişkenlerin uzun hafıza yaşamaları tarihsel süreç içerisinde yapısal kırılmalar maruz kaldıklarının işareti olabilmektedir. Yapısal kırılmalara yönelik tartışmalar makroekonomik değişkende kaç adet olduğu sorusuna odaklanmaktadır. Ekonometri

literatüründe bu durum Im vd. (2005) tarafından çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır. y_{it} bağımsız değişken, z_{it} bağımsız değişkenler vektörü olmak üzere;

$$y_{it} = \delta z_{it} + \gamma_t + x_{it} \tag{4.13}$$

$$x_{it} = \beta_{it-1} + \varepsilon_{it} \tag{4.14}$$

regresyonları tahmin edilir (Jewell vd., 2003). Testin sıfır hipotezi değişken iktisadi şokların etkisinde kalmıştır şeklindedir. β_i'lerin her bir yatay kesit için alternatif değer olmasına izin verilmektedir. Yapısal kırılmaları dikkate alan birim kök testleri sabit parametresinde kırılmaya izin vermesi ve eğimde kırılmaya izin vermesi olarak iki farklı modelde test edilir (Meng vd., 2014). Sabitte kırılmada $z_{it}=[1,t,D_{it}]$ bağımsız değişkenler vektörü tanımlanmıştır. D_{it} kukla değişkeni kırılma tarihinde 1, kırıma olmayan tarihte sıfır değerini alır. Eğimde kırılmada ise $z_{it}=[1, TD_{it},D_{it}]$ bağımsız değişkenler vektörü tanımlanmıştır (Shahbaz vd., 2014). Lagrange Multiplier (LM) birim kök testi için;

$$\Delta y_{it} = \delta z_{it} + \gamma_t \tilde{S}_{it-1} + x_{it} \tag{4.14}$$

modelinde $\tilde{S}_{it-1} = y_{it} - \psi_{xi} - z_{it}\tilde{\delta}_i$ olarak tasarlanmıştır. τ (tau) test istatistiği baz alınarak LM test istatistiği;

$$LM_{\tau i} = \underset{\lambda_i}{lmf}\, \tilde{\tau}(\lambda_i) \tag{4.15}$$

şeklindedir (Khraief vd., 2016).

Tablo 4.5. lnGDP için Im vd. (2005) Yapısal Kırılmalı Panel Birim Kök Testi Sonuçları

	Tek Kırılma					
	Sabitte Kırılma			Sabitte ve Trende Kırılma		
	Lag	LM-stat.	Kırılma Tarihi	Lag	LM-stat.	Kırılma Tarihi
Almanya	3	-3.945**	2008	3	-4.040**	2011
ABD	1	-5.654***	2009	1	-5.695***	2008
Arjantin	0	-2.819	2006	0	-2.881	2006
Avustralya	1	-3.070	2009	1	-3.070	2009
Birleşik Krallık	1	-4.572**	2008	1	-4.401**	2008
Brezilya	3	-6.094***	2008	3	-6.020***	2008
Çin	1	-5.109***	2012	1	-3.713*	2016
Endonezya	1	-4.823***	2008	1	-4.978***	2008
Fransa	3	-3.307	2007	3	-3.112	2007
Güney Afrika	1	-4.113**	2010	1	-4.076**	2010
Hindistan	0	-3.749*	2006	0	-3.320	2006
İtalya	3	-3.239	2007	3	-3.007	2007
Japonya	1	-3.401	2008	1	-3.573	2008
Kore	1	-4.385**	2012	1	-4.012**	2012
Kanada	1	-3.328	2009	1	-3.328	2009
Meksika	0	-6.088***	2008	0	-5.586***	2008
Rusya	1	-4.724**	2008	1	-4.672***	2008
Suudi Arabistan	0	-4.362**	2011	0	-3.846*	2010
Türkiye	1	-4.878**	2012	1	-4.802***	2012
Panel-LM		-15.232			-9.607	
Olasılık Değeri		0.00***			0.00***	
	Çift Kırılma					
Almanya	0	-5.344**	2007-2011	0	-5.463***	2007-2011
ABD	1	-6.728***	2009-1015	1	-7.968***	2007-2012
Arjantin	0	-4.680**	2006-2013	0	-4.744**	2006-2015
Avustralya	0	-9.675***	2012-2015	0	-8.829***	2008-2012
Birleşik Krallık	3	-12.117***	2007-2012	3	-10.879***	2007-2010
Brezilya	1	-6.328***	2008-2017	1	-8.278***	2008-2012
Çin	1	-9.946***	2008-2011	3	-6.795***	2008-2011
Endonezya	0	-8.321***	2008-2017	0	-8.321***	2008-2011
Fransa	4	-6.441***	2008-2013	0	-7.005***	2008-2013
Güney Afrika	1	-11.774***	2012-2015	1	-9.231***	2008-2016
Hindistan	0	-4.731**	2011-2014	0	-5.097**	2006-2010
İtalya	3	-6.299***	2008-2013	3	-7.024***	2008-2013
Japonya	1	-7.213***	2009-2014	0	-7.264***	2009-2014
Kore	1	-5.607***	2006-2011	1	-6.032***	2006-2011
Kanada	0	-4.591*	2008-2013	0	-10.234***	2007-2010
Meksika	0	-12.179***	2007-2014	0	-15.228***	2007-2011
Rusya	0	-6.787***	2007-2011	0	-10.918***	2007-2011
Suudi Arabistan	0	-6.864***	2011-2017	0	-7.373***	2007-2012
Türkiye	0	-7.970***	2008-2012	0	-7.127***	2007-2011
Panel-LM		-36.969			-35.279	
Olasılık Değeri		0.00***			0.00***	

Not: Tek kırılmalı model için %1, %5 ve %10 anlam seviyesinde kritik değerler sırasıyla -4.604, -3.950 ve -3.636'dir. Çift kırılmalı model için %1, %5 ve %10 anlam seviyesinde kritik değerler sırasıyla -5.365, -4.661 ve -4.338'dir. Maksimum gecikme uzunluğu 4 olarak alınmış ve optimal gecikme uzunlukları "t-stat significance" yaklaşımı ile belirlenmiştir.

Tablo 4.5'te verilen kırılma tarihleri hem genel olarak hem de ülke bazında incelenebilir. Buna göre genel olarak bakıldığında 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkan finansal sıkıntılar tüm dünyayı etkilemiş ve küresel çapta hem finansal sistemi hem de reel ekonomiyi etkileyen bir krize dönüşmüştür. Bu bağlamda tüm ülkeler bu durumdan kötü etkilenmiştir. Bu nedenle 2008 ve sonraki yıllarda kırılmalar meydana gelmiştir. Çift kırılma sonuçlarına bakıldığında da ilk kırılmanın yine 2008 krizi ile ortaya çıktığı, ikinci krizin ise 2011 yılında yaşanan Avrupa borç krizi ile eşanlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Özellikle Avrupa Birliği ülkeleri ve bu ülkeler ile yakın finansal - ekonomik ilişkileri olan ülkelerin bu dönemde ekonomik açıdan daralma yaşaması nedeni ile kırılmaların oluşması muhtemeldir.

Kırılmaların olmadığı ülkelere bakıldığında ise Kanada, Avusturalya, Japonya ve Arjantin dikkat çekmektedir. Bu ülkelerde her ne kadar çift kırılmalı modelde kırılmalar görülse de tek kırılmalı modelde kırılma görülmemesi, hem küresel finans krizinden hem de borç krizinden daha az etkilendiklerini gösterebilir. Avrupa kıtasına uzaklıkları hesaba katıldığında coğrafi olarak uzak olan bu ülkelerin krizden de nispeten az etkilendiklerini gösterebilir.

Tablo 4.6. HE için Im vd. (2005) Yapısal Kırılmalı Panel Birim Kök Test

	Tek Kırılma					
	Sabitte Kırılma			Sabitte ve Trende Kırılma		
	Lag	LM-stat.	Kırılma Tarihi	Lag	LM-stat.	Kırılma Tarihi
Almanya	1	-3.836*	2011	1	-3.767*	2011
ABD	1	-4.582**	2009	1	-4.582**	2009
Arjantin	0	-3.893*	2007	0	-3.632*	2013
Avustralya	0	-4.110**	2008	0	-5.497***	2016
Birleşik Krallık	0	-3.049	2011	0	-2.811	2011
Brezilya	0	-3.441	2012	0	-2.905	2013
Çin	0	-3.173	2008	0	-3.145	2008
Endonezya	0	-5.351***	2010	0	-5.249***	2010
Fransa	0	-3.463	2011	0	-3.951*	2013
Güney Afrika	0	-3.571	2008	0	-3.756*	2008
Hindistan	0	-4.044**	2010	2	-5.828***	2011
İtalya	0	-5.204***	2011	0	-4.808***	2011
Japonya	0	-4.033**	2013	3	-3.831*	2014
Kore	2	-3.414	2013	0	-4.556**	2013
Kanada	0	-4.676***	2012	0	-4.353**	2012
Meksika	3	-5.140***	2009	0	-5.140***	2009
Rusya	0	-5.763***	2013	0	-4.087**	2013
Suudi Arabistan	0	-4.050**	2013	0	-3.272	2008
Türkiye	0	-4.579**	2010	0	-4.489**	2010
Panel-LM		-14.817			-10.345	
Olasılık Değeri		0.00***			0.00***	

				Çift Kırılma		
Almanya	1	-8.084***	2007-2011	1	-9.749***	2007-2011
ABD	1	-5.051**	2008-2012	1	-6.194***	2006-2011
Arjantin	0	-5.215**	2007-2013	0	-12.269***	2007-2015
Avustralya	0	-5.382***	2013-2016	0	-11.219***	2008-2016
Birleşik Krallık	0	-7.624***	2009-2012	0	-7.880***	2008-2013
Brezilya	0	-4.729**	2010-2016	0	-6.262***	2007-2010
Çin	0	-7.806***	2008-2014	0	-6.975***	2007-2011
Endonezya	2	-7.752***	2006-2012	4	-7.485***	2006-2012
Fransa	0	-9.666***	2007-2013	0	-11.220***	2007-2014
Güney Afrika	0	-11.126***	2007-2015	0	-7.492***	2007-2015
Hindistan	0	-6.531***	2008-2011	0	-8.456***	2011-2017
İtalya	0	-6.862***	2006-2011	0	-6.676***	2006-2011
Japonya	3	-8.411***	2007-2014	3	-14.338***	2008-2011
Kore	2	-6.276***	2008-2015	2	-7.883***	2006-2015
Kanada	0	-11.445***	2007-2012	0	-12.196***	2007-2012
Meksika	0	-8.969***	2009-2015	0	-7.921***	2006-2012
Rusya	0	-9.919***	2007-2013	0	-10.685***	2008-2016
Suudi Arabistan	0	-7.149***	2007-2011	0	-7.210***	2007-2011
Türkiye	0	-5.889***	2007-2013	0	-7.461***	2008-2015
Panel-LM		-37.575			-41.221	
Olasılık Değeri		0.00***			0.00***	

Not: Tek kırılmalı model için %1, %5 ve %10 anlam seviyesinde kritik değerler sırasıyla -4.604, -3.950 ve -3.636'dir. Çift kırılmalı model için %1, %5 ve %10 anlam seviyesinde kritik değerler sırasıyla -5.365, -4.661 ve -4.338'dir. Maksimum gecikme uzunluğu 4 olarak alınmış ve optimal gecikme uzunlukları "t-stat significance" yaklaşımı ile belirlenmiştir.

Yine tablo 4.6'da sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı şeklinde hesaplanan sağlık harcamaları değişkenine ait seriler ile ilgili kırılmalı panel birim kök testi sonuçları sunulmaktadır. Sonuçlar ışığında elde edilen kırılma tarihleri hem genel olarak hem de ülke bazında incelenebilir. Genel olarak bakıldığında tek kırılma tarihleri yine 2008 küresel finans krizi sonrası döneme denk gelmektedir. Bu sonuç yaşanan ekonomik krizin sağlık harcamaları üzerinde gecikmeli olarak etkili olmaktadır. Zira kırılma tarihleri genelde 2009 – 2011 yılları arasında yoğunlaşmaktadır.

Çift kırılmalı analiz sonuçlarına bakıldığında da kırılma döneminin 2008 – 2012 dönemi içerisinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ele alınan dönemde tıpkı 2020 – 2022 yılları arasında yaşanan pandemik bir süreç olmadığı, yine savaşlar gibi sağlık harcamalarının artmasına neden olacak bir sürecin yaşanmadığı düşünüldüğünde hem küresel finans krizinin hem de Avrupa borç krizinin bu sonuçlar üzerinde etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Ülke bazında sonuçlar incelendiğinde ekonomik büyüme değişkeninde kırılmanın var olmadığı ülkeler ile farklı ülkelerin sağlık harcamaları değişkeninde kırılma

yaşamadığı görülmektedir. Çin, Brezilya, Birleşik Krallık, Güney Kore, Güney Afrika bu ülkeler arasındadır. İlgili ülkelerdeki bu sonuçların temelinde yatan farklı sebeplerin olduğu, bu sonuçların ayrıca araştırılması gerektiği söylenebilir.

Panel veri analizi ile ilgili bir diğer konu ise homojenitedir. Uzun dönemli ilişkilerin ortaya çıkarılmasında eğim parametrelerinin birbirine eşit olup olmadığı (homojenite) Peseran ve Yamagata (2008) tarafından geliştirilmiştir.

$$Y_{it} = \alpha + \beta_i X_{it} + \varepsilon_{it} \tag{4.16}$$

Denklem 4.16'da uzun dönemli ilişkiyi gösteren regresyonda β ifadelerinin her bir yatay kesit için birbirine eşit olup olmadığı test edilmektedir. Sıfır hipotezi her bir yatay kesite ait katsayının birbirine eşit olduğunu ve alternatif hipotez ise her bir yatay kesite ait katsayının birbirine eşit olmadığını iddia etmektedir.

Homojenlik test istatistikleri panel en küçük kareler tahmini ve daha sonra ağırlıklandırılmış sabit etkiler modeli ile tahmin edilmektedir. Peseran ve Yamagata (2008) tarafından önerilen test istatistikleri örneklem sayısının 30'un altında olup olmamasına göre değişmektedir. Eğer gözlem sayısı 30'un altında ise küçük örneklem, 30'dan büyük ise büyük örneklem olarak ayrı ayrı hesaplanmaktadır. N yatay kesit boyutu, S Swamy testini, k bağımsız değişken sayısı olmak üzere küçük örneklemde;

$$\tilde{\Delta} = \sqrt{N}\left(\frac{N^{-1}\bar{S} - k}{2k}\right) \tag{4.17}$$

Büyük örneklemde ise;

$$\tilde{\Delta}_{adj} = \sqrt{N}\left(\frac{N^{-1}\bar{S} - k}{v(\mathrm{T},\mathrm{k})}\right) \tag{4.18}$$

olarak hesaplanmaktadır. Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir. Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 4.7. Eşbütünleşme Regresyonu İçin Yatay-Kesit Bağımlılığı ve Homojenite Test Sonuçları

$\ln GDP_{it} = \alpha_i + \beta_{1i} HE_{it} + \varepsilon_{it}$	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
Yatay Kesit Bağımlılığı		
LM (BP,1980)	949.854	0.00***
CD_{lm} (Pesaran, 2004)	42.116	0.00***
CD (Pesaran, 2004)	23.254	0.00***
LM_{adj} (PUY, 2008)	71.612	0.00***
Homojenlik Testleri		
$\tilde{\Delta}$	15.222	0.00***
$\tilde{\Delta}_{adj}$	16.441	0.00***

Not: *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Olasılık değerlerine baz alındığında %1 anlam seviyesinde eşbütünleşme regresyonunda yatay kesit bağımlılığı olduğunu ve her bir yatay kesit için birbirine eşit olmadığı görülmektedir. Westerlund (2007) tarafından geliştirilen panel eşbütünleşme modelinde yatay kesit bağımlılığının olması halinde de değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olup olmadığını vermesidir. Değişkenlerin birinci farkında durağan olması halinde de yine test prosedürü çalışmaktadır (Ouedraogo, 2013).

$$\Delta y_{it} = \delta_i d_t + \lambda_i \Delta x_{it} + \gamma_i y_{it-1} + \kappa_i x_{it-1} + e_{it} \tag{4.18}$$

modelinde d deterministik değişkenlere ait vektörü, λ uzun dönem katsyılarını, □ ve γ isde kısa dönem parametreleri ifade etmektedir (Groen ve Kleibergen, 2003). Eşbütünleşme testinde sıfır hipotezi değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olmadığını, alternatif hipotez ise değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olduğunu iddia eder (Walle, 2014). Lagrange Multiplier (LM) bootstrap panel uzun dönemli ilişki modeli Westerlund ve Edgerton (2007) tarafından öne sürülmüştür. Lagrange Multiplier (LM) test istatistiği;

$$LM_N^+ = \frac{1}{NT^2} \sum_{i=1}^{N} \sum_{t=1}^{T} W_i^{-2} S_{it}^2 \tag{4.19}$$

şeklinde hesaplanmaktadır (Mutascu, 2016). S_{it}^2 hata terimlerinin parçalı toplam karelerini, W_i^{-2} yine hata terimlerine ait uzun dönem varyanslarıdır (Hashemizadeh vd.,

2022). Lagrange Multiplier (LM) bootstrap panel uzun dönemli ilişki modeli avantajı hem yatay kesit bağımlılığına izin vermesi hem de uzun dönemli ilişkiyi paneli oluşturan tüm birimler açısından belirlemesidir (Basher ve Westerlund, 2009).

Durbin-Hausman panel eşbütünleşme modeli Westerlund (2008) tarafından geliştirilmiştir. Durbin-Hausman panel eşbütünleşme modelinde bağımlı değişkenin birinci farkında durağan ve bağımsız değişkenler ise düzey değerinde veya birinci farkında durağan olmasına izin verilmektedir (Li vd., 2020). Durbin-Hausman panel eşbütünleşme modelinde uzun dönemli ilişki hem yatay kesitler hem de panelin tamamı için ayrı ayrı test edilebilmektedir (Zhongming vd., 2019). DH grup kriterinde gecikmesi dağıtılmış modelin yatay kesitler arasında değişmesine olanak verilmektedir (Jaidane-Mazigh vd., 2019).

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_i x_{it} + z_{it} \tag{4.20}$$

$$x_{it} = \delta x_{it-1} + w_{it} \tag{4.21}$$

İkinci regresyon yardımcı regresyonlar şeklinde kurulmuş olup sabit terim bulunmamaktadır. α sabit terimi, z_{it} ve w_{it} normal dağılıma sahip hata terimlerini göstermektedir (Tong ve Yu, 2018). Durbin-Hausman panel eşbütünleşme modelini tanımlamak için ilk olarak;

$$\Delta z_{it} = \lambda \Delta F_t + \Delta \varepsilon_{it} \tag{4.22}$$

modeli tanımlanır. F_t k boyutlu ortak faktörlerin oluşturduğu vektör, λ ise faktörlere ait yüklerin oluşturduğu uyumlu vektörü ifade etmektedir (Qamruzzaman ve Wei, 2019). Δz_{it} 'nin bileşenlerinin bilinmesi halinde λ ve F_t temel bileşenler analizi ile elde edilebilir.

$$\Delta \hat{z}_{it} = \Delta y_{it} - \hat{\beta}_i \Delta x_{it} \tag{4.23}$$

Regresyonu tahmin edilir. $\hat{\beta}_i$ ifadesi bağımlı değişkenin birinci farkının, bağımsız değişkenlerin birinci farklarına regrese edilmesi ile elde edilir. ΔF_t ise $(T-1)^2$ boyutuna sahip Δz_{it}'ye ait matrisin en yüksek Eingen değeri ile uyumludur (Dong vd., 2018). ΔF_t ve $\hat{\beta}_i$ tahmin edildikten sonra hata terimlerinin birinci farkı;

$$\Delta \hat{e}_{it} = \Delta \hat{z}_{it} - \lambda_i \Delta F_{it} \tag{4.24}$$

$$\hat{e}_{it} = \sum_{j=2}^{t} \Delta \hat{e}_{ij} \tag{4.25}$$

Bu şekilde hata terimin birinci derece geçmişi ile uzun dönemli ilişki bulunup bulunmadığı test edilmektedir.

$$\hat{e}_{it} = \phi_i \hat{e}_{it-1} + \upsilon_{it} \tag{4.26}$$

Eğer $\phi_i = 1$ ise uzun dönemli ilişki bulunmaktadır. Durbin Hausman panel ve grup tahmincilerine ait test istatistiği ise;

$$DH_G = \sum_{i=1}^{n} \hat{s}_i (\tilde{\phi}_i - \hat{\phi}_i)^2 \sum_{t=2}^{T} \hat{e}_{it-1}^2 \tag{4.27}$$

$$DH_P = \hat{S}_n (\tilde{\phi}_i - \hat{\phi}_i)^2 \sum_{i=1}^{n} \sum_{t=2}^{T} \hat{e}_{it-1}^2 \tag{4.28}$$

şeklinde hesaplanmaktadır (Olowu vd., 2019). Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir. Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 4.8. Panel Eşbütünleşme Test Sonuçları

Test	Sabitli Model			Sabit+Trendli Model		
	Test İstatistiği	Asimptotik Olasılık Değeri	Bootstrap Olasılık Değeri	Test İstatistiği	Asimptotik Olasılık Değeri	Bootstrap Olasılık Değeri
Hata Düzeltme (Error Correction)						
Group_tau	-0.803	0.211	0.638	0.044	0.518	0.900
Group_alpha	0.360	0.641	0.665	-0.400	0.344	0.799
Panel_tau	-2.785	0.00***	0.278	0.230	0.591	0.841
Panel_alfa	-1.467	0.071*	0.464	-1.599	0.055*	0.667
LM bootstrap						
LM_N^+	4.215	0.408	0.00***	7.964	0.00***	0.00***
Durbin-Hausman						
DH_P	-1.933	0.027**	-	-2.230	0.013**	-
DH_G	-0.688	0.246	-	-1.484	0.069*	-

Not: Error Correction testinde Gecikme ve öncül bir olarak alınmıştır. Bootstrap olasılık değerleri 1.000 tekrarlı dağılımdan elde edilmiştir. Asimptotik olasılık değerleri, standart normal dağılımdan elde edilmiştir. *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Hata Düzeltme modeline dayalı uzun dönemli ilişki modelinde yalnızca sabitli modelde panel tau test istatistiğinin asimptotik olasılık değerine göre % 1 anlam seviyesinde ve panel alfa test istatistiğinin asimptotik olasılık değerine göre %10 anlam seviyesinde eşbütünleşme ilişkisi bulunmaktadır. Yine hata düzeltme modeline dayalı uzun dönemli ilişki modelinde sabit terimli ve trendli modelde hem asimptotik hem bootstrap olasılık değerlerine göre GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkenleri arasında uzun dönemli ilişki bulunmaktadır.

LM bootstrap eşbütünleşme modelinde ise sabitli modelde bootstrap olasılık değerine göre %1 anlam seviyesinde, sabit terimli ve trendli modelde ise hem asimptotik hem bootstrap olasılık değerlerine göre GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkenleri arasında uzun dönemli ilişki bulunmaktadır. Durbin Haussman eşbütünleşme modeline göre DH_P test istatistiğinin sabitli ve sabit+trendli modelde %5 anlam seviyesinde, DH_G test istatistiğinin sabitli ve trendli modelinde %10 anlam seviyesinde GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişkenleri arasında uzun dönemli ilişki bulunmaktadır.

Panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde $\phi_{1i}\hat{\varepsilon}_{it-1}$ ve $\phi_{2i}\hat{\varepsilon}_{it-1}$ hata düzeltme parametreleri; $\Delta \ln GDP = \delta_{1i} + \sum_{p=1}^{k} \delta_{11ip} \Delta \ln GDP_{it-p} + \sum_{p=1}^{k} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} + \phi_{1i}\hat{\varepsilon}_{it-1} + \nu_{1it}$ (4.29)

$$\Delta HE = \delta_{2i} + \sum_{p=1}^{k} \delta_{21ip} \Delta HE_{it-p} + \sum_{p=1}^{k} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} + \phi_{2i}\hat{\varepsilon}_{it-1} + \nu_{2it} \quad (4.30)$$

regresyonları kurulur. Kısa panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde, panel vektör otoregresyon (PVAR) modeline hata düzeltme parametresinin konulması ile panel hata düzeltme modeli (PVEC) kurulmaktadır.

İlk panel eşbütünleşme (PVEC) modelinde kısa dönemde sıfır hipotezi $\sum_{p=1}^{k} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} = 0$ ve uzun dönemde $\phi_{1i}\hat{\varepsilon}_{it-1} = 0$ "sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru Granger nedensellik yoktur" hipotezini test etmektedir. Yine ilk panel eşbütünleşme (PVEC) modelinde kısa dönemde alternatif hipotez $\sum_{p=1}^{k} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} \neq 0$ ve uzun dönemde $\phi_{1i}\hat{\varepsilon}_{it-1} \neq 0$ "sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru Granger nedensellik vardır" hipotezini test eder.

İkinci panel eşbütünleşme (PVEC) modelinde kısa dönemde sıfır hipotezi $\sum_{p=1}^{k} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} = 0$ ve uzun dönemde $\phi_{2i}\hat{\varepsilon}_{it-1} = 0$ "GSYİH'dan sağlık harcamalarının GSYİH'ye doğru Granger nedensellik yoktur" hipotezini test eder. Yine ilk panel eşbütünleşme (PVEC) modelinde kısa dönemde alternatif hipotez $\sum_{p=1}^{k} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} \neq 0$ ve uzun dönemde $\phi_{2i}\hat{\varepsilon}_{it-1} \neq 0$ "GSYİH'dan sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına doğru Granger nedensellik vardır" hipotezini test etmektedir. Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir.

Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 4.9. Kısa ve Uzun Dönem Nedensellik Analizi Sonuçları

	Kısa Dönem (PVAR) Nedensellik		Uzun Dönem (PVEC) Nedensellik
	Δ (lnGDP)	Δ (HE)	ECT(-1)
Δ (lnGDP)	-	5.113 (0.163)	-0.148 [-6.876]***
Δ (HE)	1.585 (0.662)	-	0.864 [5.993]****

Not: () olasılık, [] t istatistiklerini göstermektedir. *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Kısa dönemde GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında nedensellik bulunmamaktadır. Uzun dönemde ise GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında karşılıklı olarak %1 anlam seviyesinde Granger nedensellik bulunmaktadır.

Tablo 4.9'da elde edilen sonuçlar iktisadi olarak yorumlamak gerekirse, kısa dönemde ekonomideki büyüme sağlık harcamalarını etkilemez iken, sağlık harcamalarındaki nispi büyüme de ekonomik büyüme üzerinde etkili olmadığı görülmektedir. Bu durum teorik çerçevede çizilen senaryo ile benzeşmektedir. Zira sağlık harcamalarındaki artış ekonomiyi iki yoldan etkilediği, beşeri sermayenin gelişmesi şeklinde ortaya çıkan sağlık harcamalarının sonuçlarının ekonomik büyümeyi bu yoldan etkilediği belirtilmişti. Beşeri sermaye kanalından devam eden sürecin kısa dönemde çıkmayacağı, çünkü etkinin uzun bir süreç gerektirdiği vurgulanmalıdır. Bu durumda iki değişken arasındaki etkileşim ancak uzun dönemde ortaya çıkacaktır.

Panel eşbütünleşme analizi sonrasında vektör otoregresyon süreci incelenmelidir. Panel vektör otoregresyon (PVAR) ile panel hata düzeltme modelleri (PVEC) paneli oluşturan ülkelerin bir bütün halinde değişkenler arasında nedensellik olup olmadığı incelenmektedir. Yatay kesit bazında nedensellik testi için Emirmahmutoglu ve Köse (2011) tarafından önerilen ve her bir yatay kesit için nedensellik inceleyen panel vektör otoregresyon modeline dayalı Granger nedensellik testi yapılabilmektedir.

Panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde olmak üzere;

$$\Delta \ln GDP = \delta_{1i} + \sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{11ip} \Delta \ln GDP_{it-p} + \sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} + \nu_{1it} \quad (4.31)$$

$$\Delta HE = \delta_{2i} + \sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{21ip} \Delta HE_{it-p} + \sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} + \nu_{2it} \quad (4.32)$$

k panel vektör otoregresyon modelinden elde edilen otokorelasyonun olmadığı optimal gecikme uzunluğunu, d_{max} maksimum durağanlık ve bütünleşme derecelerini göstermektedir. İlk panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde sıfır hipotezi $\sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} = 0$ "sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru Granger nedensellik yoktur" hipotezini test etmektedir. Yine ilk panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde alternatif hipotez $\sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{12ip} \Delta HE_{it-p} \neq 0$ "sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru Granger nedensellik vardır" hipotezini test etmektedir.

İkinci panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde sıfır hipotezi $\sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} = 0$ "GSYİH'dan sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına doğru Granger nedensellik yoktur" hipotezini test etmektedir. Yine panel vektör otoregresyon (PVAR) modelinde alternatif hipotez $\sum_{p=1}^{k+d_{\max}} \delta_{22ip} \Delta \ln GDP_{it-p} \neq 0$ "GSYİH'den sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına doğru Granger nedensellik vardır" hipotezini test etmektedir.

Karar verirken daha kullanışlı olması nedeniyle olasılık değerleri tercih edilmektedir. Olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha küçük ise alternatif hipotez kabul edilmektedir. Tam tersi durumda ise olasılık değerleri %1 (0.01), %5 (0.05) ve %10 (0.1) anlam seviyesinde daha büyük ise sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 4.10. Ülke Bazında Nedensellik Testi Sonuçları

Ülke	Gecikme Uzunluğu	lnGDP≠>HE	Olasılık Değeri	HE≠>lnGDP	Olasılık Değeri
Almanya	1	0.693468	0.404987	0.045915	0.830330
ABD	2	4.386412	0.111559	7.303545	0.025945**
Arjantin	3	7.522521	0.056983*	3.148828	0.369243
Avustralya	2	0.317057	0.853399	1.639636	0.440512
Birleşik Krallık	1	0.007381	0.931535	0.067722	0.794682
Brezilya	1	0.055130	0.814365	0.000646	0.979716
Çin	3	6.694184	0.082311*	4.265053	0.234229
Endonezya	3	5.496930	0.138822	6.751565	0.080252*
Fransa	3	1.535841	0.674023	9.845222	0.019929**
Güney Afrika	3	2.520925	0.471521	15.60133	0.001369***
Hindistan	1	0.951979	0.329216	0.037143	0.847174
İtalya	3	0.940503	0.815644	3.664371	0.300061
Japonya	3	2.253906	0.521409	3.526358	0.317360
Kore	2	1.530113	0.465308	0.786797	0.674760
Kanada	3	2.484115	0.478169	22.45587	0.00***
Meksika	3	3.050880	0.383847	1.611648	0.656752
Rusya	1	0.938715	0.332609	0.350329	0.553927
Suudi Arabistan	1	0.006558	0.935458	0.112996	0.736759
Türkiye	2	2.000861	0.367721	0.598009	0.741556
Fisher		37.218	0.505	69.540	0.00***

Not: *, ** ve *** ifadeleri sırasıyla %10, %5 ve %1 anlam seviyelerinde H_1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Emirmahmutoğlu ve Köse (2011) tarafından geliştirilen panel VAR temelli nedensellik analizi sonuçları tablo 4.10'da özetlenmektedir. Bu nedensellik analizi metodunun avantajı diğer panel nedensellik analizlerinden farklı olarak ülke grubuna bir bütün olarak baktığı gibi ülke bazında da sonuçlar verebilmesidir. Öncelikle ülke grubunun tamamı için nedenselliklerin varlıkları değerlendirilmektedir. Sonuçlar GSYİH değişkeni ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin tek yönlü ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru olduğu, yani sağlık harcamaları nispi olarak arttığında bunun ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkileyeceğini göstermektedir.

Zira GSYİH sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına doğru nedensellik testi için Fisher test istatistiği %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinden büyük olduğu için Granger nedensellik bulunmamaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru nedensellik testi için Fisher test istatistiği %1 anlam seviyesinden küçük olduğu için %1 anlam seviyesinde nedensellik bulunmaktadır.

Ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru ilişki ancak Çin ve Arjantin'de ortaya çıkmaktadır ve bu ilişkinin istatistiki olarak anlamlılık seviyesi her iki ülkede de %10 olup istatistiki anlamlılık seviyesi oldukça düşüktür. Bu nedenle genel bir sonuç olarak değerlendirilmesi gerekmemektedir.

Öte yandan Amerika Birleşik Devletleri'nde %5 anlam seviyesinde, Endonezya'da %10 anlam seviyesinde, Fransa'da %5 anlam seviyesinde, Güney Afrika ve Kanada'da %1 anlam seviyesinde sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranından GSYİH'ye doğru Granger nedensellik bulunmaktadır. Yani ülke grubu için bir bütün olarak anlamlı olan nedensellik bu ülke grupları için farklı anlamlılık seviyelerinde geçerlidir. Ülkeler arasında anlamlılık seviyelerinde farklılıklar ya da anlamlı sonuçların elde edildiği ülkeler ile edilmeyen ülkeler arasında sağlık politikaları açısından farklılıklar bulunduğu için meydana gelebilir. Dahası ülkelerin gelir seviyelerine oranla sağlık sistemine ayırdıkları bütçe, politika çerçevesinde, ekonomik büyümenin temelini teşkil edecek sektör farklılıklarından dolayı değişiklik gösterebilir. Bu nedenle de ülke grubu içerisinde farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir.

4.4. Bölüm Değerlendirmesi

Bu bölümde ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki etkileşim ya da ilişki ekonometrik yöntemler kullanmak suretiyle incelenmiştir. Analiz yapılmadan önce teorik olarak iki değişken arasındaki muhtemel ilişki seti özetlenmiştir. Sonrasında ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi test edebilmek için kullanılacak değişkenler, ele alınacak ülke grubu ve bu ülke grubuna ait seriler tanımlanmıştır.

Ampirik analiz kısmında panel veri analizi ile ilgili son dönemde ortaya çıkan gelişmeler ışığında geliştirilen ekonometrik yöntemler kullanılarak birim kök, homojenite ve yatay kesit bağımlılıkları test edilmiştir. Elde edilen birim kök, homojenite ve yatay kesit bağımlılıkları ikinci nesil panel eşbütünleşme analizlerinin kullanılmasını gerektirmiştir.

Serilerin tüm bu problemlerden arındırılması ile uygulanan eşbütünleşme test sonuçları değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. İktisadi olarak değerlendirildiğinde iki değişken arasında etkileşimin uzun dönemde

gerçekleşmesinin beklenen olduğu düşünüldüğünde sonucun iktisadi olarak da anlamlı olduğu söylenebilir.

Eşbütünleşme analizinin ikinci aşamasında kısa ve uzun dönem nedensellik ilişkileri incelenmiştir. Bu sonuçlara göre kısa dönemde GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında nedensellik bulunmamaktadır. Uzun dönemde ise GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında karşılıklı olarak %1 anlam seviyesinde Granger nedensellik bulunmaktadır. Bu sonucun da iktisadi olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Ülke bazlı nedensellik analizine izin veren Emirmahmutoğlu ve Köse tarafından geliştirilen nedensellik analizi uygulanmış ve sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre nedensellik sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğrudur ve bu sonuç ülke grubu için geçerli iken ancak Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Güney Afrika, Kanada ve Endonezya için ülke bazında anlamlıdır. Bu durum ülkeler arasında sağlık politikaları farklılıklarından ya da ülkelerin gelişmişlik düzeyindeki farklılıktan ortaya çıktığı söylenebilir.

Son olarak şimdiye kadar elde edilen sonuçlara göre nedensellik sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru çıkarken, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru bir nedenselliğin çıkmaması dikkat çekicidir. Teorik olarak gelir arttıkça tıbbi hizmetlere yönelik talebin artacağını, ekonomideki büyüme ile de bütçe içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan kısmın artması demek olacaktır. Fakat ilişkinin çıkmaması, araştırılması gereken bir durumdur.

SONUÇ

Ekonomi biliminin cevaplamaya çalıştığı temel sorulardan bir tanesi ekonomik büyümenin temelinde hangi faktörlerin olduğudur. Ekonomik büyüme konusunda her iktisat okulunun farklı fikirlerinin olduğu, ekonomik büyüme kitaplarında sıkça anlatılmaktadır. Bununla birlikte ilk baştan itibaren konu ile ilgili fikir birliğinin oluştuğunu söylemek zordur.

Zenginliğin kaynağı olarak kıymetli madenleri gören Merkantalistler sonrasında tarımın ekonomik büyümedeki rolüne önem veren Fizyokratlar hâkim görüş olarak benimsenmiştir. Klasik iktisat akımının ortaya çıkması ile birlikte piyasanın tam istihdama kendiliğinden ulaşacağı kabul edilmiş, ülkelerin uluslararası ticaret ile zenginleşeceği bu yüzden dış ticaret serbestleşmesi gerektiğini iddia etmişlerdir.

Ekonominin büyümesinde etkili olan faktörün, diğer her şey sabitken, sermaye artışı olduğu vurgulanırken sermaye artışı ile ilgili detaylar verilmemiştir. Keynesyen devrim sonrasında işgücü ve sabit sermaye yatırımları denklem içerisinde iken teknolojik gelişimi ve işgücünün verimliliği ile ilgili görüşlerinde önemli bir değişim görülmemiştir. Solow modeli olarak da bilinen ekonomik büyüme modeli de ekonomik büyümenin bir nedeni olarak teknolojik gelişmeyi belirlerken teknolojik gelişmeyi içselleştirememiştir.

İlerleyen yıllarda ortaya atılan ekonomik büyüme modelleri artık büyümenin kaynaklarını farklı yerlerde ararken, diğer büyüme modellerinden farklı olarak, bu faktörleri içselleştirmeye çalışmışlardır. Bu noktada beşerî sermayenin önemine atıfta bulunan çok sayıda model önerisi gelmiştir.

İçsel büyüme modelleri beşerî sermayenin ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki önemini vurgulamaktadır. Beşeri sermaye üzerinden de sağlığın ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki etkisini izah etmektedir. Şöyle ki, sağlık ekonomik kalkınmanın önemli bir belirleyicisidir; sağlıklı bir nüfus, daha yüksek üretkenlik, dolayısıyla kişi başına daha yüksek gelir anlamına gelmektedir. Bu durumda beşeri sermayenin ekonomik büyümedeki yeri önemsenemeyecek kadar büyüktür. Çünkü o, ekonomik kalkınma için bir katalizör görevi görmektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik kalkınmaya katkısı, Mushkin tarafından ortaya atılan sağlık odaklı büyüme hipotezi (health led growth hypothesis) yardımı ile açıklanmaktadır. Bu hipotez sağlığı sermaye olarak görmektedir; bu nedenle sağlığa yapılan yatırımlar, emek üretkenliğinde artışa, dolayısıyla gelirlerde de artışa ve ardından nüfusun refahında artışa yol açacaktır. Bireyler sağlıklı oldukça üretkenlikleri de artacaktır. Bu da birim başına daha fazla çıktı anlamına gelmektedir ki sonunda ekonomik büyüme ortaya çıkacaktır.

Sağlık odaklı büyüme hipotezini farklı yönlerden izah etmek mümkündür. Örneğin, işgücü sağlıklı olduğunda, uzun vadeli bir yaşam beklentisi içerisine girdiklerinden yeni beceriler edinmeye ve bilgi seviyelerini yükseltmeye yönelik istekleri daha fazla olacaktır. Bununla birlikte, işgücü, sağlığı kötü olan işçiler tarafından oluşturulduğunda, üretkenlik düşecektir. Zira işçinin sağlığı ile üretkenliği arasında pozitif bir etkileşim bulunmaktadır. Böylece ekonomik büyümeyi desteklemek amacı ile sağlık şartlarının iyileştirilmesi önem arz etmektedir. Sonuç olarak sağlık şartlarındaki iyileşme ekonomik büyüme olarak geri dönecektir.

İktisat alanında araştırma yapan araştırmacıların cevaplamaya çalıştığı, dünya üzerindeki gelişmiş farklılıklarının nasıl gerçekleştiği, ülkeler arasındaki gelir farklılıklarının nasıl meydana geldiği konularındaki sorularının cevaplarından bir tanesi de sağlığın ekonomik büyümedeki rolüdür. Zira yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki ekonomik büyümedeki farklılıklarının önemli bir kısmı sağlık sorunlarına ve düşük yaşam beklentisine bağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Her nüfusun ekonomik refahı, teknolojideki değişimle iyileştirilmektedir ve bu değişimin bir kısmı tıp bilimindeki gelişmelerden kaynaklanmaktadır.

Yirminci yüzyılda tıp bilimi ve sağlık teknolojisindeki gelişmelerle birlikte ortalama yaşam süresi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmıştır. Daha iyi beslenme, sağlık sorunları hakkında farkındalık, iyi sanitasyon koşulları, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ve halk sağlığı altyapısının güçlendirilmesi gibi faktörler, insan ömrünün giderek artmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler, beşerî sermaye birikimini etkileyerek ekonomik büyümeyi ve klasik büyüme modellerindeki durağan durum oranını etkilemiş olabilir.

Sağlık koşullarındaki iyileşmenin ekonomik büyüme üzerindeki ilişkisini açıklamak için aynı zamanda sermaye oluşumundan da bahsetmek mümkündür. Şöyle ki, üretim sürecinde kullanılabilecek sermaye birikimi daha iyi sağlık şartları oluştuğunda meydana gelecek olan tasarruf artışı ile hızlanacaktır. Bu durumda sağlık şartlarındaki iyileşmenin ekonomik büyümeyi dolaylı olarak da olsa olumlu etkilediğini göstermektedir.

Tüm bu anlatılan ilişkilerin içsel büyüme modellerinde beşeri sermaye düzeyini açıklarken sağlık durumuna ve dolayısıyla sağlık harcamalarını dikkate alan modeller üretildiği görülmektedir. Literatürde önceki çalışmaların sağlık faktörünün büyümeyi daha çok harcamalar üzerinden ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğunu iddia ederken son dönemde yapılan çalışmalar ile sağlık faktörünün beşeri sermaye üzerinden de etkileyebileceği fikri ortaya atılmıştır. Bu durumda ilişki daha dolaylı olurken etki gecikmeli olsa da farklı kanallardan geldiğinden daha etkili olacaktır.

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenirken ilişkinin varlığı ya da şiddeti ülkeler için farklılık gösterebilecektir. Zira gelişmişlik seviyesinin yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış ekonomiyi daha az büyütebilecek ve böylece daha az etkin olurken, gelişmekte olan ülkelerde başlangıç seviyesinin daha geride olması nedeni ile benzer bir harcamanın ekonomik büyüme performansına katkısı daha yüksek olacaktır. Bu çalışmada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin oluşturduğu G-20 ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi hem grup olarak hem de bireysel anlamda ölçülmesi ilişkinin anlaşılması adına faydalı olacaktır.

G-20 ülkeleri içerisinde Almanya, ABD, Arjantin, Avustralya, Birleşik Krallık, Brezilya, Çin, Endonezya, Fransa, Güney Afrika, Hindistan, İtalya, Japonya, Güney Kore, Kanada, Meksika, Rusya Federasyonu, Suudi Arabistan ve Türkiye'nin bulunduğu görülmektedir. Bu ülkeler arasında Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş, Meksika gibi ise gelişmekte olan ülkelerden oluşmaktadır.

Böylesi geniş bir ülke grubundan oluşan örneklemin sağlıklı bir şekilde test edilebilmesi için yatay kesit bağımlılığı, homojenite ve heteroskedastisite gibi problemlerin test edilmesi ve varlıkları halinde çözümlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle analiz içerisine yatay kesit bağımlılıkları, homojenite testleri uygulanmıştır. Sonrasında

eşbütünleşme, hata düzeltme modeli, nedensellik ve son olarak da Emirmahmutoğlu ve Köse tarafından geliştirilen ülke bazlı sonuçları özetleyebilen nedensellik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

2000 – 2019 yılları arasında kalan dönemde ele alınan ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki etkileşim incelenmiştir. Serilerin tüm bu problemlerden arındırılması ile uygulanan eş-bütünleşme test sonuçları değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. İktisadi olarak değerlendirildiğinde iki değişken arasında etkileşimin uzun dönemde gerçekleşmesinin beklenen olduğu düşünüldüğünde sonucun iktisadi olarak da anlamlı olduğu söylenebilir.

Eşbütünleşme analizinin ikinci aşamasında kısa ve uzun dönem nedensellik ilişkileri incelenmiştir. Bu sonuçlara göre kısa dönemde GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında nedensellik bulunmamaktadır. Uzun dönemde ise GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arasında karşılıklı olarak %1 anlam seviyesinde Granger nedensellik bulunmaktadır. Bu sonucun da iktisadi olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Son olarak ülke bazlı nedensellik analizine izin veren Emirmahmutoğlu ve Köse tarafından geliştirilen nedensellik analizi uygulanmış ve sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre nedensellik sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğrudur ve bu sonuç ülke grubu için geçerli iken ancak Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Güney Afrika, Kanada ve Endonezya için ülke bazında anlamlıdır. Bu durum ülkeler arasında sağlık politikaları farklılıklarından ya da ülkelerin gelişmişlik düzeyindeki farklılıktan ortaya çıktığı söylenebilir.

Elde edilen sonuçlar gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde uzun dönemde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde, ilerleyen dönemlerde daha etkin olacağını göstermektedir. Bu durum politika yapıcıları için sağlık harcamalarını daha uzun vadeli bir politika arası görmesine neden olacaktır. Kısa vadede çarpan mekanizması ile ekonomi üzerinde genişletici bir etki yaparken bu göz ardı edilebilir. Fakat uzun dönemde üretkenlik, işgücüne katılım seviyesi, işgücünün kalitesi gibi nedenlerden dolayı ekonomi sağlık harcamaları sonrasında daha belirgin bir şekilde büyümektedir. Sonuçlar bunu desteklemektedir.

Diğer yandan, şimdiye kadar elde edilen sonuçlara göre nedensellik sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru çıkarken ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru bir nedenselliğin çıkmaması dikkat çekicidir. Ülke bazlı analizlerde de sadece iki ülke için %10 gibi anlamlılık seviyesinde nedensellik görülmektedir. Teorik olarak gelir arttıkça tıbbi hizmetlere yönelik talebin artacağını, ekonomideki büyüme ile de bütçe içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan kısmın artacağı beklenmektedir. Fakat ilişkinin çıkmaması, bu teorik beklentileri karşılamamaktadır. Dahası ülke grubu içerisinde farklı kültürel ve ekonomik yapılarda ülkeler var iken ve farklı sosyalite anlayışına sahip yönetimler tarafından yönetiliyor olmalarına rağmen ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını etkilememesi farklı bir çalışmanın konusu olabilir.

Sağlık harcamalarının gerek kamu gerekse özel sektör tarafından yapılıyor olması ekonomi üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Bu ekonomik olarak önemli bir bulgudur ve uzun dönemli sağlık yatırımlarının ekonomi üzerinde etkili olacağını göstermektedir. Bu sonuç sadece ekonomik olarak değil, aynı zamanda politika bağlamında da konuşulması gerekmektedir. Buna bir örnek olarak pandemi döneminde ortaya çıkan hastane ve yatak problemi örnek verilebilir. Sağlık sorunlarının çözülmesinde hastane yatırımlarının uzun dönemde etkili olduğu söylenebilirken, pandemi uzun döneme gerek kalmadan etkisini gösterdiğine çok istisna da olsa örnek gösterilebilir.

Sonuç olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin daha fazla olabilmesi için; yapılan sağlık harcamaları ile sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine ulaşılmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin dünya standartlarında olması için AR-GE yatırımlarına ağırlık verilmesi, hastalıklardan koruyucu sağlık politikalarının uygulanması ve yaygınlaşması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçların kullanımında maliyetlerin azaltılması ve yerli üretimin artması, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin artırılmasında gerekli alt yapının ve personel istihdamının oluşturulması sağlık politikalarının belirlenmesinde uluslararası kurum ve kuruluşlarla ortak çalışmaların yoğunlaşması gibi politikaların gerçekleşmesinin ülkeler açısından olumlu sonuçlar doğurması söylenilebilir.

KAYNAKÇA

Aboubacar, B., D.Y. Xu, "The Impact of Health Expenditure on The Economic Growth in Sub-Saharan Africa", *Theoretical Economics Letters*, 2017, 7(3), ss.615-622.

Aghion, P., G. M., Angeletos, vd. ….. "Volatility and Growth: Credit Constraints and The Composition of Innvestment", Journal of Monetary Economics, 2010, 57(3), ss.246-265.

Ak, R., "The Relationship Between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case", *International Journal Business Management Economic Research (IJBMER)*, 2012, 3(1), ss. 404-409.

Akalın, B., Ü., Veranyurt, "Sağlık Hizmetleri ve Yönetiminde Yapay Zekâ" . *Acta Infologica*, 2021, 5 (1) , ss.231-240.

Akar, S. "Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 2014, 21(1), ss.311-322.

Akdur, R., (2006) Sağlık Sektörü; Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, (2.Baskı), ISBN: 975-482-729-X, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara.

Akın, C. S., (2007) *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, (Yayımlanmamış yüksek lisans Tezi) Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilimdalı, Adana.

Akıncı, A., G., Tuncer, "Türkiye'de Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki", *Sayıştay Dergisi*, 2016, Temmuz-Eylül, (102), ss. 47-61,

Akram, N., "Short Run and Long Run Dynamics of Impact of Health Status on Economic Growth Evidence From Pakistan", *Munich Personal RePEc Archive (MPRA)*, 2009, (15454), ss. 1-21.

Alpugan, O., "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası (Ord. Prof. Şükrü Baban'a Armağan)*, 1984, (40), ss.133-160.

Altay, A., "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, 2007, (64), ss. 33-58.

Altıntaş, T., (2012) *Türkiye ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle Karşılaştırılması*, (Yayınlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, İstanbul (Türkiye).

Altunöz, U., "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme İle İlişkisinin OECD Ülkeleri İçin Analizi", *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2020, (12), ss. 85-105.

Anderson G. ve Hussey P. S., "Comparing Health Systems Performance in OECD Countries", *Health Affairs*, 2001, (20/3).

Arı, H.O., (2018), Türkiye'de Sağlık Harcamaları Ulusal Sağlık Sonuçlarının Genel Değerlendirilmesi 1999-2016, TÜSPE Analiz; 2018/4, TÜSPE Yayınları, Ankara.

Arslan, A., (2022) *Sağlık Harcamalarının Sağlık Göstergeleri Üzerine Etkisinin Panel Veri Analizi: OECD Ülkeleri Örneği*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilimdalı, İzmir (Türkiye).

Arslan, G.E., "Ekonomik Büyüme, Kalkınma ve Gelir Dağılımı" *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2013, 6/2, ss.45-52.

Arslan, İ., M.V. Eren, vd. …. ''Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Asimetrik Nedensellik Analizi'', *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2016, 31(2), ss. 287- 310.

Aslanidis, N., S. Fountas, "Is Real GDP Stationary? Evidence from a Panel Unit Root Test With Cross-Sectional Dependence and Historical Data", *Empirical Economics*, 2014, 46 (1), ss.101-108.

Atabey, S. E., (2020), Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, (4.Baskı), Gazi Kitabevi, Ankara (Türkiye).

Atabey, S. E., M. Meriç, "Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi", *Sosyoekonomi Dergisi*, 2016, 24(29), ss.113-131.

Atılgan, D., (2023) *Sağlık Harcamalarının Belirlenmesinde Sosyo-Ekonomik Unsurların Etkileri: Türkiye ve Seçilmiş AB Ülkeleri Üzerine Panel Veri Analizi*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Kahramanmaraş (Türkiye).

Atılgan, E., D. Kılıç, vd. …. "The dynamic relationship between health expenditure and economic growth: is the health-led growth hypothesis valid for Turkey?", *The European Journal of Health Economics*, 2016, 18(5), ss.567–574.

Atlı, Y., N. Yücel, "Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü" *Fırat Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2018, 2(2), ss.45-64.

Atun, R. A., S. Fitzpatrick, "Advancing Economic Growth: Investing in Health", *A Summary of the Issues Discussed, Chatham House Conference Royal Institute of International Affairs*, 2005, ss.1-28.

Aurangzeb, A. Z., "Relationship Between Health Expenditure and GDP in an Augmented Solow Growth Model for Pakistan: An Application of Co-integration and Error-Correction Modeling", *Lahora Journal of Economics*, 2003, 8(2), ss.1-18.

Avcı, H. C., (2019) *Sağlığın İktisadi Büyümeye Etkisi: Türkiye İçin Üretim Fonksiyonu Yaklaşımı*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Ankara (Türkiye).

Aydın, A., "Avrupa Ülkelerinde Kişi Başına Millî Geliri Etkileyen Faktörlerin Yatay Kesit Yöntemiyle Analizi", *Kuram ve Uygulamada Sosyal Bilimler Dergisi*, 2022, 6 (1), ss.26-38.

Aydın, J. C., (2021) *Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: OECD Ülkelerine Yönelik Kümeleme ve Panel Veri Analizi*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Ankara (Türkiye).

Bai, J., Ng, S. “A Panic Attack on Unit Roots and Cointegration”, *Econometrica*, 2004, 72(4), ss.1127-1177.

Baird, S., J., Friedman, vd. ….. “Aggregate Income Shocks and Infant Mortality in the Developing World", *The Review of Economics and Statistics, MIT Press,* 2011, 93(3), ss.847-856.

Bakare, A.S., S. Olubokun, “Health Expenditure and Economic Growth in Nigeria: An Empirical Study”, *J. Emerg. Trend Econ. Manage. Sci*., 2011, 2(2), ss.83-87.

Bakır, Z. S., Şahin, S. Ç. ”Davranışsal İktisat Perspektifinden Emek Arzı Analizi”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2022, 9(3), ss. 1901-1919.

Bakış, O., Jobert, T. vd. … “Kamu Harcamaları ve Büyüme, Zaman Serileri Analizi”. *Ed. Kamu Harcamalarının Bileşiminin Büyüme ve Refah Etkileri, Bahçeşehir Üniversitesi Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi (BETAM)*, 2008, ss. 81-104.

Balmumcu, Ö., Bozkurt, K. “Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme; Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Bir Panel Veri Analizi”, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi (Prof. Dr. Harun TERZİ Özel Sayısı)*, 2018, ss.391-406.

Baltagi, B. H., F. Moscone, “Health Care Expenditure and Incame İn The OECD Reconsidered: Evidence From Panel Data”, *Discussion Paper*, 2010, No:4851, March, IZA, P.O. Box 7240, 53072, ss. 1-22.

Barros, P. P., “The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants”, *Health Economics*. 1998, 7, ss.533-544.

Basher, S. A., J. Westerlund, “Panel Cointegration and the Monetary Exchange Rate Model”. *Economic Modelling*, 2009, 26(2), ss.506-513.

Başer, E. (2017). *Sağlık Harcamaları Üzerine Ekonometrik Yaklaşımlar* (Yayımlanmamış doktora tezi) Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Ankara (Türkiye).

Başkurt, İ. "Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları (Psiko-Sosyal Bir Yaklaşım)", *Journal of Istanbul University Faculty of Theology* , 2003, 8, ss.73-114.

Bedir. S., "Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries", *Advances in Economics and Business*, 2016, 4(2), ss.76-86.

Bhargava, A., D.T. Jamison, vd. .... "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *GPE Discussion Paper Series*, 2000, 33, ss.1-33.

Binay, M., "OECD Ülkelerinde Sağlik Harcamalari Ekonomik Büyüme İlişkisi". *Sosyal Güvence Dergisi*, 2020, (17), ss.195-208.

Bloom, D. E., Canning, D., "The Health and Wealth of Nations", *Science's Compas, Policy Forum: Public Health*, 2000, 287, ss.1207-1209.

Bloom, D.E., Canning, D., vd. .... (2001). "The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence", *National Bureau of Economic Research Working Paper*, 2001, No: 8587, ss. 1-26.

Boz, C., P. D. H. Sur, "Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılık Analizi", *Sosyal Güvence* , 2016, 0 (9) , ss. 23-46.

Brempong, K., G., M. Wilson, "Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries", *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 2004, Vol: 44, ss. 296-320.

Breusch, T., A. Pagan, , "The Lagrange Multiplier Test and Its Application to Model Specification in Econometrics", *Rev. Econ. Stud*., 1980, 47, ss. 239–253.

Chaabouni, S., C. Abednnadher, "The Determinants of Health Expenditures in Tunisia: An ARDL Bounds Testing Approach", *International Journal of Information Systems in the Service Sector (IJISSS)*, 2010, 6(4), ss.60-72.

Chakraborty, S., "Endogenous Lifetime and Economic Growth", *Journal of Economic Theory*, 2004, Vol:116, ss. 119-137.

Cheng, K. M., Durmaz, vd. …. "Hysteresis vs. Natural Rate of US Unemployment", *Economic Modelling*, 2012, 29(2), ss. 428-434.

Costantini, M., C. Lupi, (2013). "A Simple Panel- CADF Test for Unit Roots", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 2013, 75(2), 276-296.

Culyer, A. J., J. P. Newhouse (2000), Introduction: The State and Scope of Health Economics, in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (ed.), Handbook of Health Economics, Amsterdam, Elsevier, aktaran, Çalışkan, Z., "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2008, Cilt: 26, Sayı: 2, ss.29-50.

Çalışkan, G., Y. Sanisoğlu, "Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Dinamik Panel Veri Analizi ile İncelenmesi", *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 2022, (35) , ss.1-16.

Çalışkan, Z., "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2008, Cilt: 26, Sayı: 2, ss.29-50.

Çelik, A., "G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Analizi", Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 2020, Cilt:27 Sayı:1, ss.1-20.

Çelik, Y., "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011, Cilt:1, Sayı:11, ss.62-81.

Çelik, Y. (2019), Sağlık Ekonomisi, (4. Baskı), ISBN No: 978-605-5782-79-5, Siyasal Kitabevi, Eylül, Ankara.

Çelikay, F., E. Gümüş, "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2011, 66(3), ss.55-92.

Çetin, M., E. Ecevit, (2010). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2010, 11(5), ss: 166-182.

Çinar, İ., (2021) *Kamu Sağlık Harcamalarının Özel Sektör Sağlık Harcamalarına Yönelik Dışlama ve Destekleme Etkisi*, (Yayımlanmamış doktora tezi) Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir (Türkiye).

Çoban, H. (2009) *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Yayımlanmış doktora tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir (Türkiye).

Daştan, İ., V. Çetinkaya, "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2015, 5 (1) , ss.104-134 .

Djafar, F., D. H. Husaini, "The Nexus Between Health And Economic Growth In Selected Asian Countries", *International Journal of Business and Society*, 2011, 12(2), ss. 109-126.

Dong, K., R. Sun, vd. …. "Energy Intensity and Energy Conservation Potential in China: A Regional Comparison Perspective", *Energy*, 2018, 155, ss.782-795.

Dormont, B., M. Oliveira, vd. ….. "Health Expenditures, Longevity and Growth", *Florian and Suhrcke, Marc, Health Expenditures, Longevity and Growth*, 2008, ss.1-98.

Dreger, C., H. E. Reimers, "Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root And Cointegration Analysis", *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, 2005, 2/2, ss.5-10.

Dursun, G., Z. Yeşilmen, "Türkiye'de Yüksek Eğitim, Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Dinamik İlişkinin Analizi", *Journal Of Yasar University*, 2021, 16/61, ss.434-454.

Eggoh, J., H. Houeninvo, (2015). "Education, Health and Economic Growth in African Countries", *Journal of Economic Development*, 2015, 40(1), 93-111.

Eickmeier, S., "Comovements and Heterogeneity in The Euro Area Analyzed in A Non-Stationary Dynamic Factor Model", *Journal of Applied Econometrics*, 2009, 24(6), ss.933-959.

Ekinci, G. (2019) *Sağlıkta Araştırma ve Geliştirme Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Türkiye Üzerine Ampirik Bir Araştırma*, (Yayımlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Programı, İstanbul (Türkiye).

Elbarbary, M., "Health technology assessment (HTA) in cardiac field", *Journal of the Saudi Heart Association*, 2010, 22(2), ss.77–84., aktaran, Allen, N., Pichler, F., Wang, T., Patel, S. ve Salek, S. (2013). Development of archetypes for non-ranking classification and comparison of European National Health Technology Assessment Systems. Health Policy, aktaran, Yiğit, A., R. Erdem, "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, (23), ss.215-249.

Elmi, M. Z., S. Sadeghi, "Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality", *Middle-East Journal of Scientific Research*, 2012, 12 (1), ss. 88-91.

Emirmahmutoğlu, F., N. Köse, "Testing for Granger Causality in Heterogeneous Mixed Panels", *Economic Modelling*, 2011, 28(3), ss.70-876.

Ersöz, F., "Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi", *İstatistikçiler Dergisi*, 2008, 2, ss.95-104.

Erten, Z., (2016) *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, aktaran, Ata, A. Y., A. Eryer, "Sağlık Statüsü Üzerinde Sağlık Harcamaları Ve Gelir Dağılımının Etkisi: MINT Ülkeleri Üzerine Bir İnceleme", *Karadeniz Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2021, 2 (2) , ss.32-49

Fazaeli, A. A., H. Ghaderi, vd. ….. "Health Care Expenditure and GDP in Oil Exporting Countries: Evidence From OPEC Data, 1995-2012", *Global Journal of Health Science*, 2016, 8(2), ss.93-98.

Garcia-Cintado, A. C., D. Romero-Avila, vd. …. "A PANIC Analysis on Regional and Sectoral Inflation: The Spanish Case", *Applied Economics*, 2015, 47(44), ss.4685-4713.

Genç, M. C., "Türkiye'de Sağlık ve Verimlilik Arasındaki İlişki: Nedensellik Analizi", *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2015, 10/ (4) , ss.56-67 .

Gençoğlu, P. (2016) *Sağlık ve Ekonomik Gelişme: Türkiye Örneği*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, İktisadi Gelişme ve Uluslararası İktisat Bilim Dalı, Kayseri(Türkiye).

Gengenbach, C., F. C. Palm, vd. …. "Cointegration Testing in Panels with Common Factors", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 2006, 68, ss.683-719.

Gengenbach, C., F. C. Palm, vd. …. "Panel Unit Root Tests in The Presence of Cross-Sectional Dependencies: Comparison and Implications for Modelling", *Econometric Reviews*, 2009, 29(2), 111-145.

Gerdtham, U. G., M. Löthgren, "New Panel Results on Cointegration of International Health Expenditure and GDP", *Applied Economics*, 2002, Volum: 34, ss.679-1686.

Giray, F., G. Çimen, "Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi", *Sayıştay Dergisi*, 2018, (111) , ss.143-171. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayistay/issue/61567/919304 (18.03.2023).

Gong, L., H. Li, vd. …. "Health Investment, Physical Capital Accumulation And Economic Growth", *China Economic Review*, 2012, Vol: 23, ss.1104-1119.

Groen, J. J. J., F. Kleibergen, "Likelihood-Based Cointegration Analysis in Panels of Vector Error-Correction Models", *Journal of Business & Economic Statistics*, 2003, 21(2), ss.295-318.

Grossman, M., "On The Concept Of Health Capital And The Demand For Health", *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2), ss. 223-55.

Guillaumin, C., "Financial Integration in East Asia: Evidence from Panel Unit Root and Panel Cointegration Tests", *Journal of Asian Economics*, 2009, 20 (3), ss.314-326.

Gupta, I., A. Mitra, "Economic Growth, Health and Poverty: An Exploratory Study for India", *Development Policy Review*, 2004, 22(2), ss.193-206.

Günay, C. İ. (2004), İş Hukuku, Yem İş Yasaları, (3.Baskı), Yetkin Yayınları, Ankara.

Güvenek, B. (2015), Sağlık Ekonomisi; Makro ve Mikro Boyutları, (1. Baskı), ISBN: 978-605-9108-49-2, Çizgi Kitabevi (Editör: Burcu GÜVENEK), Konya.

Hadri, K., E. Kurozumi, "A Simple Panel Stationarity Test in The Presence of Serial Correlation and A Common Factor", *Economics Letters*, 2012, 115(1), ss.31-34.

Halıcı-Tülüce, N. S. Doğan, vd. ….. "Is Income Relevant for Health Expenditure and Economic Growth Nexus?" *International Journal of Health Economics and Management*, 2016, 16(1), ss.23-49.

Hansen, P., A. King, "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach," *Journal of Health Economics*, 1996, No:15 (1), ss. 127-137.

Hartwig, J., "Is Health Capital Formation Good for Long-term Economic Growth? – Panel Granger-causality Evidence for OECD Countries", *Journal of Macroeconomics*, 2010, 32, ss. 314-325.

Hashemizadeh, A., Q. Bui, vd. ….. "A Blend of Renewable and Nonrenewable Energy Consumption in G-7 Countries: The Role of Disaggregate Energy in Human Development", *Energy*, 2022, 241;122520.

Hayaloğlu. P., H. Bal, "Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi", *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 2015, 3(2), ss.35-44.

Hayran, O., "Koruyucu Hizmetler Sağlık Harcamalarını Azaltabilir Mi?", *J Biotechnol and Strategic Health Rec*, 2019, 3(3), ss.170-175.

Heshmati, A., "On The Causality Between Gdp and Health Care Expenditure In Augmented Solow Growth Model", *SSE/EFI Working Paper Series İn Economics and Finance*, 2001, No:423, ss.1-19.

Hoşgör, Ş. ve Tansel, A., (2010). "2050'ye Doğru Nüfus ve Bilim, Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar", ISBN: 978-9944-405-63-08, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505, İstanbul.

Iliman, T., R. Tekeli, "Yaşlılık ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Literatür Taraması", *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, Cilt 4 - Sayı 4 (2017) , ss.277-291.

Im, K. S., J. Lee, vd. …. "Panel LM Unit- Root Tests with Level Shifts", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 2005, 67(3), ss.393-419.

İşleyen, Ş.,"Sağlık Harcamaları, Çevre Kirliliği ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi: 1998-2016 OECD Ülkeleri Örneği", *Van YYÜ İİBF Dergisi*, 2019, 4(7), ss.63-79

Jaidane-Mazigh, L., I. Khefacha, "An Empirical Analysis of Terrorism Impact on Public Debt: A Dynamic Heterogeneous Panel Approach". *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 2019, 6(8), ss.11-20.

Jewell, T., J. Lee, vd. …. "Stationarity of Health Expenditures and GDP: Evidence from Panel Unit Root Tests with Heterogeneous Structural Breaks", *Journal of Health Economics*, 2003, 22(2), ss.313-323.

Kamacı, A., H. Y. Uğurlu, "OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", *Sakarya İktisat Dergisi*, 2017, 6(2), ss. 52-69.

Kar, M., H. Ağır, "Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2003, 58 (3), ss. 145-169.

Kar, M., H. Ağır, "Türkiye'de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme Yaklaşımı ile Nedensellik Testi, 1926-1994", *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2006, 6(11), ss.51-68.

Karabulut, K., (1998) *Türkiye'de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Erzurum (Türkiye).

Kaya, M. V., Ü. Naldöken, "G20 Ülkelerinin Sağlık Sistemleri Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi ve Değerlendirilmesi", *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2023, 25 (1), ss.244-256.

Kelly, T.R., "Public Expenditures and Growth", Journal of Development Studies", 1997, 34(1), ss.60-84.

Khraief N., M. Shahbaz, vd. …. "Are Fluctuations in Natural Gas Consumption Per Capita Transitory? Evidence from Time Series and Panel Unit Root Tests", *Energy*, 2014, 78, ss.183-195.

Kılavuz, E., "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri", *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010, 29(2010/2), ss. 173-192.

Kılıç, N., M. Beşer, "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Merkezi ve Doğu Avrupa (CEEC) Ülkeleri Üzerine Panel Veri Analizi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2018, 23(2), ss.373-382.

Kıymaz, H., Y. Akbulur, vd. …. "Tests of Stationarity and Cointegration of Health Care Expenditure and Gross Domestic Product, An Application to Turkey" *The European Journal of Health Economics*, 2006, 7(4), ss. 285-289.

Kızıl, B.C., R. Ceylan, "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği", *Journal of Yaşar University*, 2018, 13 (50), ss.197 – 209.

Knowles, S., P. D. Owen, vd. ….. "Health Capital and Cross-Country Variation in Income per Capita in the Mankiw-Romer-Weil Model", *Economic Letters*, 1995, 48, ss.99-106.

Kleiman, E., "The Determinants of National Outlay on Health," *International Economic Association Series, in: Mark Perlman (ed.), The Economics of Health and Medical Care*, 1974, 5, ss.66-88.

Konat, G., "Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi", *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 2021, 16 (61) , ss. 348-360.

Kouassi, E., O. Akinkugbe, vd. ….. "Health Expenditure and Growth Dynamics in The SADC Region: Evidence From Non-Stationary Panel Data With Cross Section Dependence and Unobserved Heterogeneity", *International Journal of Health Economics and Management*, 2018, 18(1), ss. 47-66.

Koying, C., Y. Young-Hsiang, "Economic Growth, Human Capital Investment, And Health Expenditure: A Study Of OECD Countries*", Hitotsubashi Journal Of Economics*, 2006, 47(1), ss.1-16.

Köse, Z., H. Gültekin, (2021). "G20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, Nüfus, Yaşam Beklentisi ve Ekonomik Büyüme İlişki Üzerine Bir İnceleme", *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 2021, 20 (4) , ss.1600-1616.

Kumbasar, A. (2016), Sağlık Politikaları, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Kutlu, Ş.Ş. "Türkiye Ekonomisinde Sağlığa Dayalı Büyüme Hipotezinin Geçerliliğine İlişkin Ampirik Bir Analiz", *Journal of Yasar University*, 2021, 16/64, ss.1808-1822.

Li, J., X. Zhang, vd. …. "Eco-Innovation and Energy Productivity: New Determinants of Renewable Energy Consumption", *Journal of Environmental Management*, 2020, 271, 111028.

Loş, N. (2016) *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*, (Yayımlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, İstanbul (Türkiye).

Mayer, D., "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995", *Field Report, Journal of International Development*, 2001, 13, ss.123-126.

Mazgit, İ., "Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 2002, ss. 405-415.

Mechanic, D., D. A. Rochhefort, "Comparative Medical Systems", *Annual Review of Sociology*, 1996, 22, ss.239-270.

Mehmood, B., S. H. Raza, "Health Expenditure, Literacy and Economic Growth: PMG Evidence from Asian Countries", *Euro-Asian Journal of Economics and Finance*, 2014, 2(4), ss. 408-417.

Mehrara, M., M. Musai, "Granger Causality Between Health and Economic Growth in Oil Exporting Countries. Interdiscip", *J. Res. Bus.,* 2011, 1(8), ss.103–108.

Mehrara, M., A. A. Fazelli, vd. ….. "The Relationship Between Health Expenditures and Economic Growth in Middle East - North Africa (MENA) Countries", *Int. J. Buss. Mgt. Eco. Res*, 2012, 3(1), ss. 425-428.

Meng, M., K. S. Im, vd. …. "More Powerful LM Unit Root Tests with Non-Normal Errors", *In Festschrift in Honor of Peter Schmidt*, 2014, ss.343-357.

Mohammadi, T., B. Maleki, vd. …. "The Effect of Government Expenditure Composition on Economic Growth: Evidence on ECO Countries", *Economics and Finance Review*, 2012, 2 (5), ss.14-21.

Mossialos, E. ve A. Dixon (2002), "Funding health care: An introduction", Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J Kutzin (eds), Funding health care: options for Europe, (Buckingham: Open University Press), aktaran, Tatar, M., "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011, 1(1), ss.103-133.

Murthy, V. N., A. A. Okunade, "The Core Determinants of Health Expenditure in The African Context: Some Econometric Evidence for Policy", *Health Policy*, 2009, 91(1), ss.57-62.

Mushkin, J. S., "Toward a Definition of Health Economics", *Public Health Reports*, 1958, 73(9): ss.785-794

Mushkin, S. J., "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, 1962, 70, ss.129-157.

Mutascu, M., "A Bootstrap Panel Granger Causality Analysis of Energy Consumption and Economic Growth in The G7 Countries", *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 2016, 63, ss.166-171.

Mutlu, A. ve Işık, K., (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım,(3. Baskı), Bursa.

Narayan, S., P. K. Narayan, vd. …. "Investigating The Relationship Between Health and Economic Growth: Empirical Evidence from A Panel of 5 Asian Countries", *Journal of Asian Economics*, 2010, 21, ss. 401-411.

Newhouse, J., (1977). "Medical Care Expenditure: A Cross National Survey", *Journal of Human Resources*, 1977, 12(1), ss.115-125.

Olowu, G., G. O. Olaseinde-Williams, vd. …. "Does Financial and Agriculture Sector Development Reduce Unemployment Rates? Evidence from Southern African Countries", *Agricultural Economics*, 2019, 65(5), ss.223-231.

Oni, L. B., "Analysis of the Growth Impact of Health Expenditure in Nigeria", *IOSR Journal of Economics and Finance*, 2014, 3(1), ss.77-84.

Ouedraogo, N. S., "Energy Consumption and Human Development: Evidence From A Panel Cointegration and Error Correction Model", *Energy*, 2013, *63*, ss.28-41.

Over, M. (1991). "Economics for Health Sector Analysis: Concepts and Cases", Economic Development Institute of The World Bank, Washington,D.C (USA).

Önder, K., "Emekli Bireylerin Emek Arzını Etkileyen Unsurların Nested Logit Model İle Analizi", *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2022, 13(33), ss.57-69.

Öngel, V., E. Altındağ, E., vd. … "Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Sağlık Göstergeleri Üzerindeki Etkileri: MINT ve BRIC Ülkelerinin Karşılaştırmalı Analizi", *International Conference on Eurasian Economies*, 2014, ss.1-5.

Özen, H., "Dijital Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Açısından Değerlendirilmesi", *OPUS International Journal of Society Researches*, 2021, 17 (38) , ss.5440-5472.

Özmen, Z., "Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme", *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, 7/2, ss.600-620.

Öztürk, S., Küsmez, "Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: BRICS-T Ülkelerinin Analizi", *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2019, 23(1), ss.31-47.

Öztürk, S., E. Topçu, "Health Expenditures and Economic Growth: Evidence from G8 Countries", International Journal of Economics and Empirical Research, 2014, 2(7), ss.262- 267.

Parlak, N. (2021) "Ekonomik Kalkınma, Küresel Rekabet ve Teknolojik İnovasyon İlişkisinin Panel Veri İle İncelenmesi; G-20 Ülkeleri Örneği", (Yayımlanmış yüksek lisans tezi) Uşak Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ekonometri Ana Bilim Dalı, Uşak (Türkiye).

Pesaran, M. H., "General Diagnostic Tests for Cross Section Dependence in Panels", *Discussion Paper Series*, 2004, ss.1-39.

Pesaran, M. H., "A Simple Panel Unit Root Test in The Presence of Cross- Section Dependence", *Journal of Applied Econometrics*, 2007, 22(2), ss.265-312.

Pesaran, M. H., T. Yamagata, "Testing Slope Homogeneity in Large Panels", *Journal of Econometrics*, 2008, 142(1), ss.50-93.

Pesaran, M.H., A. Ullah, vd. …. "A Bias-Adjusted LM Test of Error Cross Section Independence", *Econometrics Journal*, 2008, 11, ss.105–127.

Peykarjou, K., R. B. Gollu, vd. …. "Studying the Relationship Between Health and Economic Growth in OIC Member States", *Interdıscıplınary Journal of Contemporary Research in Business*, 2011, 3(8), ss.1041-1054.

Pradhan, R. P., "Effects of Health Spending on Economic Growth: A Time Series Approach", *Decision*, 2011, 38(2), ss.68-83.

Qamruzzaman, M., J. Wei, " Do Financial Inclusion, Stock Market Development Attract Foreign Capital Flows in Developing Economy: A Panel Data Investigation", *Quantitative Finance and Economics*, 2019, 3(1), ss.88-108.

Reinhart, V.R., "Death and Taxes: Their Implications for Endogenous Growth", *Economics Letters*, 1999, 92, ss.339-345.

Rejeshkumar, N., P. Nalraj, "Public Expenditure on Health and Economic Growth in Selected Indian States", *International Journal of Science and Research*, 2014, 3(3), ss.468-472.

Rivera, B., L. Currais, "The Effect of Health Investment on Growth: A Causality Analysis", *International Advances in Economic Research,* 2003, 9, ss.312–323.

Rodriguez, A. F., V. M. Neives, "Health Care Expenditures and GDP in Latin American and OECD Countries: a Comparison Using a Panel Cointegration Approach", *International Journal of Health Economics and Management*, 2018, ss.1-39.

Sach, J. D., (2001) "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", Report of the Commission on Macroeconomics and Health,World Health Organization, Geneva (Switzerland).

Safkan, E. (2020) *Sağlık Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisi; Kırılgan Beşkli Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, Adana (Türkiye).

Sağlık Bakanlığı, (2006), "Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003", Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Salisu, A. A., "United We Stand, Divided We Fall: A Panicca Test Evidence for Stock Exchanges in OECD", *Finance Research Letters,* 2019, 28, ss.343-347.

Saraçoğlu, S., F. Öztürk, "Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *İş ve Hayat Dergisi*, 2016, 2(4), ss.293-342.

Saraçoğlu, S., M. Songur, "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Avrasya Ülkeleri Örneği", *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2017, 8(16), ss.353-372.

Sayar, N., "SAI20 Oluşumu ve İlk Zirvesi", *Sayıştay Dergisi*, 2022, 33 (126), ss.517-524.

Schieber G., (2005) "High Level Forum on The Health MDGs in Asia and The Pacific", Meeting Report, Tokyo (Japan).

Schultz, T. W., "Investment in Human Capital", *The American Economic Review*, 1961, 51(1), ss.1-17.

Selim, S., D. Uysal, vd. …. "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 2014, 7 (3), ss.13-24.

Sezer Korucu, K., A. Oksay, "Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018, 1 (32), ss.265-313.

Somunoğlu İkinci, S., "Sağlık – Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi", *Anadolu Üniversitesi Yayınları Sağlık Kurumları Yönetimi 1- Anadolu Üniversitesi Web Ofset*, 2012, ss.2-24.

Songur, C., "Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2016, 6 (1) , ss.197-224.

Suhrcke, M., M. McKee, vd. … (2005), "The Contribution of Health to the Economy in the European Union", Office for Official Publications of the European Communities. Belgium: White Chlorine-Free Paper

Sülkü, S. N., A. Caner, "Health Care Expenditures and Gross Domestic Product: The Turkish Case", *Departmant of Economics TOBB University of Economics and Technology*, 2009, 09-03, ss.1-18.

Şahbudak, E., D. Şahin, "Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki ilişkinin Analizi: BRIC Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 2015, 3(4), ss.154-160.

Şahin, G., E. Yalçınkaya, "Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: MINT Ülkelerinden Ampirik Kanıtlar", *Current Research in Social Sciences*, 2020, 6(1), ss.52-69.

Şenatalar, B., "Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış", *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25/(4. Sayı Özel Eki), ss.25-30.

Taban, S., "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi", *Sosyoekonomi Dergisi*, 2006, 4(4), ss.31-46.

Taşkaya, S., M. Demirkıran, "Enflasyon, Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(2), ss.127-131.

Tatar, M., "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011, 1(1), ss.103-133.

Tatoglu, F. Y., "The Relationships Between Human Capital Investment and Economic Growth: A Panel Error Correction Model", *Journal of Economic and Social Research*, 2011, 13(1), ss.77-90.

Temiz, D., S. Korkmaz, "Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi: 1965- 2005", *TUIK 16'ncı İstatistik Araştırmaları Sempozyumu*, 2007, ss.266-278.

Tıraş, H. H. (2013). "Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2013, 3(2), ss.125-152.

Tıraş, H. H., H. Ağır, "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi", *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 2018, 17(4), ss.1558-1573,

Tıraş, H. H., Türkmen, S., "Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Bir Araştırma; AB ve Türkiye Örneği", *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2020, 4 (1), ss.107-139.

Tıraş, H.H., (2018) *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Kahramanmaraş (Türkiye).

Tıraşoğlu, M., B. Yıldırım, "Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *Electronic Journal Of Vocational*, 2012, ss.111- 117.

Tokat, M., (1994), Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, Eskişehir.

Tong, T., T. E. Yu, "Transportation and Economic Growth in China: A Heterogeneous Panel Cointegration and Causality Analysis", *Journal of Transport Geography*, 2018, 73, ss.120-130.

Topallı, N., "G20 Ülkelerinde İhracat, Beşeri Sermaye Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi", *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016, 4(29), ss.193-206.

Tunçsiper, Ç., A. Bakar, "Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Harcamaları; Türkiye Örneği", *Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2023, 4(1), ss.20-28.

Turan, M., A. Beşirli, "Kentleşme Sürecinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9(4), ss.238-243.

Turancı, E., E. Eşiyok, "Sağlık ve Kültür İlişkisi Bağlamında Popüler Sağlık Dergilerinde Sağlığın Sunumu", *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2021, (54), ss.96-114.

Tüylüoğlu, Ğ., M. Tekin, "Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri", *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009, 13 (1), ss.1-31.

Uçan, O., S. Atay, "Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme", *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2016, 9(3), ss.215- 222.

Ünal, E., (2013), Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Basın Yayın Dağıtım, aktaran, Tıraş, H.H., (2018) *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Kahramanmaraş (Türkiye).

Ünal, E. Ö., (2017) *Türkiye'de Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri ile Kişi Başı GSYİH ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelemesi*, (Yayımlanmamış doktora tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul (Türkiye).

Walle, Y. M., "Revisiting The Finance–Growth Nexus in Sub- Saharan Africa: Results from Error Correction- Based Panel Cointegration Tests", *African Development Review*, 2014, 26(2), ss.310-321.

Walters, S., M. Suhrcke, (2005). "Socioeconomic Inequalities in Health and Health Care Access in Central and Eastern Europe and The CIS: A Review of The Recent Literature", World Health Organization. Regional Office for Europe.

Wang, F., "More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidence from OECD Countries", *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2015, 52:0046958015602666.

Westerlund, J., "Testing for Error Correction in Panel Data", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 2007, 69(6), ss.709-748.

Westerlund, J., D. L. Edgerton, "A Panel Bootstrap Cointegration Test", *Economics Letters*, 2007, 97(3), ss.185-190.

Wild, C., B. Gibis, "Evaluations of Health Interventions in Social Insurance-Based Countries: Germany, The Netherlands and Austria", *Health Policy*, 2003, 63(2), ss.187-196.

World Bank., (1993), World Development Report: Investing in Health, Oxford University Press, New York (USA).

World Health Organisation., (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, WHO Library Cataloguing in Publication Data, ISBN: 92-4-156198-X, Geneva (Switzerland).

Yang, X., "Health Expenditure, Human Capital, and Economic Growth: an Empirical Study of Developing Countries", *International Journal of Health Economics and Management*, 2020, 20(2), ss.163–176.

Yardımcıoğlu, F., "Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi", *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2013, 9(1),ss.49-74.

Yardımcıoğlu, F., "OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012, 13(2), ss. 27-47.

Yenimahalleli Yaşar, G., "Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri", *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 9(1), ss.31-43.

Yıldız, B., G. Yıldız, "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Avrupa ve Merkez Asya Ülkeleri Örneği", *Maliye Dergisi*, 2018, 174, ss.203-218.

Yıldız, N., "G-20, Küresel Sorunları Çözecek Bir Aktör Müdür?", *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 2015, 4(9), ss.64-91.

Yiğit, A., R. Erdem, "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, (23), ss.215-249.

Yumuşak, İ. G., D. Ç. Yıldırım, "Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme", *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 2009, 6(1), ss.57-70.

Zhongming, T., R. Mpeqa, vd. …. "On The Nexus of Credit Risk Management and Bank Performance: A Dynamic Panel Testimony from Some Selected Commercial Banks in China", *Journal of Financial Risk Management*, 2019, 8(2), ss.125-145.

İnternet Kaynakları

Erdil, E., I. H. Yetkiner, "A Panel Data Approach for Income-Health Causality", *The Economics of Health Reforms*, (Ed. J.N. Yfantopoulus), 2004, No: 38, ss.701-724. https://www.researchgate.net/profile/ErkanErdil/publication/24130157_A_Panel_Data_Approach_for_Income-Health_Causality/links/0c9605285d47e6f81d000000/A-Panel-Data-Approach-for-Income-Health-Causality.pdf (Erişim Tarihi:20.08.2023).

Eğilmez, M., 2016. Türkiye Ekonomisin Büyüklüğünün G-20 Ekonomileriyle Karşılaştırılması, https://www.mahfiegilmez.com/2020/06/turkiye-ekonomisinin-buyuklugunun-g-20_22.html Erişim Tarihi: 20.09.2023

IMF, 2020. World Economic Outlook data. Erişim tarihi: 14 Mayıs 2020. Erişim Adresi:https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/02/weodata/weoselgr.aspx.

Resmi Gazete, 1961, Sayı: 10705 ve Tarih 07.10.2023 https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf Erişim Tarihi: 20.08.2023

TÜİK Haber Bülteni, 2022. "Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2021", Haber Bülteni, Sayı: 45728 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728 Erişim Tarihi 12.07.2023

http://www.oecd.org/gov/Policy%20Brief%20-%20Measuring%20Regulatory%20Quality.pdf (Erişim tarihi: 21.01.2021).

https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?view=chart (Erişim Tarihi: 22.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?view=chart (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS (Erişim Tarihi: 17.05.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD (Erişim Tarihi: 17.05.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS (Erişim Tarihi: 17.05.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?view=chart (Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?view=chart **(**Erişim Tarihi: 24.09.2023)

https://knoema.com/atlas/ranks/GDP Erişim Tarihi: 22.09.2023

https://public.knoema.com/rwidmdc/imf-world-economic-outlook-weo-database-october-2022 (Erişim Tarihi: 22.09.2023)