

Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi¹

Deniz GÜVEN (<https://orcid.org/0000-0001-7675-8414>), Institute of Social Sciences, Tokat Gaziosmanpaşa University, Turkey; e-mail: denizguvennn@gmail.com

Türker ŞİMŞEK (<https://orcid.org/0000-0001-7581-7590>), Department of Economics, Tokat Gaziosmanpaşa University, Turkey; e-mail: turker.simsek@gop.edu.tr

Ahmet GÜVEN (<https://orcid.org/0000-0002-5073-6345>), Department of Public Administration, Tokat Gaziosmanpaşa University, Turkey; e-mail: ahmetguvenn@gmail.com

The Impact of Health Expenditures on Economic Growth in Health Management: A Panel Regression Analysis on MENA Countries²

Abstract

Health expenditures constitute one of the important issues of health management. It is thought that the health expenditures made to meet people's health expectancy will contribute to positive growth by developing human capital and economic growth. With the increasing importance of the human capital, a number of studies have been carried out to determine the existence of the relationship between expenditure on issues such as culture, education and health, and economic growth. While there is a lot of evidence that health expenditure affects economic growth positively in developed countries in the relevant literature, it is the purpose of trying to examine whether there is an effect in the same direction for the countries in the group of developing countries. For this purpose, the relationship between health expenditures and economic growth in the MENA countries for the period 2000-2015 has been tested with the panel data analysis method. Analysis results show that health expenditure in MENA countries has a negative effect on economic growth. In addition, the expectation of life at birth and infant mortality rate have reached an effect in positive direction by economic growth.

Keywords : Public Health Expenditures, Economic Growth, Panel Data Analysis, MENA.

JEL Classification Codes : C23, I18, O47.

Öz

Sağlık yönetiminin önemli konularından bir tanesini sağlık harcamaları oluşturmaktadır. İnsanların sağlık beklentilerini karşılamak amacıyla yapılan sağlık harcamalarının beşerî sermayeyi geliştirip iktisadi büyümeye olumlu yönde katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Beşerî sermayenin

¹ Çalışma, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalında Deniz Güven tarafından hazırlanan "Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: MENA ülkeleri üzerine bir uygulama" başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

² This study is derived from the master thesis titled "The relationship between health expenditures and economic growth: an application on MENA countries" and prepared by Deniz Güven at Gaziosmanpaşa University, Institute of Social Sciences, Department of Economics.

giderek önem kazanmasıyla kültür, eğitim, sağlık gibi konulara ilişkin yapılan harcamaların ekonomik büyümeyle olan ilişkisinin varlığının tespitine yönelik çok sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir. İlgili literatürde gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediğine yönelik çok sayıda bulgu yer alırken, gelişmekte olan ülkeler grubunda yer alan ülkeler için aynı yönde bir etkinin olup olmadığını incelemek, çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, 2000-2015 dönemi için MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle olan ilişkisi panel veri analizi yöntemi ile test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında bebek ölüm hızı ile doğumda yaşam beklentisinin iktisadi büyüme üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler : Kamu Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, Panel Veri Analizi, MENA.

1. Giriş

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

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

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

sunan birçok ülke için sağlık turizmi adı verilen yeni bir ekonomik sektörün ortaya çıktığı görülmektedir. Bu tarzdaki oluşumlar hem ülke ekonomisinin gelişmesine katkı sağlamakta, hem de sağlık sektörünün küresel bir yapıya dönüşmesine sebep olmaktadır. Küresel açıdan sektörün gelişimi, çok ciddi hastalıkların tedavisinde ileri teknoloji kullanan devletlerin yanında estetik kaygı içeren ucuz maliyetli hizmet sunan ülkelerin tercih edilmesi gibi çok geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır.

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

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

2. Sağlık Yönetimi, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Ekonomisi

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

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

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

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

Sağlık yönetimi, yönetim biliminin bir alt dalı olarak sağlık alanında planlı, düzenli bir sağlık hizmeti sunumu için gerekli koşulları hazırlayan, işleten ve yöneten bir yönetsel süreci ifade etmektedir. Sağlık hizmeti sunan örgütler, tıbbi kuruluşlar oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçları da olan yapılardan meydana gelmektedir. Bu örgütlerin bilimsel ilkelerle yönetilmesi sağlık hizmetini alan, hizmeti sunan ve finansmanını sağlayan kişi ve kurumlar için büyük önem arz etmektedir (Çimen, 2010: 136). Sağlık yönetimi, birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri de dâhil bütün sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, eşgüdümü ve hizmetlerin sonuçlarının etkililiğini denetlemek ve tekrar planlama yapmak üzere değerlendirildiği bir süreci ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin niteliği ve kapsamı gereği insanı temel almasından dolayı yönetilmesi gerekli bir alan haline gelmektedir (Çimen, 2010: 136). Sağlık yönetimi kapsamında sağlık kurumlarının idarecileri, saptanan amaçları yerine getirirken çok sayıda faaliyeti yerine getirmekle meşgul olurlar. Bu faaliyetler arasında, sağlık yönetiminin unsurlarının planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi ve denetlenmesi şeklinde bir döngü ortaya çıkmaktadır (Can & İbicioğlu, 2008: 259-260). Bu döngü içinde sağlığın etki alanına giren sosyo-ekonomik boyutlardan insan kaynağına kadar pek çok alanı kapsadığı görülmektedir. Sağlık yönetimi insan kaynakları planlaması ve yönetimi, finansal yönetim gibi birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılan bir disiplindir (Çimen, 2010: 137). Sağlık yönetimi bu çerçevede, toplum sağlığının korunması, insan hayatı için sorun teşkil edecek hastalıkların tedavisi, sağlık kurumları ve tesislerin inşası, gerekli olan hukuki mevzuatın oluşturulması, sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, hizmet çeşitlerine göre araştırmalar yaparak ihtiyaca göre personel yetiştirilmesi gibi faaliyetleri kapsamaktadır (Kitapçı, 1993:1). Sağlık yönetimi, bireylere toplumlara ya da kurumlara, sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için yapılacak işleri ve kullanacakları kaynakları gereksinimleri ve istemleri doğrultusunda yönetildiği bir süreçtir (Ceylan, 2017: 4). Bu sürecin iyi yönetilmesi, sağlık hizmetleri başta olmak üzere, sağlık alanında yapılan harcamalar, kullanılan insan kaynakları, araç ve gereçlerin işlevselliği açısından büyük öneme sahiptir. Sağlık yönetiminde arzulanan

hedeflere etkin bir şekilde ulaşabilmek için kaynakların en iyi şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

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

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

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

Türkiye’de sağlığın korunması ve sağlığın güçlendirilmesi adına yapılan harcamalar kamu sektörü ve özel sektör kaynakları kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonlarınınca yapılan harcamalar ön plana çıkarken; özel sektör harcamaları arasında genellikle bireylerin kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler şeklinde ortaya çıktığı görülmektedir. Bu harcamalara ilave olarak firmaların kendi personelleri için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet edip kâr amacı gütmeyen kuruluşların harcamaları da yer almaktadır (Özbay, 2007: 178).

Genel olarak sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri ele alındığında sağlık harcamaları ve sağlık alanında yapılan hizmetlerin finansmanında en önemli kalemin, sosyal güvenlik harcamalarının oluşturduğunu görmek mümkündür (Arıcı, 1999: 26). Bu durum sosyal güvenlik harcamalarının sağlık alanında ülke ekonomisine ağır yükler getiren bir kalem olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimindeki kuralların sağlık sektörüne uygulanması ile ortaya çıkmış ve sağlık sektörü için

ayrılmış kaynakların gün geçtikçe artmasıyla gelişmiş bir bilim dalı olarak ele alınmaktadır (Acar & Yeğenoğlu, 2006: 39).

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

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

Tanımlardan çıkan ortak sonuç sağlık ekonomisinin sağlık alanında etkili ve verimli hizmet sunmak amacıyla bu sektöre tahsis edilen kıt kaynaklardan maksimum faydayı almak amacıyla kaynak tahsisinden, hizmet bölüşümüne kadar pek çok sağlık konusunun ekonomik araçlardan faydalanarak planlanması ve bu planlardan hareketle uygulanmasını kapsayan bir süreci ifade ettiği görülmektedir.

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

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

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

3. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Etkisi

Beşerî sermaye teorisinde meydana gelen gelişmelerin, sağlığın ekonomik büyüme olan etkilerinin araştırıldığı çalışmalara popülerlik kazandırdığı düşünülmektedir. İktisat yazınında sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkilerinin ortaya konulduğu çok sayıda uygulamalı çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan çıkarılan sonuçlar, ülkeleri sağlık alanında daha fazla kaynak ayırmaya zorlamıştır (Çalışkan vd., 2013: 123). Sağlık, ekonomik büyümenin lokomotifi olup, yoksulluk ve eşitsizlik gibi sorunları azaltmada önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimi için yapılan sağlık harcamaları, beşerî sermayeyi geliştirerek iktisadi büyüme katkı yapmakta ve aynı zamanda ekonomik büyümenin gelişimi beşerî sermaye yatırımlarına taşıyarak zincirleme bir büyüme etkisi ortaya çıkardığı görülmektedir (Akıncı & Tuncer, 2016: 47).

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

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

Sağlık alanında yaşanan gelişmelere paralel bir şekilde, ülkelerin ekonomik göstergelerinden hareketle, ekonomisi daha güçlü olan devletler, ekonomik gücü iyi olmayan ülkelere göre sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırma kabiliyetine sahip oldukları görülmektedir. Bu sayede daha sağlıklı insanların oluşturduğu emek gücü yüksek bir topluma ulaşılmaktadır. Ülke ekonomisi içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Yeğinboy, 1993). Bir ülkenin sağlık harcamaları, ülkenin iktisadi gelişmesi üzerinde doğrudan bir

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

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

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

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

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

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

Sağlık ve ekonomik büyüme alanında ilerleyen araştırmalarda, Grossman (1999) ilk kez sağlık unsurunu beşerî sermayeden ayrı olarak ele alıp ekonomik açıdan değerlendirmiştir. Bunun nedeni beşerî sermayenin, kişinin piyasadaki üretkenliğini artırırken sağlık sermayesinin kişinin mal ve para edinme zamanının miktarını belirlemede önemli rol oynamasıdır (Grossman, 1999: 2-5). Ancak sağlık sermayesinin de bireylerin üretkenliğini artırmasından dolayı sağlık sermayesini beşerî sermaye içerisinde kabul eden yaklaşımın benimsenmesini daha doğru bulan düşünürlerde söz konusudur (Yumuşak & Yıldırım, 2009: 60). Bu sebeple beşerî sermaye stokunu geliştirmek isteyen bir ülkenin öncelikle toplumdaki sağlık düzeyini yükseltmesi gerekmektedir (Karagül, 2002: 71).

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

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

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde özendirici bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Mushkin, 1962: 129). Bloom ve Canning (2000)'e göre sağlık harcamaları ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki meydana getirmektedir. Bir toplumun

ekonomisinde hem iktisadi etkinliklerin ölçeğinde gerçekleşen büyüme, hem de iktisadi faaliyetlerin toplam ölçeğindeki büyüme toplam nüfustaki büyümeden daha fazladır. Bu yüzden kişi başına hasılanın büyümesi ekonomik büyüme olarak adlandırılır (Tezel, 1989: 12). Sağlık, bireylerin sahip olduğu en önemli hazine olmasının yanında ülke ekonomisinin ve ülke refahının en önemli kaynağı olarak düşünülmektedir (Lusting, 2004: 15). Bu nedenle hayatlarını sağlıklı bir şekilde devam ettiren birey ve toplumlar, doğal kaynakları etkili bir şekilde kullanarak üretimde daha aktif rol oynayabilmekte ve böylece toplumsal refahın sağlanmasına yardım edebilmektedirler. Günümüzde gelişerek belirli bir refah seviyesine ulaşmış ülkeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilmek için her yıl sağlık harcamalarına daha fazla kaynak tahsis etmişlerdir (Aydemir & Baylan, 2015: 418). Tahsis edilen kaynaklar etkin ve verimli bir şekilde kullanılırsa sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkisi olumlu olurken, kaynakların etkin kullanılmaması durumunda sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkisinin olmaması veya olumsuz olması gibi sonuçlar görülebilmektedir.

4. Literatür Taraması

Gary Becker ve diğerlerinin 20. yüzyılın ortalarında geliştirdiği beşerî sermaye teorisi, eğitim ve sağlığı iki temel yapı taşı olarak ele almıştır. Bu teori, beşerî sermayenin ülkelerin gelir farklılıklarını dolayısıyla ekonomik büyümedeki farklılıklarını açıklamada önemli bir paya sahip olduğu görüşünü savunmaktadır. Bu olgu tarihsel perspektif açısından ele alındığında Adam Smith ve Alfred Marshall'ın çalışmalarına kadar uzandığı düşünülmektedir (Çetin & Ecevit, 2010: 167). Reinhart (1999) çalışmasında, hükümet harcamalarıyla doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişkinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ele almıştır. İki unsur arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yönünde sonuçlara ulaşmıştır. Sorkin (1977) sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz eden ilk çalışmalar arasında gösterilmektedir. Sorkin (1977) sağlık göstergesi olarak doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı kullanılmıştır. Çalışmada bir ülkede bebek ölüm hızındaki düşüşün, ekonomik büyüme üzerine pozitif bir katkı sağladığı belirtilmektedir. Buna rağmen, gelişmiş ülkelerde toplumun sağlık durumlarındaki gelişmelere rağmen ekonomik büyüme üzerinde çok az olumlu katkı sağladığı sonucuna da vurgu yapmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, gelişmekte olan ülkelere sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi gelişmiş ülkelere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bhargava vd. (2000), gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelere ekonomik büyüme ile sağlık arasındaki ilişkiyi 1965-1990 dönemini kapsayan beş yıllık veriler kullanılarak test etmişlerdir. Çalışma sonucunda ekonomik büyüme ile sağlık arasında pozitif ancak zayıf bir ilişkinin varlığını saptamışlardır. Benzer şekilde Kelly (1997), 1970 ve 1980 yılları arasında yetmiş aşkın ülkeyi kapsayan araştırmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye anlamlı bir katkısının olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Akram (2009), 1972-2006 dönemini kapsayan çalışmasında sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, kişi başına düşen GSYİH'nın uzun dönemde sağlık göstergeleri tarafından olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Strauss ve Thomas (1998), sağlık ve verimlilik arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış oldukları bir araştırmaya göre hastalık türleri ve beslenme alışkanlığı gibi bazı sağlık göstergeleriyle fiziksel verimlilik arasında bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Dormont vd., (2008)'e göre

ABD, Avrupa ve Japonya’da kamu sağlık harcamalarının olası etkileri potansiyel büyümeyi ve verimliliği pozitif yönde etkilediği ifade edilmektedir. Bu etkinin arkasında yatan neden olarak gelişmiş ekonomilerin sağlık hizmetlerinin kamu bütçelerinden karşılanmasını göstermektedir. Sab ve Smith (2001), çalışmalarında ekonomik büyüme için sağlık ve eğitimin vazgeçilmez olduğunu ifade etmektedirler. Mushkin (1962) çalışmasında eğitim ve sağlığa yapılan eş zamanlı yatırımların ekonomik gelişme sürecinde olumlu etkilere sahip olduğunu iddia etmektedir. Buradan hareketle sağlıklı ve eğitilmiş kişilerin toplumda tüketici ve üretici olarak daha etkin davrandıklarını tespit etmiştir. Diğer bir ifadeyle sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilir olmaları ve bu insanlardan yetişen iş gücünün üretimi artırıcı bir faktör olduğu savunulmaktadır. Ayrıca sağlıklı insanların eğitilmesi durumunda bu kişilerin daha uzun süre yaşayacakları düşünüldüğünde eğitim yatırımlarından daha uzun süreli faydalanma imkânı oluşacağı düşünülmektedir. Bu noktada eğitim ve sağlığın birbirini tamamlayan iki unsur olduğu açık bir şekilde görülmektedir (Karagül, 2002: 71). Yetkiner (2006), sağlığın ekonomi üzerine etkilerinden birinin dışsallık etkisi olduğunu ifade etmektedir. Yetkiner (2006)’ya göre “Eğer bir çalışanın hane halkından birisi hasta ise, o çalışanın emek verimliliğinin eksiksiz olduğundan söz edilememektedir. Çünkü hem psikolojik etkiler hem de hasta insanın tedavisi için zaman ayırmak zorunda kalması çalışanı verimsiz yapmaktadır. Diğer taraftan salgın hastalıklarda, sayısal olarak az kişi etkilense bile, salgın hastalıkların bulaşıcı etkilerinden dolayı üretim üzerinde yıkıcı bir etki olacağı ifade edilmektedir” (Yetkiner, 2006: 84). Temiz ve Korkmaz (2007), Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, 1965-2005 dönemini kapsayacak şekilde Johansen Kointegrasyon Testinden faydalanarak ele almıştır. Bu dönem aralığında GSYİH ile doğuşta yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı verilerinden yararlanılmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre, doğuşta yaşam beklentisiyle ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olmasına rağmen, bebek ölüm hızından ekonomik büyümeye doğru negatif bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Ecevit ve Çiftçi (2008), Türkiye’de 1960 ile 2005 dönemine ait GSYİH, doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı ve doktor başına hasta sayısı verilerini kullanarak sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi benzer şekilde Johansen kointegrasyon testi ve hata düzeltme modeli çerçevesinde incelemişlerdir. Sonuç olarak doktor başına düşen hasta sayısı ile GSYİH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Kar ve Ağır (2003), Türkiye’de 1926 ile 1994 dönemine ait seçilmiş sağlık göstergeleri ve GSYİH verilerinden yararlanarak, sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini nedensellik bağlamında incelediği görülmektedir. Yapılan incelemeler sonucunda, doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının yatak sayısı, sağlık kurumlarının sayısı ve sağlık personeli başına düşen kişi sayıları gibi göstergelerden hareketle, sağlık kurumları sayısı ile reel GSYİH arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi görülmemiştir. Buna karşın, diğer sağlık göstergeleri ile reel GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edildiğinden söz edilmektedir. Taban (2004), 1968 ile 2003 yıllarına ait veriler kullanarak yaptığı çalışmada, sağlık göstergesi verileri olarak doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının sayısı, yatak sayısı, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, gibi verileri kullanarak analiz yapmışlardır. Sonuç olarak yapılan analizlerde sağlık kurumlarının sayısı dışında kalan veriler ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Yumuşak ve Yıldırım (2009), Türkiye verilerinin kullanıldığı çalışmalarında 1980-2005 yılları arasında sağlık harcamalarının, doğuşta yaşam beklentisi ve GSMH

serileri ile olan ilişkisini inceleyerek sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Analizler sonucunda Türkiye’de sağlık harcamalarından hasılaya doğru bir nedensellik ilişkisinin mevcut olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ancak bu ilişkinin küçük olduğu ve negatif yönde ortaya çıktığı görülmektedir. Diğer taraftan doğuştan yaşam beklentisinden hasılaya doğru bir nedenselliğin bulunduğunu belirtmişlerdir. Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini ortaya koymak amacıyla, Türkiye için 2006 ile 2012 yılları arasında GSYİH ve sağlık harcamaları değişkenleri kullanarak yapmış olduğu analiz sonucunda, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönem eş bütünleşme ilişkisi tespit etmişlerdir. Elde edilen bu sonuç, literatürde daha önce yapılan çalışmaları destekler nitelikte olup, ekonomide büyümeyi hedefleyen ülkelerin sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırması gerektiğini ortaya koymuştur. Selim vd. (2014), 27 AB üyesi ülke ve Türkiye’ye ait 2001 ile 2011 yılları arasında kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkiler panel eş bütünleşme ve hata düzeltme modelleri kapsamında incelemiştir. Elde edilen bulgulara göre kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ngangeu ve Manfred (2015) tarafından yürütülen, 2000-2013 yılları arasını kapsayan bir araştırmada yaşam beklentisinin gelişiminin ekonomik büyümeye olan etkisi panel veri analizi ile incelenmiştir. İncelemeye dahil edilen 141 gelişmekte olan ülkede yaşam beklentisinin ekonomik büyümeye etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Kişilerin iyileştirilmiş ömür beklentisinin ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Baird vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen 59 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan bir başka çalışmada sağlık ve gelir arasındaki ilişkinin gülcü olduğu, ancak gelirdeki iyileşmelerin sağlık durumu üzerinde nedensel bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Yapılan analizlerde toplam gelirdeki kısa dönem dalgalanmaların bebek ölümlerini nasıl etkilediğinin araştırıldığı çalışmada kişi başına düşen GSYİH ile bebek ölümleri arasında büyük, negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akar (2014), Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH ile olan ilişkisini sağlık harcamalarının nispi fiyatını ele alarak analiz etmeye çalışmıştır. Analiz sonucunda sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve GSYİH değişkenleri arasında kısa dönemli bir ilişki bulunmamasına rağmen, çalışmada ele alınan değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin söz konusu olduğu tespit edilmiştir. Atılğan vd. (2017) 1975-2013 yılları arasında Türkiye’de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz ederek sağlık ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki beklentisi test edilmek istenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki %1’lik bir artışın kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla oranında %0.434’lük bir artış sağlayacağını ortaya koymuştur. Böylece sağlığa dayalı büyüme hipotezinin Türkiye için desteklendiğini sonucuna ulaşılmıştır.

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

5. Ekonometrik Model, Veri Seti ve Ampirik Bulgular

Çalışmada ekonometrik yöntem olarak Panel regresyon analizine başvurulmuştur. Zaman serilerine ait kesit verileri olarak tanımlanan panel veriler, yatay kesit gözlemlerinin zaman boyutu ile de belirtilmesi olarak da yorumlanabilmektedir (Greene, 2003: 283-284; Baltagi, 2001: 1). Panel veri setleri ele alınan kesitler için aynı uzunlukta zaman serisi içeriyorsa “dengeli panel veri”, farklı uzunluklarda zaman serisi içeriyorsa da “dengesiz panel veri” olarak adlandırılır. Panel verinin basit gösterimi eşitlik (1)’de gösterilmektedir.

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_{1it}X_{1it} + \dots + \beta_{kit}X_{kit} + e_{it} \quad i = 1, 2, \dots, N \quad t = 1, 2, \dots, T \quad (1)$$

Öncelikle değişkenlerin durağanlıklarını test edebilmek için panel birim kök testi yapılmaktadır. Panel birim kök testlerinde N yatay kesit ve T zaman serisi olmak üzere, y_{it} birinci dereceden otoregresif süreçte, $\Delta y_{it} = \alpha_i + \beta_i y_{i,t-1} + e_{it}$, $i = 1, \dots, N$, $t = 1, \dots, T$, olarak tanımlanmaktadır (Im & Pesaran & Shin, 2003: 55). Boş hipotez olarak $H_0: \beta_i = 0$, bütün i ’ler için $H_1: \beta_i < 0$, $i = 1, 2, \dots, N$, $\beta_i = 0$, $i = N_1 + 1, N_1 + 2, \dots, N$. H_0 hipotezinin red edilememesi durumunda panel birim kökün olduğu, alternatif hipotezin kabulü ise panel birim kökün olmadığı anlaşılmaktadır. “birim kök yoktur” hipotezi de t-bar istatistiği ve olasılık değeri ile test edilmektedir (Im & Pesaran & Shin, 2003: 56).

Yatay kesite özgü ve zamana özgü etkilerin bulunmadığı durumlarda Havuzlanmış En Küçük Kareler Yöntemi (OLS) en uygun yöntemdir. Zamana özgü etkilerin olmadığı birim etkilerin olduğu durumlarda Sabit Etkiler Modeli seçilir. Zamana özgü etkilerin olmadığı ancak birime özgü etkilerin hata terimi içerisinde karakterize edildiği durumlarda ise Rassal Etkiler Modeli tercih edilir. Havuzlanmış en küçük kareler modelinin uygun olup olmadığını rassal etkiler modeline karşı test etmek için Breusch-Pagan Lagrange Çarpanı (LM); Sabit ve rassal etkiler modeli arasında tercih yapmak için de Hausman testi kullanılır (Baltagi, 2005; Şimşek, 2015: 120).

Çalışmada yöntemin teorik bilgilerine kısaca yer verdikten sonra, veri temini konusunda sıkıntı yaşanılmayan 32 Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkesini içeren 2000-2015 dönemini kapsayan analizde kullanılan yıllık veriler Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeleri veritabanından temin edilmiştir. Çalışmada ilgili ülkelerin sağlık harcamalarıyla ekonomik büyümeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla oluşturulan ekonometrik model eşitlik (2)’de gösterilmektedir.

$$GDP_{it} = \alpha_i + \mu_t + \beta_0 + \beta_1 HEXP_{it} + \beta_2 LIFEX_{it} + \beta_3 MORTALITY_{it} + \epsilon_{it} \quad (2)$$

Eşitlik (2)’de yer alan α_i ülkelere özgü etkiyi, μ_t zamana özgü etkiyi ve β_0 sabit etkiyi ifade etmektedir. Uygun modelin seçimi bu parametrelerle yakından ilişkilidir. GDP değişkeni kişi başına düşen reel gayrisafi yurtiçi hasılayı, HEXP değişkeni sağlık harcamalarını, LIFEX değişkeni doğumda yaşam beklentisini, MORTALITY değişkeni bebek ölüm hızını ve ϵ_{it} parametresi de hata terimlerini göstermektedir. Analizde kullanılan değişkenlerin tanımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo: 1
Değişkenlerin Tanımlanması

Değişkenler	Tanım	Veritabanı
HEXP	Sağlık Harcamaları	Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeleri
GDP	Kişi başına düşen reel gayrisafi yurtiçi hâsıla	Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeleri
LIFEX	Doğumda yaşam beklentisi	Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeleri
MORTALITY	Bebek ölüm hızı	Dünya Bankası Ekonomik Kalkınma Göstergeleri

Bir ekonometrik analizde, analize başlanmadan önce yapılması gereken ilk adım, kurulacak modelde seçilecek olan serilerin birim kök testlerinin yapılarak, bu serilerin durağan olup olmadığının öncelikle tespitidir. Durağan olmayan serilerde bu problemin giderilmesi, sahte regresyondan kaçınmak ve anlamlı ekonomik sonuçlar elde etmek açısından büyük öneme sahiptir. Bu amaçla yapılan panel birim kök testinden elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo: 2
Panel Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Levin, Lin & Chu	Im, Pesaran Shin	ADF	PP
HEXP	$I_0 : 0,0025 (-2,80631)$ $I_1 : 0,0000 (-8,11722)$	$I_0 : 0,4846 (-0,03866)$ $I_1 : 0,0000 (-6,03295)$	$I_0 : 0,6335 (59,5757)$ $I_1 : 0,0000 (144,396)$	$I_0 : 0,6719 (58,4609)$ $I_1 : 0,0000 (258,762)$
GDP	$I_0 : 0,0003$ $(-3,40852)$	$I_0 : 0,0001$ $(-3,85962)$	$I_0 : 0,0002$ $(111,394)$	$I_0 : 0,0000$ $(212,053)$
LIFEX	$I_0 : 0,0000$ $(-9,07309)$	$I_0 : 0,0000$ $(-7,64953)$	$I_0 : 0,0000$ $(238,429)$	$I_0 : 0,0000$ $(227,372)$
MORTALITY	$I_0 : 0,0000$ $(-8,31018)$	$I_0 : 0,0000$ $(-4,30229)$	$I_0 : 0,0000$ $(180,530)$	$I_0 : 0,0000$ $(414,188)$

Not: Tablo 2’de yer alan değerler p olasılık değerlerini ifade ederken, I_0 serinin düzey seviyesini, I_1 serinin birinci derece farkı alınmış halini göstermektedir. Parantez içerisinde yer alan değerler ise test istatistiklerini göstermektedir.

Tablo 2’de yer alan birim kök testleri sonucuna bakıldığında sağlık harcamaları (HEXP) değişkeninin Levin, Lin & Chu birim kök testi dışında diğer birim kök testlerine göre düzey seviyede durağan olmadığı fakat birinci dereceden farkı alındığında ele alınan birim kök testi sonuçlarına göre serinin durağanlaştığı görülmektedir. Bunun yanında kişi başı reel gayrisafi yurtiçi hâsıla (GDP) değişkeni, doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) değişkeni ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkeninin düzey seviyede durağan olduğu ilgili birim kök testleri sonucunda tespit edilmiştir. Analize dâhil edilen MENA ülkeleri için ilgili değişkenler ile yapılan panel tahmin sonuçları Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo: 3
MENA Ülkeleri İçin Panel Tahmin Sonuçları

MODELLER DEĞİŞKENLER	HAVUZLANMIŞ EKK (POOLED OLS)	SABİT ETKİLER (SE)	RASSAL ETKİLER (RE)
HEXP	-2,058031*** (0,0001)	-2,245912*** (0,0000)	-2,174691*** (0,0000)
LIFEX	0,269402** (0,0374)	0,947401* (0,0789)	0,417373** (0,0448)
MORTALITY	0,106566*** (0,0043)	0,379084** (0,0042)	0,157216*** (0,0079)
CONSTANT	19,88189* (0,0509)	76,12413* (0,0666)	31,84149* (0,0512)
TANIMLAYICI TESTLER			
GÖZLEM SAYISI	430	430	430
BREUSCH PAGAN LM	59,62291 (0,0000)		
HONDA TEST	7,108915 (0,0000)		
KING - W TEST	6,331036 (0,0000)		
HAUSMAN TEST			6,597256 (0,0859)
WOOLDRIDGE TEST			0,004 (0,9510)
WHITE TEST			16,34713 (0,0600)

() içindekiler p değerini göstermektedir.

* : %10 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

** : % 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

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

Panel veri analizinde uygun modeli seçmek için havuzlanmış EKK, sabit etkiler ve rassal etkiler olmak üzere üç model oluşturulmuştur. Bu modellere yönelik tahminler yapılarak karşılaştırmalı analizler neticesinde nihai modele ulaşmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ilk başta havuzlanmış EKK modeline başvurulmuş ve tahmin sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. Havuzlanmış EKK modeline göre, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları (HEXP) arasında negatif bir ilişki; doğumda yaşam beklentisi (LIFEX) ve bebek ölüm hızı (MORTALITY) değişkenleri arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiş olup, HEXP ve MORTALITY %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkarken LIFEX değişkeni de %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Sabit Etkiler modeline bakıldığında ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında negatif diğer değişkenler olan doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. HEXP değişkeni %1 anlamlılık düzeyinde, MORTALITY değişkeni %5 anlamlılık düzeyinde ve LIFEX değişkeni de %10 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Son olarak rassal etkiler modeli sonuçlarına bakıldığında, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında negatif diğer değişkenler olan doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. HEXP ve MORTALITY değişkenleri %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, LIFEX değişkeni %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

Ele alınan bu üç modelden hangisinin uygun model olduğunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı testlere başvurulmuştur. Havuzlanmış EKK ile rassal Etkiler modeli arasında hangisinin daha güçlü olduğunu belirlemeye yönelik literatürde çoğunlukla kullanılan rassal Etkiler için Breusch Pagan LM Test, Honda Test ve King-W test gibi testlere

başvurulmuştur. Yapılan bu testlerin sonuçlarına bakıldığında parantez içerisinde gösterilen p olasılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için rassal etkilerin olmadığına yönelik sıfır hipotezinin reddedildiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle rassal etkiler modeli ile elde edilmiş panel sonuçlarının havuzlanmış EKK modeli ile elde edilmiş panel sonuçlarına göre daha güçlü olduğu söylenebilir. Dolayısıyla iki model arasında tercih yapıldığında rassal etkiler modelinin seçilmesi gerekir.

Rassal etkiler ile sabit etkiler yöntemini karşılaştırmak içinde tanımlayıcı test olarak Hausman Spesifikasyon testine başvurulmuştur. Test sonucuna göre rassal etkiler modelinin tutarlı ve etkin olduğuna yönelik sıfır hipotezi Tablo 3'te de görüldüğü üzere p olasılık değeri 0,05'ten büyük olduğu için reddedilememektedir. Bu sonuçtan rassal etkiler modelinin sabit etkiler modeline göre daha uygun bir model olduğu anlaşılmaktadır. Nihai model olarak tercih edilen Rassal Etkiler modelinde otokorelasyon ve değişen varyans gibi sorunların olup olmadığını tespit etmek amacıyla White ve Wooldridge testlerine başvuruldu. Wooldridge testi sonucuna bakıldığında p olasılık değerinin 0,05'ten büyük olduğu yani otokorelasyon olmadığına yönelik sıfır hipotezinin reddedilemeyeceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle modelde otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır. Değişen varyansın olmadığına yönelik sıfır hipotezini test eden White Test sonuçlarına Tablo 3'ten bakıldığında p olasılık değerinin 0,05'ten büyük olduğu yani modelde değişen varyans probleminin olmadığı anlaşılmaktadır.

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

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

Bebek ölüm hızı ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki olduğu sonucunu destekleyen çalışmalar arasında Granados (2005), Baird vd. (2011), Schumpeter (1975) ve Brenner (2005) çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşıkları görülmektedir. Elde edilen bulgular ve literatürde çalışmanın sonucunu destekleyen katkılardan hareketle bu sonucun ortaya çıkmasında yaratıcı yıkım teorisinin bu sonucu desteklediği düşünülebilir. Bu teoriye göre, teknolojidaki gelişmeler sonucunda ekonominin büyümesine rağmen toplum içinde işini kaybeden ailelerin stres ve sıkıntı yaşamaları sonucu sosyal kültür, sosyal ilişkilerin bozulması ve sağlık kaybına bağlı bebek ölüm hızının artmasına yönelik bir etki ortaya çıkaracağı düşünülmektedir. Özellikle az gelişmiş MENA gibi ülkelerde bu etkinin gelişmiş ülkelere oranla daha etkili olacağı düşünülmektedir.

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

6. Sonuç

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

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

doğrudan ülkeleri ilgilendirirken, dolaylı olarak da tüm dünyayı ilgilendiren hayati bir konudur.

Bu nedenle sağlık alanında ortaya konmaya çalışılan planlar, harcamalar yatırımlar doğrudan sağlık yönetimi içinde sağlık ekonomisini ilgilendiren konular arasında gelmektedir. Sağlık konusu ve dolayısıyla sağlık ekonomisi konusunda gelişmiş ülkelerin belli bir yol aldıkları bilinmektedir. Sağlık alanında bu ülkelerin yapmış oldukları harcama ve yatırımların ekonomilerini geliştirdiği yapılan analizlerle desteklenmektedir. Oysa az gelişmiş ülkeler için aynı sonuca ulaşılamadığı yine yapılan araştırmalarda görülmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen bu araştırmalar arasında örneğin Ngangeu ve Manfred (2015) tarafından yürütülen, 2000-2013 yılları arasını kapsayan 141 gelişmekte olan ülke üzerine gerçekleştirilen çalışma, Baird vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen 59 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan bir başka çalışma, Akar’ın (2014) Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH ile olan ilişkisini ele alarak analiz eden çalışması ve Atılgan vd. (2017) 1975-2013 yılları arasında Türkiye’de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz ederek sağlık ve ekonomik büyüme arasında ilişkinin test edilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan MENA ülkelerinin sağlık harcamaları ile ekonomik büyümeleri arasında ilişkiyi ortaya koymaya çalışan bu makalede elde edilen sonuçlar incelendiğinde yukarıda bahsedilen çalışmalarda olduğu gibi ekonomik büyümeyle sağlık harcamaları arasında negatif bir ilişki ile karşılaşıldığı görülmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında MENA ülkelerinde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında negatif yönde, bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin ortaya çıkmasını açıklamak amacıyla *Yaratıcı Yıkım* olarak bilinen teorinin açıklayıcı olacağı düşünülebilir. Ülke ekonomilerinde teknolojiye yaşanan yenilikçi gelişmeler sonucunda toplum içinde yapısal değişim sebebiyle işini kaybeden ailelerin stres ve sıkıntı yaşamaları sonucu sağlık sorunlarında olumsuzluklar ortaya çıkar. Fiziki verimliliği ve sağlık durumu olumsuz etkilenen bireylerin eski sağlık durumlarına kavuşabilmesi için ekonomide sağlık harcamaları artar. Toplumda artan işsizlik gelirlerin düşmesine dolayısıyla efektif talebin azalarak üretimin azalmasına başka bir ifadeyle reel gayrisafi yurtiçi hasılanın veya ekonomik büyümenin azalmasına yol açabilmektedir. Özellikle MENA ülkeleri gibi az gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerde gerek *Yaratıcı Yıkım Teoris*’nin etkisi gerekse de etkinlik ve verimliliği çok arttırmayan koruyucu harcamalar olan hijyene yönelik yapılan harcamalar ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etkiye sahip olabilir.

Bu teorinin yanında az gelişmiş ülkelerde bebek ölüm hızının yüksek olduğu ülkelerde ekonomik büyümenin ölüm hızı düşük ülkelere oranla yüksek olmasında beşeri sermayeyi besleyecek büyütecek kaynakların ve alt yapının yetersiz olmasından dolayı potansiyel beşeri sermaye yerine yetişmiş insan gücüne odaklanılması gibi faktörlerin de etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda yeni doğan bebekler için yeterli olmayan koşullar gelişimleri sürecinde de potansiyel emek gücünün kalifiye olması üzerinde bir sınırlama getirmektedir. Bu nedenle kalifiye olamayan, verimsiz emek potansiyeli olan

beşerî sermayenin dolaylı olarak emeğin verimini düşürmesinden ötürü ekonomik büyümeye olumsuz etki edeceği düşünülmektedir.

İnsan sağlığı her şeyin önünde gelen bir konudur. Sağlığın ekonomik bir araç olarak görülmesi sağlığın korunarak beşerî sermayeden maksimum verim ile faydalanılması karşılıklı olarak sağlık ve ekonomi arasında bir bağ ortaya çıkarmaktadır. Gelişmiş ülkeler bu bağın farkında oldukları için sağlık alanında yapılan harcamaların sonuçlarını olumlu bir şekilde alacaklarını bildiklerinden dolayı bu alanda harcama ve yatırım yapmaya devam eder iken, az gelişmiş ülkelerde ekonomik sıkıntılardan dolayı sağlık alanında yapılan harcamaların uzun vadede getiri yerine kısa vadede ekonomiye bir yük getireceği düşünülmektedir. Bu nedenle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık konusu ekonomik büyümeden ziyade kısa vadeli çözümlerle geçiştirilecek bir konu olarak ele alınmakta, bu da bir sarmal olarak daha ciddi sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır.

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

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

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

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

Kaynaklar

- Acar, A. & S. Yeğenoğlu (2006), “Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi”, *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(1), 39-55.
- Akalın, H.E. (1995), “Sağlık Ekonomisi: Genel Tanımlar, Antibiyotik ve Kemoterapi”, *Ankem Dergisi*, 9(3), 233-235.
- Akar, S. (2014), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akdur, R. (2016), *Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir*, <www.Utopya_Sağlık_Harcamaları_Ra Pdf>, 20.02.2016.
- Akın C.S. (2007), “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ç.Ü. S.B.E. İktisat Anabilim Dalı, Adana.
- Akıncı, A. & G. Tuncer (2016), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki”, *Sayıştay Dergisi*, Temmuz-Eylül(102), 47-61.
- Akram, N. (2009), “Short Run and Long Run Dynamics of Impact of Health Status on Economic Growth Evidence from Pakistan”, *Munich Personal Repec Archive (Mpra) Papers*, No. 15454.
- Arıcı, K. (1999), *Sosyal Güvenlik*, Tes-İş Eğitim Yayınları, Sargın Ofset, Ankara.
- Atılğan, E. & D. Kilic & H.M. Ertugrul (2017), “The Dynamic Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: is The Health-Led Growth Hypothesis Valid for Turkey?”, *The European Journal of Health Economics*, 18(5), 567-574.
- Atun, R. & S. Fitzpatrick (2005), “Advancing Economic Growth: Investing in Health”, *A Summary of the issues Discussed at A Chatham House Conference Held*.
- Aydemir, C. & S. Baylan (2015), “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13), 417-435.
- Baird, S. & J. Friedman & N. Schady (2011), “Aggregate Income Shocks and Infant Mortality in the Developing World”, *Review of Economics and Statistics*, 93(3), 847-856.
- Baltagi, B.H. (2005), *Econometric Analysis of Panel Data*, 3rd ed., John Wiley and Sons Ltd.
- Bekir, M. (2003), *Türkiye’nin Sağlık Sorunları - Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Ankara.
- Bhargava, A. & D.T. Jamison & L. Lau (2000), “Modeling the Effects of Health on Economic Growth”, *Gpe Discussion Paper Series*, (33), 1-33.
- Bloom, D.E. & D. Canning (2000), “The Health and Wealth of Nations”, *Science’s Compass, Policy Forum: Public Health*, 287(1), 1207-1209.

- Bloom, D.E. & D. Sachs (1998), “Geography, demography and economic growth in Africa”, *Brookings Papers on Economic Activity*, No.2.
- Brempong, K.G. & M. Wilson (2003), “Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries”, *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 5(1), 1-25.
- Brenner, M.H. (2005), “Commentary: Economic Growth Is the Basis of Mortality Rate Decline in the 20th Century-Experience of the United States 1901-2000”, *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1214-1221.
- Bulutoğlu, K. (2001), *Kamu Ekonomisine Giriş*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Can, A. & H. İbicioğlu (2008), “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(3), 253-275.
- Ceylan, A. (2017), *Sağlık Yönetimi*, <<http://www.dicle.edu.tr/Contents/88edde95-a480-42a3-a14b-10c5fc58d0fb.pdf>>, 17.08.2017.
- Chakraborty, S. (2003), “Endogeneous Lifetime and Economic Growth”, *Journal of Economic Theory*, 1-18.
- Çalışkan, Ş. & M. Karabacak & O. Meçik (2013), “Türkiye’de Sağlık-Ekonomik Büyüme İlişkisi”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (37), 123-130.
- Çetin, M. & E. Ecevit (2010), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.
- Çimen, M. (2010), “Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 136-139.
- Dormont, B. & J.O. Martins & F. Pelgrin & M. Suhrcke (2008), “Health Expenditures, Longevity and Growth”, *IX European Conference of the Fondazione Rodolfo De Benedetti on Health, Longevity and Productivity*, Limone Sul Garda, 26 May, 2007.
- Ecevit, E. & F. Çiftçi (2008), “The Relationship between Health and Economic Growth in Terms of Cointegration and Causality Tests: The Case of Turkey, 1960-2005”, *International Sustainable Development Strategies*, Baie Mare North University, 17-19 September.
- Greene, W.H. (2003), *Econometric Analysis*, Prentice Hall, Fifth Edition, ABD.
- Granados, J.A.T. (2005), “Increasing mortality during the expansions of the US Economy, 1900-1996”, *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1194-1202.
- Grossman, M. (1999), “The Human Capital Model of Demand for Health”, *NBER Working Paper*, No: 7078, 1-100.
- Gülcan, M.C. (2008), “Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Im K.S. & M.H. Pesaran & Y. Shin (2003), “Testing for Unit Roots in Heterogeneous Panels”, *Journal of Econometrics*, (115), 53-74.
- Kar, M. & M. Ağır (2003), “Human Capital and Economic Growth in Turkey: Causality Test”, *II National Information, Economy and Management Congress Announcement Book*, Derbent- İzmir, 181-190.
- Kar, M. & S. Taban (2003), “Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri”, *A.Ü. S.B.F. Dergisi*, 58(3), 146-169.

- Karagül, M. (2002), *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu*, Anıt Matbaa, A.K.Ü. Yayınları, No: 37, Ankara.
- Karagül, M. (2003), “Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 5(1), 79-90.
- Kelly, T.R. (1997), “Public Expenditures and Growth”, *Journal of Development Studies*, 34(1), 60-84.
- Kitapçı, C. (1993), “Türkiye’de Sağlık Yönetimi (Sorunlar ve Çözüm Önerileri)”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Knowles, S. & D.P. Owen (1995), “Health Capital and Cross-country Variation in per Capita in the Mankiw-Romer-Weil Mode”, *Economics Letters*, 48(1), 99-106.
- Lucas, R.E. (1988), “On the Mechanics of Economic Development”, *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.
- Lusting, N. (2004), *Investing in Health for Economic Development*, 1st ed., Mexico.
- Mankiw, N.G. & D. Romer & D.N. Weil (1992), “A Contribution to the Empirics of Economic Growth”, *Quarterly Journal of Economics*, 107(2), 407-437.
- Mazgit, İ. (1998), “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, D.E.Ü. S.B.E., İzmir.
- McDonald, S. & J. Roberts (2002), “Growth and Multiple Forms of Human Capital in an Augmented Solow Model: A Panel Data Investigation”, *Economic Letters*, 74(1), 271-276.
- Mushkin, S.J. (1962), “Health as an Investment”, *Journal of Political Economy*, 70(5), 129-157.
- Ngangue, N. & K. Manfred (2015), “The Impact of Life Expectancy on Economic Growth in Developing Countries”, *Asian Economic and Financial Review*, 5(4), 653-660.
- Özbay, H. (2007), *Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye’de Sağlığa Bakış*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara.
- Özkara, Y. (2006), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri Ve Önemi: Bir Uygulama”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Akdeniz Üniversitesi S.B.E., Antalya.
- Öztekin, Z. (2001), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı, 1(7).
- Reinhart, V.R. (1999), “Death and Taxes: Their Implications for Endogenous Growth”, *Economics Letters*, 92(1), 339-345.
- Romer, P.M. (1986), “Increasing Returns and Long-Run Growth”, *Journal of Political Economy*, 94(5), 1002-1037.
- Sab, R. & S. Smith (2001), “Human Capital: International Evidence”, *IMF Working Paper*, 32(1), 2-33.
- Sağlık Bakanlığı (2017), *2016 Faaliyet Raporu*, Yayın No: 1063, Ankara.
- Schumpeter, J.A. (1975) [orig. pub. 1942], *Capitalism, Socialism and Democracy*, New York: Harper.
- Selim, S. & D. Uysal & P. Eryiğit (2014), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi”, *Niğde Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Sorkin, A.L. (1977), *Health Economics in Developing Countries*, Lexington, Ma: Lexington Books.

- Strauss, J. & D. Thomas (1998), “Health, Nutrition and Economic Development”, *Journal of Economic Literature*, 36(1), 766-817.
- Şimşek, T. (2015), “Modern Konjonktür Teorileri Çerçevesinde Ekonomik Dalgalanmalar: Politik İstikrarın Etkileri Üzerine Panel Veri Analizi”, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, H.Ü. S.B.E. İktisat ABD, Ankara.
- Şimşir, N.C. & F. Çondur & M. Bölükbaş & S. Alataş (2015), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(604), 43-54.
- Taban, S. (2006), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *Sosyoekonomi*, 2(4), 31-46.
- Taban, S. & M. Kar (2004), *Kalkınma Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Taban, S. (2004), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Temiz, D. & S. Korkmaz (2007), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1965- 2005”, *TUİK 16’ncı İstatistik Araştırmaları Sempozyumu*, Ankara, 266-278.
- Tezel, Y.S. (1989), *İktisadi Büyüme*, Ankara.
- Tıraşoğlu, M. & B. Yıldırım (2012), “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Ejovoc: Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(2), 111-117.
- Tokalaş, S. (2006), “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, M.Ü. S.B.E., İstanbul.
- Tokat, M. (2008), “Sağlık Ekonomisi”, *Sky 724 Sağlık Ekonomisi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Urhan, B. & N. Etiler (2011), “Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi”, *Çalışma ve Toplum*, 2(29), 191-215.
- Williams A. (1987), *Health and Economics*, “Introduction”, London UK, Mac Millian.
- Yeğinboy, E.Y. (1993), “Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi”, *Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.
- Yetkiner, İ.H. (2006), “Sağlık ile Büyüme, Ekonomi, İşletme”, *Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi*, 6(2), 83-91.
- Yumuşak, İ.G. & D.Ç. Yıldırım (2009), “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57-70.
- Witter, S. (2002), “Health Financing in Developing and Transitional Countries”, *Briefing Paper for Oxtan GB*, The University of York, International Programme, Centre for Health Economics, York.
- World Health Organization (1981), *Global Strategy for Health for All By the Year 2000*, Geneva.