# KRİZ VE SALGIN DÖNEMLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Yalçın KOCABADAK**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Eskişehir, 2021**

# KRİZ VE SALGIN DÖNEMLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Yalçın KOCABADAK**

**T.C.**

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**İktisat Ana Bilim Dalı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Eskişehir, 2021**

**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTİSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

**Yalçın KOCABADAK tarafından hazırlanan "Kriz ve Salgın Dönemlerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma 07/ 07 / 2021 tarihinde Eskişehir Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddesi uyarınca yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, Jürimiz tarafından İktisat Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.**

**Başkan: Prof. Dr. Şennur SEZGİN**

**Üye: Doç. Dr. Mehmet ŞENGÜR**

**(Danışman)**

**Üye: Prof. Dr. Ethem ESEN**

**ONAY**

**…../ 07 / 2021**

**(İmza)**

**Prof. Dr. Mesut ERŞAN**

**Enstitü Müdürü**

**… / 07 / 2021**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi hükümlerine göre hazırlandığını; bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmanın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Eskişehir Osmangazi Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programıyla taranmasını kabul ettiğimi ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim. Yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması halinde ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

**Yalçın KOCABADAK**

# ÖZET

## KRİZ VE SALGIN DÖNEMLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ

**KOCABADAK, Yalçın**

**Yüksek Lisans- 2021**

**İktisat Ana Bilim Dalı**

**Danışman:** Doç. Dr. Mehmet ŞENGÜR

Sağlık, bireylerin hayatlarını devam ettirebilmeleri için önemli bir konudur. Ne kadar sağlıklı bir toplum yapısı olursa ekonomik büyüme de o kadar önemli hale gelmektedir. Devletlerin de gerçekleştirmeyi hedefledikleri konulardan biri, sağlıklı bir birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum meydana getirmektir. Bir ülke ekonomik olarak güçlü olması ekonomik büyüme gerçekleştirilip ve devamlılığını sağlamak için sağlıklı topluma sahip olması gerekmektedir.

Gerçekleştirilen çalışmanın asıl konusu kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkidir. Krizlerin ve salgınların yaşandığı dönemlerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında ilişkinin olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Hazırlanan çalışmada sağlık kavramı, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve salgın ile ilgili konularda açıklama yapılmıştır. Buna ek olarak kriz ve ekonomik büyüme hakkında da açıklamalarda bulunulmuştur. 2000-2018 yılları arasındaki kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH), kişi başına düşen sağlık harcaması ve ölüm oranı verileri kullanılarak Türkiye dahil olmak üzere OECD ülkelerinin tamamı araştırılmaya tabi tutulmuştur. Yapılan araştırma sonucunda sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik (%10) artışın kişi başına düşen GSYH'yı %0.78 (%7.8) artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca ekonomik kriz ve salgın durumunda kişi başına düşen gelirin azalması, iktisadi açıdan anlamlı bulunmuştur. Katsayıların olasılık değerleri 0.01'den düşüktür. Bu durum ise istatistiki olarak güçlü bir anlamlılığa işaret etmektedir. Ülkelerin sağlık seviyeleri ile ekonomik gelişmişlikleri arasında yakın bir ilişki olduğu söz konusudur.



**Anahtar Kelimeler:** Kriz, Salgın, Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme

## ABSTRACT

## DURING THE CRISIS AND EPIDEMIC PERIODS THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURES AND ECONOMIC GROWTH

**KOCABADAK, Yalçın**

**MASTER DEGREE– 2021**

**Department of Economics**

**Advisor:** Assistant Professor Mehmet ŞENGÜR

Health is a significant issue for individuals in order to continue their lives. The healthier the social structure, the more important economic growth becomes. One of the issues that states aim to realize is to create a healthy individual and a society consisting of healthy individuals. A country must be economically strong and have a healthy society so as to achieve and maintain economic growth.

The main subject of this study is the relationship between health expenditures and economic growth during crisis and epidemic periods. It was aimed to investigate whether there is a relationship between health expenditures and economic growth in times of crises and epidemics. In the prepared study, an explanation was made about the concept of health, health services, health expenditures and the epidemic. Using data on per capita gross domestic product (GDP), per capita health expenditure and mortality rate between 2000 and 2018, all OECD countries, including Turkey, were surveyed. As a result of the research, it was determined that 1% (10%) increase in health expenditures increased GDP per capita by 0.78% (7.8%). In addition, the decrease in per capita income in the event of an economic crisis and epidemic was found to be economically significant. The probability values of the coefficients are less than 0.01. This situation indicates a statistically strong significance. There is a close relationship between the health levels of countries and their economic development.



**Keywords:** Crisis, Pandemic, Health Expenditure, Economic Growth

## İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... v

ABSTRACT ..... vi

TABLOLAR LİSTESİ ..... xi

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... xii

KISALTMALAR LİSTESİ ..... xiii

GİRİŞ ..... 1

**1. BÖLÜM**

**SAĞLIK İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

1.1.SAĞLIK KAVRAMI ..... 3

1.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI ..... 4

1.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI ..... 4

1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri ..... 6

1.3.2.Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri ..... 6

1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ..... 7

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ ..... 8

1.4.1.Kamusallık Özelliği ..... 8

1.4.2. Dışsallık Özelliği ..... 9

1.4.3. İkame Edilememe ..... 9

1.4.4. Asimetrik Bilgi ..... 9

1.5. SAĞLIK HARCAMALARI TANIMI ..... 10

1.6. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI ..... 10

1.6.1.Kamu Finansman Yöntemleri ..... 10

1.6.1.1.Vergilerle Finansman ..... 10

1.6.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası ..... 10

1.6.2. Özel Finansman Yöntemleri ..... 11

1.6.2.1. Cepten Yapılan Ödemeler ..... 11

1.6.2.2. Özel Sağlık Sigortası ..... 12
1.7. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ..... 12
1.7.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi ..... 13
1.7.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi ..... 13
1.7.3. Sosyal Değerler Yargılarının Değişmesi ..... 14
1.7.4. Teknolojik Gelişmeler ..... 14
1.7.5. Şehirleşme ..... 14
1.7.6. Yaşam Süresinin Uzaması ..... 15
1.8. TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI ..... 15
1.9. SALGIN ..... 21
1.9.1. Salgınların Önemi ..... 21
1.9.2. Salgından Korunma ..... 21
1.9.3. Salgın İncelemesi ..... 22
1.9.4. Salgınların Tarihçesi ..... 23

**2. BÖLÜM**

**KRİZ VE EKONOMİK BÜYÜME**

2.1. KRİZ ..... 31
2.1.1. Kriz Türleri ..... 31
2.1.2. Krizlerin Nedenleri ..... 34
2.2. KÜRESEL EKONOMİDE YAŞANMIŞ KRİZLERİN TARİHÇESİ ..... 34
2.2.1. Dünyada Yaşanan Başlıca Ekonomik Krizler ..... 34
2.2.1.1. Büyük Buhran (1929) ..... 34
2.2.1.2. Petrol Krizleri (1974 ve 1980) ..... 35
2.2.1.3. Güneydoğu Asya Krizi (1997) ..... 37
2.2.1.4. Küresel Ekonomik Kriz (2008) ..... 38
2.2.2. Türkiye'de Yaşanan Başlıca Krizler ..... 39
2.2.2.1. 1982 Bankerler Krizi ..... 39

2.2.2.2. Nisan 1994 Krizi ..... 39
2.2.2.3. Kasım 2000 ve Şubat 2001 Krizleri ..... 40
2.2.2.4. 2008 - 2009 Krizi ..... 43
2.3. EKONOMİK BÜYÜME TANIMI VE KAYNAKLARI ..... 45
2.3.1. Ekonomik Büyüme Çeşitleri ..... 46
2.3.2. Ekonomik Büyüme Modelleri ..... 47
2.3.2.1. Klasik Büyüme Teorileri ..... 47
2.3.2.2. Harrod- Domar Büyüme Teorisi ..... 47
2.3.2.3. Neo-Klasik Büyüme Teorisi (Solow Büyüme Teorisi) ..... 49
2.3.2.4. İçsel Büyüme Teorileri ..... 50

**3. BÖLÜM**

**KRİZ VE SALGIN DÖNEMLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ: PANEL VERİ ANALİZİ**

3.1. EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ ..... 53
3.2. KRİZLERİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ ..... 54
3.3. AMPİRİK LİTERATÜR ..... 55
3.4. METODOLOJİ VE MODEL ..... 63
3.4.1. Araştırma Metodoloji ..... 64
3.4.1.1 Panel Veri Analizi ..... 64
3.4.1.2. Panel Birim Kök Testleri ..... 65
3.4.1.3. Westerlung ve Edgerton (2007) LM Bootstrap Panel Eşbütünleşme Testi ..... 66
3.4.2. Araştırma Problemi ..... 66
3.4.3. Araştırmanın Önemi ..... 66
3.4.4. Araştırmanın Amacı ..... 67
3.4.5. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi ..... 67
3.4.5.1. Kapsam ve Sınırlılık ..... 67
3.4.5.2. Varsayımlar ..... 67

3.4.5.3. Veri Toplama Tekniği ..... 68
3.5. BULGULAR ..... 69
3.5.1. Panel Verilerde Yatay Kesit Bağımlılığı ve Birim Kök Testi ..... 69
3.5.2. Panel Eşbütünleşme Testi ve Katsayı Tahmini ..... 72
SONUÇ ..... 78
KAYNAKÇA ..... 80

## TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 1.** Cari Sağlık Harcamaları (GSYH' nin Yüzdesi) ..... 17
**Tablo 2.** Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması (Cari ABD Doları)..... 19
**Tablo 3.** 2017 ve 2018 Yılları Hastane Yatak Oranı (1000 Kişi Başına)..... 20
**Tablo 4.** Bazı Gelişmiş Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları ..... 28
**Tablo 5.** Bazı Gelişmekte Olan Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları..... 29
**Tablo 6.** Bazı Az Gelişmiş Olan Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları..... 30
**Tablo 7.** 2000 ve 2001 Krizlerinde OECD ve Türkiye'de Enflasyon Oranları..... 42
**Tablo 8.** 2000 - 2001 Krizlerinde Türkiye'nin Bazı Ekonomik Göstergeleri ..... 43
**Tablo 9.** 2008 - 2009 Krizinde Türkiye'nin Bazı Ekonomik Göstergeleri ..... 44
**Tablo 10.** Çalışmaya Dahil Edilen OECD Ülkeleri ..... 68
**Tablo 11.** Modelde Kullanılan Değişkenler ..... 69
**Tablo 12.** Hausman Testi Sonuçları ..... 70
**Tablo 13.** Friedman (1937) ve Pesaran (2004) Yatay Kesit Bağımlılığı Test Sonuçları ..... 71
**Tablo 14.** Pesaran (2007) Birim Kök Testi Sonuçları ..... 72
**Tablo 15.** Westerlund (2007) Eşbütünleşme Testi Sonuçları..... 73
**Tablo 16.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Ortalama Grup Sonuçları..... 74
**Tablo 17.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Sonuçları- Ülkelere Özgü Katsayılar. 75
**Tablo 18.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Sonuçları- Ülkelere Özgü Katsayılar (Tablo 17'nin Devamı)..... 76

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ..... 5
**Şekil 2.** Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri ..... 8
**Şekil 3.** Kriz Türleri ..... 32
**Şekil 4.** Finansal Krizlere Sebep Olan Etmenler ..... 33
**Şekil 5.** Büyümenin Finansman Kaynakları ..... 46

**KISALTMALAR LİSTESİ**

**ADF** : Genişletilmiş Dickey- Fuller Testi

**AIDS** : Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

**AMG** : Genişletilmiş Ortalama Grup

**AR-GE** : Araştırma ve Geliştirme

**DİBS** : Devlet İç Borçlanma Senetleri

**DOLS** : Dinamik En Küçük Kareler

**EUS** : Erken Uyarı Sistemleri

**FMOLS** : Tam Düzeltilmiş En Küçük Kareler

**GDP** : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

**GSYH** : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

**HEALT EXP** : Sağlık Harcamaları

**HIV** : İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

**IMF** : Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund)

**KBDGSYİH** : Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

**MERS** : Orta Doğu Solunum Sendromu

**MORT RATE** : Ölüm Oranı

**MÖ** : Milattan Önce

**MS** : Milattan Sonra

**OECD** : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development)

**OPEC** : Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü (Organization of Petroleum Exporting Countries)

**SARS** : Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu

**SS** : Sayfa Sayısı (Sayfalararası)

**SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu

**TEFE** : Toptan Eşya Fiyat Endeksi

**TÜFE** : Tüketici Fiyat Endeksi

**YY** : Yüzyıl

**WB** : Dünya Bankası

**WHO** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

# ÖNSÖZ

Tez çalışmalarımın zorlu sürecinde emeğini, deneyimlerini ve değerli yönlendirmelerini hiçbir zaman esirgemeyen; sabır ve sukünet ile çalışmalarımın tamamlanmasında bana her zaman destek veren saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Mehmet ŞENGÜR'e çok teşekkür ederim. Ayrıca hayatımın her döneminde maddi ve manevi destek veren ve tezimin başlangıcından tamamlanmasına kadar beni motive eden babam Metin KOCABADAK, annem Münire KOCABADAK ve kardeşim Yasin KOCABADAK'a çok teşekkür ederim.

**Yalçın KOCABADAK**

## GİRİŞ

Sağlık, insanlık tarihi açısından daima önem arz edenen konulardan biri olmuştur. Sağlık bir haktır. Devletler de sağlıklı bir toplum yapısına sahip olmayı hedeflemektedir. Ancak salgın hastalıklarla veya krizlerle mücadele dönemlerinde yapılan harcamalar devletlere ağır bir yük yüklemektedir. Bu gibi durumların yaşandığı zamanlarda doğru politikalar kullanılarak bu ağır yük hafifletilmektedir. Salgın veya kriz dönemlerini en az hasarla atlatan toplumların ekonomik gelişmeleri de daha yerinde ve hızlı olacaktır. Nihai amaç olarak; kriz ve salgın dönemlerinin yaşandığı zamanlarda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye bir etkisi olup olmadığı hakkında araştırılma yapılmasıdır. Son zamanlarda toplumsal bir boyut kazanan sağlık ve salgın gibi konulardan hareketle tez çalışmasında ulaşmak istenilen problem kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında bir ilişki olup olmadığı konusudur.

Çalışma üç ana başlıktan oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık kavramı, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve salgın ile ilişkin kavramsal çerçeve detaylı şekilde ele alınmıştır. Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri tanımlandıktan sonra sağlık hizmetlerinin alt başlıkları ve genel özellikleri hakkında bilgiler verilmiştir. Sonrasında sağlık harcamalarının finansmanı ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler açıklanmıştır. Birinci bölümün son kısmı ise salgın ile ilgili teorik bilgi vermektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise kriz ve ekonomik büyümeyle ilgili kavramsal çerçeve ele alınmış olup detaylı teorik bilgiler verilmiştir. Kriz kavramı tanımlandıktan sonra kriz türlerine ve krize neden olan etmenler açıklanmıştır. Küresel ekonomide meydana gelmiş krizler hakkında detaylı bilgiler verilmiştir. İkinci bölümün son kısmını ise ekonomik büyüme oluşturmaktadır. Ekonomik büyüme kavramından bahsedildikten sonra büyüme modelleri hakkında teorik bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek için panel veri yöntemleri kullanılmıştır. Türkiye dahil olmak üzere bütün OECD ülkelerinin 2000- 2018 yılları arasındaki kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH), kişi başına düşen sağlık harcaması ve ölüm oranı verileri kullanılarak analize tabi tutulmuştur. İlk aşamada

kullanılan modelde yatay kesit bağımlılığının olup olmadığının kontrolü sağlanmıştır. Bu kapsamda Friedman (1937) ve Pesaran (2004) yatay kesit bağımlılığı testleri uygulanmıştır. Kullanılan modelde yatay kesit arası bir bağımlılık tespit edilmiş ve analizin devam eden süreçlerinde bu bilgi kullanılarak testler yürütülmüştür. İkincil nesil birim kök testlerinden Pesaran (2007) testi durağanlığın tespiti için kullanılmış ve değişkenlerin birinci farkta durağan olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi için Westerlund (2007) testi uygulanmıştır. Eşbütünleşme ilişkisi kanıtlandıktan sonra katsayı tahmini için AMG (genişletilmiş ortalama grup) tahmincisi kullanılmıştır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

# SAĞLIK İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

## 1.1.SAĞLIK KAVRAMI

Hayatın devamlılığını sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek isteyen toplumlar sağlık kavramına oldukça önem vermektedirler. Sağlık kavramı, hem kişiler hem de toplumlar açısından daima önem arz edenen konulardan biri olmuştur.

Sağlık kavramıyla ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. Kişilere göre sağlık kavramı, kendilerini huzursuz etmeyen yakınma ve sızlanmaları hastalık olarak kabul etmezlerken; hekimlere göre sağlık kavramı farklılık göstermektedir. Hekimlere göre sağlık kavramı, basit halde olsa bile yakınma veya normal durumdan uzaklaşma hastalık olarak tanımlanmaktadır (Öztek, 2001: 294).

Temel insan haklarından biri de sağlık kavramıdır diyen Ottawa Sözleşmesi, yeterli düzeyde ekonomik kaynak, huzur, barınma, gıda, istikrarlı bir ekonomik sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını dahil eden bazı şartları vurgulamaktadır. Bu şartların kabulü, fiziksel çevre, ekonomik ve sosyal çevre koşulları, bireysel yaşam stilleri ve sağlık arasındaki vazgeçilmez ilişkileri ön plana çıkarmaktadır (TCSB, 2011: 1).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık kavramı: "Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu olması" şeklinde bir tanım yapılmaktadır (TCSB, 2011: 1). Bu tanımlamadan yola çıkarak sağlık her anlamda bedenin ve ruhun iyi işliyor olması ve buna ek olarak kişilerin kendilerini iyi ve zinde hissetmeleridir.

Sağlığın sürdürülebilir kılınması sağlıklı olmak kadar önem arz eden bir konudur. Sağlığı korumak, devamlılığını sağlamak ve geliştirmek yalnızca sağlık kapsamındaki bir konu değildir. Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek demek, aynı zamanda ekonomik ve sosyolojik çevrenin ilişki içerisinde olması demektir. Ekonomik çevreler sağlık hizmetleri finansmanını karşılamak adına kaynak oluşturma çabası içindedirler. Sosyolojik çevreler ise insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için fiziksel ve biyolojik çevre şartlarında uygun önlemler almalıdır (Yıldırım, 1994: 10).

## 1.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Sağlık hizmeti kavramının birden çok tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlamalardan bazılarına göz atmak gerekirse sağlık hizmetleri; fertlerin ve fertlerin oluşturduğu toplum üyelerinin bedensel, ruhsal ve sosyal bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için yapılması gerekli olan hizmetlerdir (Mutlu ve Işık, 2012: 14).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar verebilecek bütün etmenlerin yok edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamaya ek olarak hastalara bir tanı koyabilmek için hasta muayenesi, tedavi edilmesi, zihinsel, fiziksel yetilerinin kaybolması veya hiç kullanılmaması durumunda, bunlarla ilgili tıbbi bakım çalışmalarının tamamı sağlık hizmetlerinin konusuna girmektedir (Tümerdem, 1992: Aktaran Konuk, 2011: 5).

Diğer tanımlamaya bakmak gerekirse Dünya Sağlık Örgütü'ne benzer olarak anayasanın 224. Maddesinde; "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak belirtilmektedir (Konuk, 2011: 5).

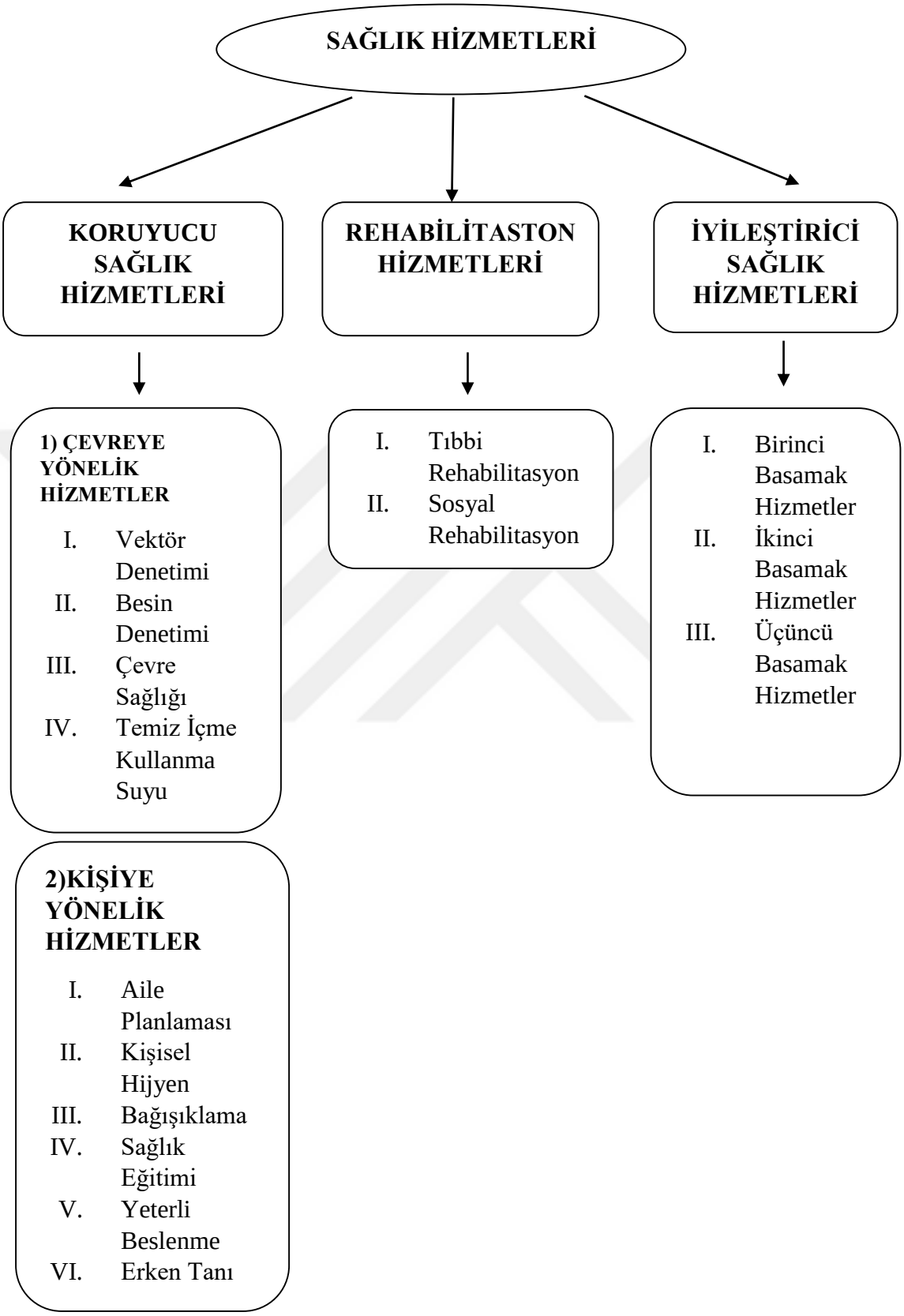
## 1.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerini üç gruba ayrılmaktadır. Şekil 1.de verildiği gibi sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Koruyucu hizmetler kendi içinde iki alt başlığa ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi çevreye yönelik hizmetlerdir. İkincisi ise kişiye yönelik hizmetlerdir. Çevreye yönelik hizmetler vektör ve besin denetimi, çevre sağlığı ve temiz içme kullanma suyu şeklinde bir sınıflanmaya tabi tutulmuştur. Kişiye yönelik hizmetler ise aile planlaması, kişisel hijyen, bağışıklama (bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama), sağlık eğitimi, yeterli beslenme ve erken tanı olarak sınıflanmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon şeklinde iki alt başlığa ayrılmaktadır. Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri ise birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetler ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç alt başlığa ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmış hali şekil 1'de verilmiştir.

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması




**Kaynak:** Tuncel vd.,1993

### 1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişilerin yaralanmalarını, sakatlanmalarını ve hastalanmalarını önlemeye yönelik tedbirler alınması koruyucu sağlık hizmetleri kapsamı içindedir. Bunun yanında kişinin ve toplumun sağlığını koruyup geliştirir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir diğer adı önleyici sağlık hizmetleridir. Bir tanımlamaya göre koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumun hayatları boyunca karşı karşıya kalabilecekleri çeşitli hastalık riskini azaltmaya yönelik hizmetlerdir. Böylece sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak ve geliştirerek yaşam standardını yükseltmeyi amaçlamaktadır (Akdur, 2006: 13).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı hastalık ortaya çıkmadan onu engellemektir. Özellikle hızlı bir şekilde yayılan hastalıkların önlenmesi, kişilerin bağışıklık sistemlerinin bu türden hastalıklara karşı geliştirilmesiyle mümkün olabilecektir (Çelikay ve Gümüş, 2008: 8).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde kişiye yönelik hizmetler ve çevreye yönelik hizmetler olmak üzere iki alt başlığa ayrılmaktadır:

I. Kişiye yönelik hizmetler kendi içinde aile planlanması, kişisel hijyen, bağışıklama (bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama), sağlık eğitimi, yeterli beslenme ve kişilere erken tanı yapılması olmak üzere alt başlıklara ayrılmaktadır. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri; hekim, sağlık memuru, ebe ve hemşire gibi sağlık personeli tarafından yürütülür.
II. Çevreye yönelik hizmetleri kendi içinde vektör ve besin denetimi, çevre sağlığı ve temiz içme-kullanma suyu olmak üzere alt başlıklara ayrılır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise; alanında özel bir eğitim almış mühendis, teknisyen, veteriner, kimyager ve buna benzer meslek grupları tarafından yürütülür.

### 1.3.2.Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon sağlık hizmetleri doğuştan gelen, hastalıktan kaynaklanan veya kazalardan ötürü meydana gelen fiziksel ve ruhsal bozuklukların ve sakatlıkların gündelik hayatı olumsuz şekilde etkilemesinin önüne geçmek veya bu etkiyi minimize etmek, kişilerin ruhsal ve bedensel olarak kimseye bağımlı kalmayacak şekilde yaşamlarını sürdürmesi hedeflenerek düzenlenen sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Karaege, 2001: 107).

Rehabilitasyon sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt başlığa ayrılmaktadır:

I. Tıbbi rehabilitasyon kişilerin bedenlerindeki kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların işitme cihazları, protezler, koltuk değnekleri, tekerlekli sandalyeler gibi yardımcı ekipmanlar ile giderilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amacıyla sunulan hizmetlerdir.
II. Sosyal rehabilitasyon ise sakatlığı ve engeli bulunan kişilerin hayatlarını daha aktif olarak sağlayabilmesi, başka birisine bağımlı kalmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri amacıyla sunulmakta olan, kişilerin yeni bir iş bulması, bulduğu bu işte uyum sağlayabilmesi veya öğrenmelerine yardımcı olmayı içeren hizmetlerdir (Hayran, 1997: 18).

### 1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlığını yitirmiş kişilere ve sağlıkta meydana gelen bozukluklara bağlı meydana gelen hastalığın yok edilmesine ve sakatlık durumunun iyileştirilmesine yönelik verilen sağlık hizmetleridir (Somunoğlu, 2012: 12). Tedavi edici sağlık hizmetlerinde daha çok kişisel fayda ön plana çıkmaktadır.

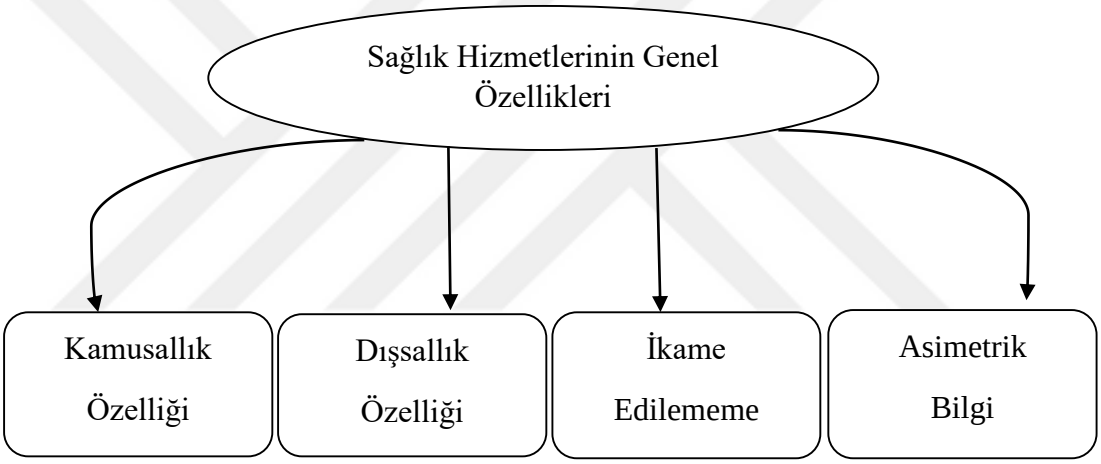
Tedavi edici sağlık hizmetleri, tedavi uygulama yöntemine göre kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç gruba ayrılmaktadır. Bu tedavi hizmetlerine kısaca değinmek gerekirse:

I. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Kişilerin hastalıklarının evlerinde veya ayakta teşhis ve tedavi edilmesi şeklinde sunulan hizmetleri içermektedir (Tokay, 2000: 12). Örnek kuruluş olarak sağlık ocakları verilebilir.
II. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Detaylı bir tıbbi bilgi ve teknolojiye ihtiyaç duyulmadan kişilerin hastalıklarının teşhis edilmesi ve sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavi edilmesi şeklinde sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2009: 48).
III. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Eğitim hastaneleri (Üniversite hastaneleri) aracılığıyla sağlanan, ileri düzey detaylı bilgi, yoğun teknolojileri ve ileri derecede tetkik ve kişiye özel tedavi uygulanan hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2009: 48).

## 1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri sadece toplumun belirli bir kesimini değil toplumun tamamını ilgilendiren bir konudur. Örnek vermek gerekirse ekonomik durumu iyi olmayan ailelere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu durumda sadece ekonomik durumu iyi olmayan ailelerin ihtiyaçlarını karşılamaktan ziyade toplumun diğer fertlerine de hastalığın bulaşmasını önlemek amaçlanmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin amacı toplumun tamamının sağlık koşullarını iyileştirmektir. Buradan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklıdır. Sağlık hizmetlerinin bazı genel özellikleri vardır. Bu özellikleri sıralamak gerekirse eğer: kamusallık özelliği, dışsallık özelliği, ikame edilememe özelliği, asimetrik bilgi özelliği şeklinde verilmektedir.

**Şekil 2.** Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri




### 1.4.1.Kamusallık Özelliği

Kamusal mallar, tam kamusal mal ve yarı kamusal mal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerini genel olarak özel sektör de hizmet verdiği için yarı kamusal mallar sınıfına girmektedir. Bu hizmetler bir tüketicinin kullanımına sunulduğunda toplumun diğer fertleri de bu hizmetlerden faydalanmaktadırlar. Verilen sağlık hizmeti sonucunda ortaya çıkan fayda sadece kişiye özel değil aynı zamanda topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır (Akın, 2007: 10). Ancak koruyucu olarak verilen sağlık hizmetleri tam kamusal mal özelliği göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamına sunulmakta ve bu hizmetlerden kimse dışlanamamaktadır. Örnek vermek gerekirse aşı hizmeti toplumun tamamına yapılabilir ve öte yandan bulaşıcı hastalıkları önlemede kullanıldığı için faydası oldukça yüksektir.

### 1.4.2. Dışsallık Özelliği

Dışsallık; bir ekonomik faaliyetin ya da eylemin özel fayda ve maliyetlerinin dışında, topluma yansıyan maliyet ve fayda üretmesi dışsallık olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2013: 62). Bu dışsallıklar olumlu ya da olumsuz yönde görülebilmektedir. Burada üretici ve tüketicilerin bir başka üretici ve tüketiciye sağlamış oldukları fayda ya da zararlar bütünüyle piyasa dışıdır. Sağlık hizmetleri açısından dışsallık kavramı düşünüldüğünde; bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik gayretler, bunun yanında alınan başarılar dışsallık örnekleri olarak verilebilir (Mutlu ve Işık, 2012: 49). Buradan yola çıkılacak olursa sağlıktan elde edilen toplumsal fayda bireysel faydadan daha yüksektir. Devletin aşılama işlemi yapması, bulaşıcı hastalıkları önleme gibi koruyucu sağlık hizmetleri vermesi sağlık hizmetinin dışsallık özelliğinden dolayıdır.

### 1.4.3. İkame Edilememe

Mal ve hizmet piyasalarında genellikle ihtiyaç duyulan mal veya hizmetin ikamesi mümkün olabilmektedir. Lakin sağlık hizmetleri ikame edilememektedir. Kişinin sağlığı için olması gereken kalp ameliyatı olması yerine böbrek ameliyatı veya başka bir ameliyat olması, beyin ameliyatı olması yerine mide ameliyatı veya başka bir ameliyat olması durumu söz konusu değildir. Bu örnekten de anlaşılacağı üzere sağlığı bozulan kişinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin farklı bir hizmetle ikamesi mümkün olmamaktadır (Tıraş, 2018: 43). Bu sebepten ötürü sağlık hizmetleri ikame edilememektedir.

### 1.4.4. Asimetrik Bilgi

Tam rekabet şartları altında alıcıların ve satıcıların söz konusu malın niteliği hakkında tam bilgiye sahip oldukları farz edilmektedir. Ancak gerçek hayatta alıcılar ve satıcılar bir malın ve hizmetin niteliği konusunda birbirinden farklı bilgiye sahip olabilmektedirler. Böyle bir duruma asimetrik bilgi denmektedir (Ünsal, 2010: 590). Sağlık hizmetlerinde de sağlık hizmeti sunucularıyla sağlık hizmeti kullanıcılarının arasında bilgi seviyelerinde farklılıklar söz konusudur (Çelik, 2011: 58). Bir sağlık problemi olduğu gerekçesiyle sağlık kuruluşuna gelen bir kişi hangi tahlil veya tetkik yapılması gerektiğini bilemez. Haliyle bu kişinin aldığı ve alacağı hizmet hakkında da tam ve net bir bilgisi yoktur. Hangi sağlık hizmetini alması gerektiğine sağlık personelleri karar verir (Tengilimoğlu, 2012: 57).

## 1.5. SAĞLIK HARCAMALARI TANIMI

Ünal (2013: 113) sağlık harcamalarının tanımını: "Bir toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesiyle oluşan maliyetlerin karşılanmasında kullanılan bireysel ve toplumsal harcamaların tamamı" olarak yapmaktadır.

## 1.6. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Bu başlık altında sağlık harcamalarının finansman yöntemlerinden sadece iki tanesinden bahsedilecektir. Bunlar kamu finansman yöntemleri ve özel finansman yöntemleridir.

### 1.6.1.Kamu Finansman Yöntemleri

Kamu finansman yöntemlerinin ortaya çıkışı 19. yüzyılın sonlarına uzanmaktadır. İki alt başlığa ayrılmaktadır:

#### 1.6.1.1.Vergilerle Finansman

Vergiler, sağlık hizmetlerinin finansmanı için önemli bir kaynaktır. Toplanan vergilerin bir havuzda biriktirilerek devletin karar alma mekanizmaları aracılığıyla farklı sektörlere kaynak aktarım yapılması söz konusudur. Vatandaşlar vergi ödeyerek sağlık hizmetlerine katkı ve finansman sağlarlar (Tatar, 2011: 112). Vergiler, genel ve özel amaçlara göre ayrılır. Genel amaçlı vergi, farklı türden amaçlar için bir araya getirilen vergiler topluluğuyken özel amaçlı vergi ise sadece sağlık sektörü için toplanan vergilerdir. Geniş bir vergi tabanı oluşturmak ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih etmeyi gerçekleştirilebilir kılmak en önemli fırsatlarıdır (WHO, 2009).

#### 1.6.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Almanya'da Bismarck tarafından ilk olarak ortaya atıldığı için Bismarck sistemi olarak da bilinen bu sistem 1883 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu uygulama bazı durumları zorunlu kılmaktadır. Bu zorunlu durumlar; sosyal sağlık sigortası, hastalık fonuna üye olmayı ve bunlara ek olarak işçilerin ve işverenlerin zorunlu olarak katkılarıyla fonun finanse edilmesidir. Bu zorunlu kamu sağlık sigortasının uygulanması hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Buna sebep olarak kamunun sağlıkla ilgili sosyal endişeleri ortaya çıkmış olması, çalışanların ve ebeveynlerinin isteklerine yanıt vermiş olmasıdır. Almanya'nın ardından İngiltere ve

sonrasında Fransa'da sağlık sigortası uygulanmasına başlamıştır (Ron ve Abel-Smith, 1990: 22).

Sosyal sağlık sigortası sisteminde şirketler, çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve devlet prim ödemeleri yoluyla sosyal sağlık sigortası fonuna katkıda bulunur. Şirketler ve çalışanlar tarafından yapılan ödemeler genellikle çalışanın aldığı maaş miktarı ile alakalıdır. Serbest meslek sahibi bireylerin katkıları ise genellikle tahmini gelir veya sabit bir fiyat temelinde belirlenir. Devlet bunu karşılayamayan bireylere katkıda bulunmaktadır (Carrin ve James, 2005). Sosyal sigortanın hem düzenli hem de öngörülebilir finansman sağlıyor olması bu sistemin en avantajlı tarafıdır (Tatar, 2011: 116). Hem vergilerle finansman yönteminde hem de sağlık sigortası finansman yönteminde sağlık hizmetini üretenlerle bu hizmetten faydalananlar arasında herhangi bir yüz yüze para ilişkisi söz konusu değildir (Çulha, 2019: 24).

### 1.6.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden ikincisi olan özel finansman yöntemleri sağlık hizmetlerinde önemli bir yer edinmektedir. Özel finansman yöntemlerini cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası olarak iki alt başlıkta ele alınmaktadır. Cepten yapılan ödemeler, kişilerin farklı nedenlerle sağlık hizmeti alması sonucunda ceplerinden yaptıkları ödemelerdir. Özel sağlık sigortası ise kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için prim ve katkı payı ödemesi durumudur.

#### 1.6.2.1. Cepten Yapılan Ödemeler

Cepten yapılan ödemeler, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi adına doğrudan doğruya ceplerinden ödeme yaptıkları harcama şeklinde tanımlanabilir. Hastalık vuku bulması durumunda, finansmanını kişinin direkt kendisinden yapılır. Sağlık harcamaları 1970'li yıllarda ivme kazanmış ve dünyada makro-ekonomik daralmaların olması neticesinde sağlık sektörüne yönelik ek kaynak oluşturulması ihtiyacı gündem konusu olmuştur. Bu sebeple cepten yapılan ödeme şekilleri doğmuştur (İstanbulluoğlu ve diğerleri, 2010: 90).

Dünyanın birçok ülkesinde cepten yapılan ödeme modeli kullanılmaktadır. Daha çok sağlık hizmeti veremeyecek kadar düşük gelir düzeyine sahip ve sağlık sistemi işlevi zayıf olan ülkelerde tercih edilen sistemdir. Bu sistemi uygulayan ülkelerde sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin yeterli maddi imkânı olması gerekir. Aksi takdirde yeterli maddi duruma sahip değilse karşısına iki seçenek çıkmaktadır.

Bu seçeneklerden ilki hastalığın devam etmesi, diğeri hastalıktan dolayı yaşamını kaybetmesidir (Lamerie vd., 1999: 3-6).

#### 1.6.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sigorta yüksek gelirli ülkelerde daha fazla uygulama alanı bulmakla beraber gelişmekte olan ülkelerde de uygulama alanı gitgide artmaktadır (Çelik, 2006: 182; Özer ve ark., 2014: 2). Türkiye'de ise özel sağlık sigortası sistemi 1990'dan sonra yaygın hale gelmiştir (Lui, Çelik ve Şahin, 2005: 23).

Özel sağlık sigorta sisteminin meydana gelmesinde bazı etmenler vardır. Bunlar sağlık hizmetleri için gerekli olan harcamalardaki belirsizlik, talepteki belirsizlik, riskin paylaşımı, ülkelerin sosyal güvenlik alanında sunduğu sağlık hizmetlerindeki yetersizlik ve kalitesizlik, bunun sonucunda memnuniyetsizlik oranında artış, tüketici taleplerindeki değişim, sosyal sigorta sistemlerinde bazı sağlık hizmetlerinin kapsam dışı bırakılması gibi etmenler verilebilir (Çelik, 2006: 182; Özer ve ark., 2014: 2).

## 1.7. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde son zamanlarda daha belirgin artış göstermekle birlikte genel olarak tüm dünya ülkelerinde artış göstermektedir. Bilhassa gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları artış hızı, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere kıyasla fazladır (Boz ve Sur, 2015: 25).

Sağlık harcamalarında gerçekleşen artışlar ülkelerin bütçelerinde açıklara sebep olmaktadır. Bununla birlikte finansman sorunu da ortaya çıkmaktadır. Günümüzde pek çok ülke bu finansman sorununa çözüm bulmak için sağlık harcamalarını ve diğer kamu harcamalarını azaltarak vergilerin arttırılması politikalarını kullanmaktadır (Yereli vd., 2016: 5). Hem az gelişmiş hem de gelişmekte olan veya gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri benzerlik göstermektedir. Temelinde ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörlere ek olarak gelir artışının da sağlık harcamalarını artırdığı belirtilmiştir (Hansen ve King, 1996: 127). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerden bahsetmek gerekirse: kişi başına düşen gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değerler yargılarının değişmesi, teknolojik ilerlemeler, şehirleşme, yaşam süresinin

artması, toplumsal düzendeki değişim, nüfus artışındaki değişim şeklinde verilmektedir.

### 1.7.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkeler zaman içerisinde üretim tekniklerinde bayağı yol almışlardır. Bu durum üretimde etkinlik ve verimliliği getirmekle birlikte bireylerin gelirlerinde de artış sağlamıştır. O ülkedeki geliri artan bireylerin rahat bir hayat sürmelerini sağlayacak hizmetlerde talep fazlalığını beraberinde getirir. Belirli asgari düzeyde ihtiyaçların devletler veya diğer kurumlar tarafından güvence altına alınması, bireylerin temel gereksinimler dışında kalan mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır (Musgrave, 1969: 12). Gelirin artmasına bağlı olarak sağlık harcamalarının artmasının sebeplerinden bir tanesi de kamu sağlık hizmetlerinden özel sağlık hizmetlerine doğru yönelimin olması durumu olması ve yaşam seviyesi artan bireyler daha kaliteli bir hizmet arayışına girmesi verilmektedir. Yapılacak harcamaların bireylerin kalan tüm ömründe kullanılacak olması neticesinde sağlık adına yapılan harcamalarda bireyler herhangi bir sınırlandırmaya gitmemektedirler (Görgün, 1993: 74). Başka bir deyişle sağlık harcamalarında belirli bir limit belirlemek oldukça güçtür.

### 1.7.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Dünya'da verilen küresel ölçekteki eğilimler, toplumların bilinçlenmelerine katkı sağlamıştır. Bu yüzden sağlık ve hastalık gibi kavramların değişmesine sebep olmuştur. Eğitim seviyesinin artması, emeğin yükselen trendi, kaliteli sağlık hizmeti verilmesi sonucunda hastaların taleplerinde de değişiklik olmuştur. Hasta kişiler daha bilinçli bireyler haline gelmişlerdir. Bu durumun doğal sonucu olarak sağlık harcamaları artış göstermektedir (Yıldırım, 2000: 3). Ancak diğer taraftan eğitim seviyesinin artması sonucunda kişilerin hijyen kurallarına daha fazla riayet etmesi sağlık talebini olumsuz yönde etkileyebileceği yönde görüşler de mevcuttur. Bu görüşler sağlık harcamalarının azalacağı yönündedir (Mutlu ve Işık, 2012: 220-221). Eğitim seviyesi artan bireyler sağlıklı olmak adına hem temel besinsel hem de temel fiziksel faaliyetleri gerçekleştirmektedirler (Cura, 2012: 31). Özel pazarlama usullerinin ve finansman tekniklerinin gelişmesiyle yeni ürünler müşterilere kolay bir şekilde ulaşabilmektedir. Eğitim aslında sağlık endüstrisini de sürekli büyüyen ve en kârlı sektörlerden biri haline getirmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 220).

### 1.7.3. Sosyal Değerler Yargılarının Değişmesi

Küreselleşmeyle beraber dünyada var olan ihtiyaçlar sürekli olarak değişime uğramaktadır. Sosyal değer yargılarının değişmesi de diğer var olan sektörlerde olduğu gibi sağlık alanını da etkilemiş ve değişim sürecine sokmuştur. Öncelerde fiyatların yüksek ve lüks olan teşhis ve tedavi yöntemleri son zamanlarda hayatımızın vazgeçilmezleri arasına girmiştir. Doğuşta beklenen yaşam süresinin artması, eğitim seviyesinin gelişmesi ve buna bağlı sağlık bilincinin artması, modernleşmeyle birlikte var olan hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisi için kişilern sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artması sağlık harcamalarını artmasına sebep olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012: 219).

### 1.7.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojinin hızla gelişmesi bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da çok yakından izlenmektedir. Fakat sağlık hizmetleri verilirken gerekli olan teknolojik altyapı, alet ve donanımın sağlanması yüksek maliyetleri de beraberinde getirmiştir (Tokalaş, 2006: 29).

Sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulması amacıyla gerekli olan teknolojik ilerlemelerin uzun süren araştırma ve çalışmalara dayanması maliyetleri artırmıştır. Bu sebeple harcamalar da artış göstermiştir. Artan maliyet ve harcamalar beraber ele alındığında teknolojik gelişmelerin sağlık alanında önemi büyüktür ve harcamaların artmasına sebebiyet vermektedir. Teknolojideki gelişmelerle beraber harcamaların artmasına örnek olarak; ürünlerin ve makinelerin kullanılması, makineleri kullanacak uzman personelin makineleri kullanımı hakkında eğitilmesi ve bunların bakım onarım maliyetleri verilebilir (Mutlu ve Işık, 2005: 216).

### 1.7.5. Şehirleşme

Şehirleşme olgusu, ekonominin gelişmesiyle ve sanayileşme ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Şehirlerde yaşayan kişiler ile geçimini tarımla sağlayan kişilerin hayatlarında farklılıklar bulunmaktadır. Örnek vermek gerekirse; şehirleşmiş yerlerde sağlık kurumlarının ve uzmanlaşmış personelin sayısı daha fazladır. Bunun aksine tarım alanlarındaki bu sayının daha az olduğu bilinmektedir. Buna ek olarak tıbbi ekipmanların sayısı ve niteliği de bu duruma paralel olarak değişmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 214). Şehirleşmenin daha fazla olduğu yerlerde sağlık ile ilgili ekipman sayısı daha fazla olmasına rağmen kırsal alanlarda ekipman sayısı daha az olmaktadır.

Şehirleşmenin artmasıyla birlikte göçlerde de artışlar meydana gelmektedir. Yaşanan bu göç artışı ülke içerisinde olabileceği gibi ülkeler arası şeklinde de olabilmektedir. Göçün artmasıyla birlikte yeni gelen kişiler sağlık hizmetlerini daha fazla kullanacak ve bu oranı artıracaktır. Böylece teknolojik alt yapıya, daha fazla personele ve sağlık hizmetlerinde kullanılan aletlere olan ihtiyaç artacak ve sağlık harcamalarında da artış söz konusu olacaktır (Mutlu ve Işık, 2005: 214).

### 1.7.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Dünya üzerindeki ülkelerde kişilerin yaşam sürelerinin uzunluğu, o ülkelerde sunulan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine ve kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasına bağlıdır (Karagül, 2002: 69).

Gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı nüfusunun artması sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Artan sağlık hizmetlerine olan talep sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Aslında yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarını arttırdığı gibi sağlık harcamalarının artması da yaşlı nüfusu artırmaktadır (Tıraş, 2018: 58).

## 1.8. TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI

İkinci dünya savaşında meydana gelen ağır yıkım sonrasında ülkeler kendini toparlamak amacıyla temel gereksinimleri karşılama gayreti, sağlık harcamalarına ayrılan ödeneğin azalmasına sebep olmuştur. Ancak 20. yy. son çeyreğine gelindiğinde ve bundan sonraki süreçte sağlık harcamalarında sadece Avrupa'da değil aynı zamanda dünya genelinde de artışlar meydana gelmiştir (Govindaraj ve diğerleri, 2000: 8).

OECD ülkelerinde meydana gelen GSYH artışıyla birlikte sağlık harcamalarında gerçekleşen artış konusunda farklı görüşler mevcuttur. Görüşlerden ilki bireylerin artan gelirleri sayesinde daha kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmeleridir. Sağlık hizmetleri direkt olarak insan yaşamını etkilediğinden ötürü yapılan harcamanın bir üst limiti yoktur. Diğer görüş ise alım gücünün artmasıyla beraber tıbbi malzemelere ve ilaca yönelik harcama miktarlarının da artmasıdır. Tıbbın gelişmesinin yanında AR-GE' ye ayrılan pay daha da artmaktadır. AR-GE' ye yapılan harcamalar arttıkça piyasaya yeni ilaçlar çıkmaktadır. Yeni ilaçların çıkması ise yüksek alım gücü isteyen bir durumdur. Bu yüksek alım gücü ise artan gelir sayesinde olabilmektedir

(Sen, 1987: 24). Gelirin artmasıyla beraber sağlık harcamalarının da arttığını dile getiren görüş yaşlı nüfusun, nüfus içindeki oranı gün geçtikçe yükselmektedir (OECD Health at A galance, 2005: 90). Bir diğer deyişle bir ülkedeki yaşlı nüfusun artması sağlık hizmetlerine yapılan harcamayı daha da artırmaktadır.

Türkiye dahil olmak üzere OECD ülkelerinde gerçekleşen cari sağlık harcamaları Tablo 1'de toplam da dört yıl belirlenerek yaptığı harcamalar verilmiştir. 2000, 2006, 2012 ve 2018 yılları verileri ile birlikte OECD ülkelerinin tamamının yaptığı harcamalar aşağıdaki tabloda mevcuttur. Tablo 1'deki veriler Dünya Bankası veri tabanından elde edilmiştir. Detaylı bir açıklama yapmak gerekirse, 2000 yılında en fazla cari sağlık harcaması yapan ülke ABD'dir. ABD'den sonra en fazla cari sağlık harcaması yapan ülke Almanya'dır. Bunun aksine 2000 yılında en az harcama yapan OECD ülkesi Kore olmuştur. Kore'yi Meksika ve Türkiye takip etmiştir. Ancak Kore daha sonraki yıllarda yapacağı cari sağlık harcaması artışı oranında bu ülkeleri geri planda bırakmıştır.

2006 yılına gelindiğinde en fazla cari sağlık harcaması yapan ülke konumuna yine ABD sahip olmuştur. ABD'yi ise bu sefer Almanya değil Fransa izlemiştir. 2006 yılında en az cari sağlık harcaması yapan ülke ise Estonya olmuştur. Estonya'yı Kore ve Türkiye takip etmiştir.

2012 yılına bakıldığında MERS virüsünün de meydana geldiği yıl olarak gösterilmektedir. 2012 yılında en fazla cari harcama yapan ülke konumunda değişiklik olmayıp ilk sıra ABD'nindir. ABD'yi yine Fransa izlemektedir. 2012 yılında en az cari harcama yapan OECD ülkesi ise Türkiye olmuştur. Türkiye'yi bu yılda Letonya takip etmiştir.

2018 yılına bakıldığında en fazla cari sağlık harcaması yapan ülke önceki yıllarda olduğu gibi tekrardan ABD olmuştur. 2018 yılında ABD'yi İsviçre takip etmiştir. 2018 yılında en az harcama yapan ülke ise Türkiye olmuştur. Türkiye'yi ise bu yılda Lüksemburg takip etmiştir. Arada kalan yıllarda dalgalanmalar olmuştur.

**Tablo 1.** Cari Sağlık Harcamaları (GSYH' nin Yüzdesi)

| Ülkeler | 2000 | 2006 | 2012 | 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Türkiye** | 4,599 | 5,145 | 4,444 | 4,124 |
| **ABD** | 12,542 | 14,702 | 16,285 | 16,885 |
| **Almanya** | 9,888 | 10,179 | 10,847 | 11,429 |
| **Avusturalya** | 7,613 | 7,989 | 8,675 | 9,284 |
| **Avusturya** | 9,203 | 9,531 | 10,199 | 10,325 |
| **Belçika** | 7,999 | 9,162 | 10,506 | 10,318 |
| **Çekya** | 5,717 | 6,195 | 7,028 | 7,646 |
| **Danimarka** | 8,104 | 9,168 | 10,241 | 10,070 |
| **Estonya** | 5,156 | 4,765 | 5,790 | 6,687 |
| **Finlandiya** | 7,092 | 8,284 | 9,585 | 9,037 |
| **Fransa** | 9,584 | 10,393 | 11,313 | 11,257 |
| **Kore** | 3,897 | 4,943 | 6,132 | 7,562 |
| **Hollanda** | 7,706 | 9,080 | 10,538 | 9,974 |
| **İngiltere** | 7,284 | 8,697 | 10,051 | 9,996 |
| **İrlanda** | 5,905 | 7,513 | 10,687 | 6,928 |
| **İspanya** | 6,799 | 7,829 | 9,156 | 8,977 |
| **İsrail** | 6,801 | 6,911 | 7,114 | 7,517 |
| **İsveç** | 7,326 | 8,047 | 10,735 | 10,898 |
| **İsviçre** | 9,374 | 9,818 | 10,617 | 11,876 |
| **İtalya** | 7,566 | 8,436 | 8,783 | 8,667 |
| **İzlanda** | 8,951 | 8,829 | 8,195 | 8,469 |
| **Japonya** | 7,150 | 7,807 | 10,790 | 10,953 |
| **Kanada** | 8,275 | 9,345 | 10,428 | 10,790 |
| **Kolombiya** | 5,635 | 6,335 | 6,745 | 7,639 |
| **Letonya** | 5,450 | 5,739 | 5,410 | 6,189 |
| **Litvanya** | 6,191 | 5,837 | 6,290 | 6,567 |
| **Lüksemburg** | 5,901 | 6,708 | 5,583 | 5,285 |
| **Macaristan** | 6,778 | 7,787 | 7,448 | 6,700 |
| **Meksika** | 4,449 | 5,655 | 5,842 | 5,371 |
| **Norveç** | 7,712 | 7,912 | 8,777 | 10,049 |
| **Polonya** | 5,298 | 5,800 | 6,201 | 6,330 |
| **Portekiz** | 8,378 | 9,135 | 9,353 | 9,407 |
| **Slovakya** | 5,302 | 6,850 | 7,552 | 6,686 |
| **Slovenya** | 7,804 | 7,823 | 8,715 | 8,298 |
| **Şili** | 7,035 | 6,0351 | 7,020 | 9,140 |
| **Yeni Zelanda** | 7,470 | 8,632 | 9,649 | 9,210 |
| **Yunanistan** | 7,243 | 8,258 | 8,792 | 7,715 |

**Kaynak:** Dünya Bankası (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS )

Türkiye dahil OECD ülkeleri arasında kişi başı cari sağlık harcamalarına tablo 2'de bakılacak olursa; 2000 yılında en fazla kişi başı cari sağlık harcaması yapan ülke

ABD olmuştur. ABD'yi ise İsviçre izlemiştir. 2000 yılında ise en az kişi başı cari sağlık harcaması yapan ülke Kolombiya olmuştur. Kolombiya'yı ise Letonya ve Slovakya takip etmiştir.

2006 yılına gelindiğinde ise kişi başına en fazla cari harcama yapan ülke ABD olmuştur. 2006 yılında ABD'yi Lüksemburg takip etmiştir. Lüksemburg 2000 yılına bakıldığında %100'lük bir artış oranı elde etmiştir. 2006 yılında en az kişi başına sağlık harcaması yapan ülke Kolombiya olmuştur. Kolombiya'yı ise bu yılda Türkiye takip etmiştir.

2012 yılına gelindiği zaman kişi başı cari sağlık harcaması olarak en fazla harcama yapan ülke Norveç olmuştur. Norveç'i bu yılda İsviçre ve ABD takip etmiştir. Bu yılda en az harcama yapan ülke ise Türkiye olmuştur. Türkiye'yi Kolombiya takip etmiştir.

2018 yılında en fazla kişi başına cari sağlık harcaması yapan ülke ABD olmuştur. ABD'yi bu yılda İsviçre ve Norveç takip etmiştir. 2018 yılında en az harcama yapan ülke konumunda Türkiye yer almaktadır. Türkiye'yi ise Meksika takip etmiştir. Türkiye hem cari sağlık harcamaları (GSYH'nin yüzdesi) hem de kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD doları) bazında OECD ülkelerine kıyasla alt sıralarda yer almaktadır. Arada kalan yıllarda da tablo pek değişmemiştir. Özellikle 2012'den 2018 yılına gelindiğinde diğer yıllardan farklı olarak sağlık harcamalarının çok fazla artmadığı gözlenmektedir.

**Tablo 2.** Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması (Cari ABD Doları)

| Ülkeler | 2000 | 2006 | 2012 | 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Türkiye** | 199,499 | 416,928 | 524,250 | 389,865 |
| **ABD** | 4564,455 | 6821,107 | 8399,239 | 10623,849 |
| **Almanya** | 2344,354 | 3697,921 | 4762,847 | 5472,202 |
| **Avusturalya** | 1638,814 | 3184,807 | 6025,344 | 5425,340 |
| **Avusturya** | 2269,126 | 3882,981 | 4966,095 | 5326,437 |
| **Belçika** | 1849,916 | 3558,542 | 4706,618 | 4912,700 |
| **Çekya** | 342,921 | 942,118 | 1387,406 | 1765,588 |
| **Danimarka** | 2496,047 | 4778,891 | 6003,830 | 6216,768 |
| **Estonya** | 209,713 | 600,507 | 1013,314 | 1552,968 |
| **Finlandiya** | 1722,832 | 3407,665 | 4572,523 | 4515,677 |
| **Fransa** | 2161,853 | 3814,276 | 4651,108 | 4690,072 |
| **Kore** | 473,986 | 1065,266 | 1566,122 | 2542,818 |
| **Hollanda** | 2028,181 | 4080,219 | 5284,649 | 5306,534 |
| **İngiltere** | 2054,180 | 3893,588 | 4282,048 | 4315,427 |
| **İrlanda** | 1564,837 | 4147,132 | 5239,337 | 5489,070 |
| **İspanya** | 1005,283 | 2242,178 | 2591,016 | 2736,323 |
| **İsrail** | 1513,944 | 1593,609 | 2402,915 | 3323,650 |
| **İsveç** | 2173,193 | 3763,105 | 6254,645 | 5981,706 |
| **İsviçre** | 3559,819 | 5671,981 | 8917,119 | 9870,664 |
| **İtalya** | 1524,239 | 2832,697 | 3086,303 | 2988,995 |
| **İzlanda** | 2873,848 | 5071,869 | 3705,375 | 6530,932 |
| **Japonya** | 2740,674 | 2754,377 | 5212,183 | 4266,586 |
| **Kanada** | 2007,880 | 3778,271 | 5459,959 | 4994,902 |
| **Kolombiya** | 132,879 | 237,017 | 543,070 | 513,158 |
| **Letonya** | 181,570 | 552,301 | 745,517 | 1101,492 |
| **Litvanya** | 217,176 | 536,057 | 896,937 | 1249,254 |
| **Lüksemburg** | 2901,199 | 6070,735 | 6029,475 | 6227,083 |
| **Macaristan** | 313,108 | 893,203 | 961,138 | 1081,802 |
| **Meksika** | 318,461 | 512,833 | 598,348 | 519,605 |
| **Norveç** | 2948,931 | 5892,987 | 8970,120 | 8239,095 |
| **Polonya** | 238,004 | 524,097 | 815,141 | 978,735 |
| **Portekiz** | 969,552 | 1814,213 | 1918,490 | 2215,173 |
| **Slovakya** | 203,506 | 729,013 | 1319,438 | 1299,911 |
| **Slovenya** | 796,647 | 1541,664 | 1974,854 | 2169,579 |
| **Şili** | 356,963 | 571,201 | 1077,820 | 1455,607 |
| **Yeni Zelanda** | 1053,891 | 2301,891 | 3805,971 | 4037,462 |
| **Yunanistan** | 885,410 | 2052,875 | 1948,248 | 1566,899 |

**Kaynak:** Dünya Bankası (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD )

Tablo 3'te 2017 ve 2018 yıllarına ait OECD ülkelerindeki hastane yatak oranı (1000 kişi başına) verilmiştir. Veriler OECD veri tabanından alınmış olup bazı

ülkelerin verileri bulunmamaktadır. Tablo 3 incelendiğinde hem 2017 hem de 2018'de en fazla harcama yapan ülke konumunda Japonya yer almaktadır. Japonya'yı takip eden Kore olmuştur. Hastane yatak oranı en az olan ülke ise Meksika olmuştur. Meksika'dan sonra ise Kolombiya yer almıştır.

**Tablo 3.** 2017 ve 2018 Yılları Hastane Yatak Oranı (1000 Kişi Başına)

| Ülke | 2017 | 2018 | Ülke | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Türkiye** | 2.810 | 2.850 | **İtalya** | 3.180 | 3.140 |
| **ABD** | 2.870 | - | **İzlanda** | 3.060 | 2.870 |
| **Almanya** | 8.000 | - | **Japonya** | 13.050 | 12.980 |
| **Avusturalya** | - | - | **Kanada** | 2.530 | 2.550 |
| **Avusturya** | 7.370 | 7.270 | **Kolombiya** | 1.700 | 1.710 |
| **Belçika** | 5.660 | 5.620 | **Letonya** | 5.570 | 5.490 |
| **Çekya** | 6.630 | 6.620 | **Litvanya** | 6.560 | 6.430 |
| **Danimarka** | 2.610 | 2.430 | **Lüksemburg** | 4.660 | 4.510 |
| **Estonya** | 4.690 | 4.570 | **Macaristan** | 7.020 | 7.010 |
| **Finlandiya** | 3.280 | 3.610 | **Meksika** | 0.990 | 0.980 |
| **Fransa** | 5.980 | 5.910 | **Norveç** | 3.600 | 3.530 |
| **Kore** | 12.270 | 12.430 | **Polonya** | 6.620 | 6.540 |
| **Hollanda** | 3.280 | 3.280 | **Portekiz** | 3.390 | 3.450 |
| **İngiltere** | 2.870 | - | **Slovakya** | 5.820 | 5.700 |
| **İrlanda** | 2.970 | 2.970 | **Slovenya** | 4.500 | 4.430 |
| **İspanya** | 2.970 | 2.970 | **Şili** | 2.110 | 2.060 |
| **İsrail** | 3.020 | 2.980 | **Yeni Zelanda** | 2.730 | 2.620 |
| **İsveç** | 2.210 | 2.140 | **Yunanistan** | 4.210 | 4.200 |
| **İsviçre** | 4.650 | 4.630 | | | |

**Kaynak:** OECD Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm )

## 1.9. SALGIN

Salgın ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bu tanımlamalardan birkaç tanesine bakmak gerekirse eğer salgın ya da diğer bir ismiyle epidemi; herhangi bir bölgede ya da toplumda bir hastalığın, mevsim normallerinin dışında ve çok fazla kişide görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Öztek, 1998).

Sağlık Bakanlığına göre salgının tanımı herhangi bir hastalığın ya da sağlıkla alakalı özel bir durumun bir bölgede veyahut toplulukta beklenen sayıdan sayıca daha fazla görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005a).

### 1.9.1. Salgınların Önemi

Salgını bireysel ve toplumsal açıdan değerlendirmek gerekirse bireysel olarak bakıldığında kişilerin günlük hayatlarını olumsuz etkilemektedir. Toplumsal olarak bakmak gerekirse salgının yayılmaya başlaması bile toplumu olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Toplumda yaşanan düzen bozukluluğunun sebebi hem somut bir nedene bağlanamamakta hem de gereksiz kuşku ve korkudan dolayıdır. Salgını kontol etmek hususunda yaşanan en büyük problemler arasında korku ve panik yer almaktadır. Kişilerin evlerine kapanması ya da bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekebilir. Gerek su ve besinlerden gerekse toplu taşıma araçlarından yararlanamaz hale gelebilirler. Eğitim konusunda, salgının yayılmasını engellemek amacıyla devam edilememesi ya da salgında yeterli eğitim verecek öğretmen bulunamaması gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Sağlık personeli ise artan işgücü ile karşı karşıya kalabilir. Bunun sonucunda olağan sağlık hizmetlerinin akmasına sebebiyet verebilir. Özetle kişiler, salgın hastalığa direkt olarak maruz kalmasa bile toplumun olumsuz etkilenmesiyle dolaylı şekilde etkilenebilmektedirler (Eren, 1989; Aksakoğlu ve Ellidokuz, 1996). Salgın kişileri hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir.

### 1.9.2. Salgından Korunma

Salgın hastalıklardan korunmak için alınması gerekli olan bazı önlemleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- İlk olarak salgınlardan korunmak için hijyen kurallarına özen gösterilmelidir. Sonrasında bu hastalıklar ile ilgili olarak halka gerekli bilgileri verilmelidir.

- Annelere, çocuklarının beslenme bozukluğu durumunda ağır enfeksiyonlar geçirebilecekleri hatırlatılmalı ve bu alanla ilgili beslenme eğitimleri verilmelidir.
- Yeterli su miktarı sağlanmalı ve suların klorlanması yapılmalıdır.
- İnsan ve hayvan atıklarını çevreye olumsuz etki bırakmaması açısından sağlığa zarar vermeyecek şekilde ortadan kaldırılmalı ve vektörlerinin üremesine izin verilmemelidir.
- Aşı çalışmaları hızlanıp bağışık duruma getirilmesi gereklidir.
- Gıda denetimleri yapılmalı ve gıda maddeleri üretenleri ve satanları taşıyıcılık yönünden izlenmeli gıda maddelerinden düzenli örnek alınarak kontrol sağlanmalıdır.
- Hayvanların sürekli kontrol edilmelidir.
- Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele kapsamında yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Salgın kontrol planları oluşturulması gerekli ve bu planlar revize edilmelidir.
- Laboratuvarlar geliştirilmelidir.
- Sektörler arası iş birliği yapılmalıdır.
- Bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkması sonucunda mücadele etmek amacıyla gerekli olan araç-gereç belirlenmeli ve bunlar derhal temin edilmiş olmalıdır. Müdahale edecek ekip önceden belirlenmeli ve bu ekibin eğitilmiş olması gerekmektedir. Acil durumlar için bu ekip her zaman hazır bulunmalıdır.
- Bulaşıcı hastalıkların önüne geçmek hususunda epidemiyolojik ve klinik araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar desteklenmelidir (Tezcan, 1992; Akın ve ark, 1996; Aksakoğlu ve Ellidokuz, 1996)

### 1.9.3. Salgın İncelemesi

Salgın durumunda salgın incelemesi yapılması gereklidir. Hem enfeksiyon kaynağıyla temas hali hem de salgının yayılma durumu tanımlanmalı ve buna ek olarak salgının nasıl yayıldığına dair bilgi edinilmesi gereklidir. Gerekli inceleme yapılmaması durumunda yeni vakalar ile karşı karşıya kalınabilir. Sonraki süreçte karşı karşıya kalınabilecek salgınlar için stratejiler geliştirilmeli ve öneriler sunulmalıdır. Ayrıca salgın incelemesi yapılması; hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi olmada, yeni hastalıklar tanımlamada ve var olan stratejileri değerlendirme hususunda önemli bir fırsattır (Reingold, 1998).

Salgın incelemesi yaparken takip edilmesi gerekli aşamaları vermek gerekirse:

- Saha çalışması yapmak için gerekli hazırlık tamamlanması
- Salgın varlığının ortaya konulması
- Hastalık tanısının belirlenmesi
- Vakaların tanımlanmasının yapılması
- Tanımlayıcı epidemiyolojinin (kişi, yer ve zaman özelliklerine göre incelenmesinin yapılması) kullanılması
- Salgının kaynağının ne olduğu ve yayılmasına yönelik hipotezlerin belirlenmesi
- Salgının kontrol altına almak için gerekli ve yeterli önlemlerin alınması
- Elde edilen bulguların ve ulaşılan sonuçların rapor edilmesi (Tezcan ve ark., 1995).

### 1.9.4. Salgınların Tarihçesi

Salgın hastalıklar, toplumların birçok unsurunu etkilemiştir. Salgın hastalıklar; tarih boyunca yüz binlerce, milyonlarca insanın hayatını olumsuz yönde etkilemiş ve milyonlarca insanın ölümüne sebep olmuştur. Salgın hastalıklar; nüfusu, ekonomiyi, yönetim biçimini, dili, turizmi, sanatı, yaşama ve sevme şekillerini dahil etkilemiş, toplumsal ilişkileri alt üst etmiştir (Nikiforuk, 2001).

İnsanlık, tarih boyunca birçok bulaşıcı hastalık ile yüzleşmiştir. İlk olarak adını tarihe kara ölüm olarak yazdıran vebadan bahsetmek gerekir. Vebanın ilk pandemisi MS 542 yılında Mısır'da başlamıştır. Ticaret yolları ile tüm dünyayı sarmaya başlamış ve 14. yüzyıl ortalarında tekrardan Avrupa'ya geri dönmüştür. Vebadan ölenler o kadar fazladır ki Avrupa 13. yüzyıldaki nüfusuna 16. yüzyılda ulaşabilmiştir (Eren, 1989). Veba ile ciddi mücadeleler verilmiştir. Hem sağlık heyetleri hem de veba evleri kurulmuştur. Karantina uygulaması yapılmıştır ve gemiler kırk günlük bir süre için alıkonulma uygulaması standart uygulamalar arasında yerini almıştır. Hastalıkların seyrini gözlemlemek için ayrıntılı ölü kayıtları tutmuşlardır. Oluşturulan ilk halk sağlığı otoriteleri; ticareti yasaklama, hastaları tecrit (herkesten ve her şeyden ayırma) etme, ölüleri gömme, evleri ve diğer mekanları ilaçlama, özel mülkiyetleri yakma, eğlence alanlarını ve sokakları kapatma, uymayanlara ise ceza verme işlemleri yapılmıştır. Çöp toplama ve pazar yerlerinde satılan etlerin denetlenmesi işleri de veba ile mücadele döneminde başlamıştır (Nikiforuk, 2001).

Çiçek hastalığı, tarih boyunca en fazla can alan hastalıklardan biri olmuştur. MS 900'lü yıllarda tanımlanmış olmasına rağmen, MÖ 3000 yılına ait olan bir mumyada çiçek bulgularına rastlanması çiçek hastalığının varlığının daha önceki tarihlere kadar uzandığını göstermektedir. Çiçek hastalığı tüm dünyaya yayılmış ve uzun yıllar etkisini sürdürmüştür. Çocuklarda ölüm oranı yüksektir. Avrupa'daki her beş yetişkinden dördünü hasta etmiştir. Hatta Kuzey Amerika'daki Kızılderililerin yarısının ölümüne sebebiyet vermiştir. Avrupa'da yaklaşık olarak altmış milyon insan çiçek hastalığından dolayı hayatlarını kaybetmiştir. Nüfusun belirli bir kısmı da bağışıklık kazanmıştır (Eren, 1989; Nikiforuk, 2001).

Bir diğer bulaşıcı hastalık ise Frengi hastalığıdır. Frengi 16. yüzyılda insanla karşılaşmış ve her yeri dolaşmıştır. İlk kez Fransa'da 1570'lerde ortaya çıkmıştır. İnsanlar bu hastalığın da öteki salgın hastalıklar gibi Tanrı tarafından küfür eden ve lanet okuyan insanlara ceza olarak geldiğine inanmaktalardır. Bir ordunun savaşma yeteneğini yok edecek güçte olan frengi, kısa bir zamanda güçlü biyolojik silah haline gelmiştir. İngiliz ve Fransız ordularının 1706 Madrid zaferi, frengiden dolayı olmuştur. Birinci Dünya Savaşında hastane ziyaretlerinin yaklaşık olarak üçte bir oranının nedeni frengi olduğu görülmüştür. Tarihteki meydana gelmiş hastalıklardan farklı olarak frengi, ilk vakaların ilk 10 tanesinin kayıtlarda yer alması ile halk sağlığı bilimine katkıda bulunmuştur (Nikiforuk, 2001).

Diğer bir hastalık ise tifüs hastalığıdır. Tifüs hastalığı diğer bir ismiyle gemi humması, hapishane ateşi, ordu ateşi olarak bilinen bu hastalık büyük kıyımlara sebebiyet vermiştir. Orta Çağ'da temizlik kavramının geri planda kaldığı zamanlarda ve bitin pirenin fazla olduğu zamanda bu hastalığın tanımlaması yapılmıştır. Tifüs hastalığı 15.y.y. da tüm Avrupa'yı etkisi altına almıştır. Hatta kayıtlarda sadece Milano'da 22 bin kişinin ölmesine sebebiyet vermiştir. Napolyon'un ordusunun yarısından fazlasının tifüs hastalığından yok olmasıyla birlikte yeterli ordu olmadığı için Rus bozgununa uğradığı da bilinmektedir (Eren, 1989; Nikiforuk, 2001).

Bir diğer bulaşıcı hastalık ise 1848-1854 yılları arasında İngiltere'de çeyrek milyon yoksulun ölümüne sebebiyet veren koleradır (Nikiforuk, 2001).

Yakın tarihe baktığımızda ise grip salgınları hayatı etkilemeye başlamıştır. 1918-1919 etkisini sürdüren İspanyol gribi salgını hızla yayılmış ve tüm hayatı olumsuz yönde etkilemiştir. Polis memurlarından itfaiyecilere, itfaiyecilerden

çöpçülere bütün sektörlerin aksamasına sebebiyet vermiştir. Ailesi gripten ölen çocuklar sokaklarda yaşamak zorunda kalmışlardır. Ölen insan sayısı o kadar fazla olmuştur ki mezar kazıcılar cesetleri bir ayda anca gömebilmişlerdir. Bu grip yaklaşık olarak 40-50 milyon insanın ölmesine neden olmuştur (Nikiforuk, 2001; Bayazıt, 2005).

İspanyol gribinden sonra farklı grip türleri de ortaya çıkmıştır. 1957'lerden sonra Asya gribi olarak bilinen bu grip türü Hong Kong' da başlamış ve diğer kıtalara da hızla yayılmıştır. 1918 küresel salgından sonra gribin görülme sıklığı ve etkisindeki azalmasında kullanılan ilaçlar ile beraber artık tekrar etmeyeceği hesaplanırken virüsün mutasyon geçirmesi ile tekrar ortaya çıkması yeni bir salgının nedeni olmuştur. Asya gribi olarak kayıtlara geçen 1957 ile 1958 yılları arasında grip (influenza) salgını, Guizhou, Çin kaynaklıdır. Dünya'da en az 1 milyon insanın yaşamını kaybetmesine sebebiyet veren bu grip (influenza) A virüsü alt tipi H2N2'nin küresel bir pandemiydi (Clark, 2008: 78-81).

1980 sonrası görülen salgın hastalıklar yakın dönem salgınları olarak ifade edilmektedir. 1980 sonrasında 1981'de ortaya çıkan HIV/AİDS, 2002 ve 2004 yıllarında etkisini sürdüren SARS, 2009 ve 2010 yıllarında etkisini sürdüren Domuz Gribi, 2014 ve 2016'da Ebola, 2015 yılında MERS ve son olarak 2019'da ortaya çıkan Korona virüs (Covid-19) şeklinde sıralanabilir.

Yakın dönem salgınlardan ilki HIV'dir. İlk tanımlaması yapılmasından günümüze kadar küresel ölçekte üzerine odaklanılmış ve çalışılmıştır. 1981'de elde edilmiş ilk immün yetmezlik sendromu vakalarının bildirilmesi üzerine pandemik oranlara ulaşmıştır. Yaklaşık olarak 65 milyon kişi enfeksiyon kapmış ve 25 milyona yakın ölümle sonuçlanmıştır (Cohen vd., 2008: 1244).

Bir diğer salgın hastalık ise SARS 'tır. İsminin uzun hali şiddetli akut solunum sendromu şeklindedir. Bir solunum hastalığıdır. 16 Kasım 2002 tarihinde ilk olarak Çin'deki Foshan'da tespit edilmiştir. Hastalık, küresel bir salgın boyutu kazanmadan önce Kuzey ve Güney Amerika, Avrupa ve Asya'da birçok ülkeye yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2003 salgını esnasında dünya çapında toplamda 8.098 kişi SARS hastalığından etkilenmiştir. Etkilenenlerden 774 kişi ise hayatını kaybetmiştir (CDC, 2004: 2).

Yakın dönem salgın hastalıklardan bir diğeri ise H1N1 virüsü olarak bilinen domuz gribi salgınıdır. 2010 yılında, Dünya Sağlık Örgütü domuz gribi salgınının resmi şekilde bittiğini ilan etmiştir. Ancak bu durum domuz gribinin tamamen ortadan kalkmış olduğu anlamına gelmemektedir. H1N1 virüsü dünya boyunca farklı mevsimlerde ortaya çıkmaya ve dolaşmaya devam etmektedir. H1N1 virüsünden en çok etkilenen bölge Kuzey Amerika bölgesi olmuştur. Sonrasında ise Güney Amerika etkilenmiştir. Domuz gribi olarak bilinen bu virüs kış aylarında halk sağlığı ve ekonomi açısından özellikle Arjantin, Paraguay, Şili ve Uruguay gibi ülkelerde yüksek bir etkiye sahip olmuştur. Pandeminin büyüme hızları üzerindeki etkisinin büyüklüğünü hesaplamak güç olmasına rağmen, tahmini olarak ekonomik kayıp, etkilenen ülkelerde GSYH'nin %0,5'i ila %1,5'i arasında değişiklik göstermektedir (The Economist, 2009).

Bir başka salgın ise Ebola virüsüdür. Ebola virüsü ilk tanımlaması 1976'da Ebola Nehri yakınında şu anki Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde olmuştur. O zamanlardan beri, Ebola virüsü periyodik olarak ortaya çıkmakta ve farklı Afrika ülkelerinde yaşayan insanları enfekte etmektedir (CDC, 2019). Ebola virüsü oldukça ölümcül bir hastalıktır. Ebola vakası ölüm oranı yaklaşık olarak %50 civarındadır. Ebola virüsü vahşi hayvanlardan insanlara geçebildiği gibi insandan insana da bulaşabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Enfekte olan birisi virüsü semptomlar geliştikten sonra başka kişilere yayabilmektedir. Diğer bir deyişle ebola virüsüne enfekte olan bir kişi semptom geliştirmeden hastalığı yayamaz. Belirtiler ise Ebola virüsüne maruz kalındıktan 2 ila 21 gün sonra görülmektedir. Bu 2 ila 21 gün kuluçka süresi olarak da bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2015 yılından görülen salgın ise MERS'tir. MERS Suudi Arabistan'da tanımlanmıştır ve bulaşıcı bir solunum yolu rahatsızlığıdır. MERS salgınına en çok maruz kalan ülkeler Arap Yarım Adasındaki ülkeler ve Kore olmuştur. MERS yaş gözetmeksizin her yaşa aynı oranda etki yapabilmekte ve enfekte olabilmektedir.

Son salgın ise halihazırda etkisi altında kaldığımız salgın Covid-19 salgınıdır. Covid-19 -diğer adıyla korona virüs- şiddetli akut solunum sendromu 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Ortaya çıktıktan sonra hızlı bir şekilde tüm dünyayı etkilemiş olan ve etkilemeye de devam eden bir salgındır. Covid-19 pandemisinden sonra ülkelerin tamamında sosyal ve ekonomik hayatın dengesi alt üst olmuştur. Sonrasında hükümetler, Covid-19 salgınını kontrol altına almak amacıyla ve kamu

sağlığını korumak için sosyal izolasyon, okulların kapatılması, seyahatlerin yasaklanması, esnek ve uzaktan çalışma imkanlarının sağlanması gibi bir dizi önlemler alınmıştır. Söz konusu önlemler kişilerin günlük yaşantılarını ve çalışma hayatlarını olumsuz şekilde etkilemiştir. Toplumsal olumsuz sonuçlarına ek olarak insanların ekonomik statülerinin de bozulmasına sebebiyet vermiştir. Dünyanın birçok ülkesinin ekonomisinde durgunluk görülmektedir ve salgın, ülkeleri krizle karşı karşıya bırakmıştır. Burada oluşacak ekonomik kriz daha önceki ekonomik krizlerden farklı olarak sadece gelişmekte olan ekonomileri değil aynı zamanda gelişmiş ülkelerin ekonomilerini de etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir (Türk vd, 2020: 626).

Tablo 4'te bazı gelişmiş, Tablo 5'te gelişmekte olan ve Tablo 6'da az gelişmiş ülkelerin Haziran 2021 tarihi itibariyle Kovid- 19 salgını vaka ve ölüm oranları verilmiştir. Veriler Dünya Sağlık Örgütü'nün veri tabanından alınmıştır. Veriler 23 Haziran 2021 tarihine kadar olan vaka ve ölüm sayılarını kapsamaktadır. Bazı gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler seçilmiştir. Tablo 4'te bazı gelişmiş ülkeler seçilmiştir ve seçilen ülkeler arasında en fazla Kovid-19 vaka sayısına sahip olan ülke ABD olmuştur. Seçilen ülkeler arasında en fazla ikinci en fazla vaka sayısına sahip gelişmiş ülke ise Fransa olmuştur. Ölüm sayısı bakımından tablo incelendiğinde en fazla ölüm sayısı ABD'de gerçekleşmiştir. ABD'yi ölüm sayısı bakımından takip eden ülke ise Birleşik Krallık olmuştur.

**Tablo 4.** Bazı Gelişmiş Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları

| Ülkeler | Vaka Sayısı | Ölüm Sayısı |
|---|---|---|
| **ABD** | 33.230.655 | 597.037 |
| **Birleşik Krallık** | 4.640.511 | 127.981 |
| **Norveç** | 129.545 | 790 |
| **Almanya** | 3.722.782 | 90.472 |
| **Fransa** | 5.650.315 | 109.879 |
| **İtalya** | 4.253.460 | 127.291 |
| **İspanya** | 3.764.651 | 80.689 |
| **Japonya** | 787.650 | 14.496 |
| **Kanada** | 1.409.607 | 26.087 |
| **Hollanda** | 1.679.542 | 17.727 |
| **Belçika** | 1.079.640 | 25.141 |
| **İsveç** | 1.084.636 | 14.574 |
| **İsviçre** | 698.872 | 10.270 |
| **Portekiz** | 865.806 | 17.068 |
| **Finlandiya** | 94.379 | 967 |

**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://covid19.who.int/table )

Tablo 5'te bazı gelişmekte olan ülkelerin Kovid-19 vaka ve ölüm sayıları verilmiştir. Tablo 5 incelendiğinde en fazla vaka sayısına sahip ülke Hindistan olmuştur. Hindistan'ı vaka sayısı bazında takip eden ülke ise Brezilya'dır. Ölüm sayısı kayıtlarına bakmak gerekirse eğer kayıtlara en fazla ölüm sayısı işlenen ülke Brezilya olmuştur. Brezilya'daki ölüm oranı dünya geneline bakıldığında da üst sıralarda yer almıştır. Brezilya'yı ölüm sayısı bakımından takip eden ülke Hindistan olmuştur. Hindistan ve Brezilya hem vaka sayısı hem de ölüm sayısı bakımından diğer gelişmekte olan ülkeler arasında üst sıradadırlar.

**Tablo 5.** Bazı Gelişmekte Olan Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları

| Ülkeler | Vaka Sayısı | Ölüm Sayısı |
|---|---|---|
| **Türkiye** | 5.375.593 | 49.236 |
| **Rusya** | 5.350.919 | 130.347 |
| **Brezilya** | 17.966.831 | 502.586 |
| **Hindistan** | 29.977.861 | 389.302 |
| **Çin** | 117.759 | 5.421 |
| **Endonezya** | 2.018.113 | 55.291 |
| **Malezya** | 705.762 | 4.554 |
| **Meksika** | 2.478.551 | 231.244 |
| **Küba** | 170.854 | 1.180 |
| **Güney Afrika** | 1.843.572 | 59.092 |
| **Sırbistan** | 715.841 | 7.004 |
| **Mısır** | 278.295 | 15.935 |
| **İran** | 3.117.336 | 83.217 |
| **Bosna Hersek** | 204.860 | 9.643 |
| **Hırvatistan** | 359.259 | 8.188 |

**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://covid19.who.int/table )

Tablo 6'da bazı az gelişmiş ülkelerin Kovid-19 vaka ve ölüm sayıları verilmiştir. Verilen ülkeler incelendiğinde en fazla vaka sayısına sahip iki ülke Bangladeş ve Nepal olmuştur. Ölüm sayıları kayıtlarına bakmak gerekirse eğer en fazla ölüm sayısına sahip az gelişmiş ülke Bangladeş olmuştur. Bangladeş'i Nepal takip etmiştir.

**Tablo 6.** Bazı Az Gelişmiş Olan Ülkelerde Kovid-19 Vaka ve Ölüm Sayıları

| Ülkeler | Vaka Sayısı | Ölüm Sayısı |
|---|---|---|
| **Togo** | 13.731 | 128 |
| **Zambiya** | 133.659 | 1.744 |
| **Gine** | 23.450 | 167 |
| **Senegal** | 42.437 | 1.158 |
| **Nepal** | 626.343 | 8.813 |
| **Sudan** | 10.786 | 115 |
| **Yemen** | 6.892 | 1.355 |
| **Kamboçya** | 44.124 | 459 |
| **Bangladeş** | 861.150 | 13.702 |
| **Gambiya** | 6.054 | 181 |
| **Mozambik** | 72.775 | 852 |
| **Uganda** | 73.401 | 714 |
| **Mali** | 14.386 | 524 |
| **Burkina Faso** | 13.469 | 168 |
| **Sierra Leone** | 4.963 | 84 |

**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü (Erişim Tarihi: 03 Ocak 2021)

( https://covid19.who.int/table )

# İKİNCİ BÖLÜM

# KRİZ VE EKONOMİK BÜYÜME

## 2.1. KRİZ

Kriz kavramının farklı bilimlerde çeşitli tanımlamaları yapılmaktadır. Kriz tıp biliminde, aniden ortaya çıkan hastalık semptomudur. Ancak sosyal bilimlerde kriz; aniden gerçekleşen kötüye gitme, zorluk yaşanması, buhran ya da bunalım gibi anlamlara sahiptir (Pusti, 2013). Bunun yanı sıra ekonomik kriz; ekonomide meydana gelen ani ve beklenilmeyen şekilde oluşan gelişmelerin, mikro ve makro ekonomiyi kayda değer şekilde etkileyecek sonuçlara sebebiyet vermesi şeklinde tanımlanmaktadır (Aktan ve Şen, 2001). Bir başka tanımlamaya göre ekonomik kriz, herhangi bir malın, hizmetin, üretim faktörünün veya finans piyasasındaki fiyat ya da miktarlarında makul sayılan değişmelerin daha üstünde meydana gelen şiddetli dalgalanmalardır (Delice, 2003). Finansal krizleri ise şu şekilde tanımlamak mümkündür: Finansal kriz, ekonominin reel kesimi üzerinde ciddi anlamda yıkıcı etkiler meydana getirebilen ve bunun yanında piyasaların etkin bir şekilde işleyiş gücünü alt üst eden finansal piyasa çöküşleridir (Delice, 2003).

Krizlerin ortaya çıkış süreçleri, gelişmeleri ve yarattığı etkileri bakımından bazen benzer bazen farklı olabilir. Krizlerin küresel ekonomiler için sosyo-ekonomik istikrarlara yönelik bir tehdit olmasına rağmen krizleri başarılı politikalar ve doğru yönetim stratejileri ile fırsata dönüştürme mümkünatı söz konusudur. Krizlerin oluşma durumlarını erken uyarı sistemleriyle (EUS) daha önceden tahmin edilebilmesi oldukça önemlidir (Yücel ve Kalyoncu, 2010). Sebebi ise krizi erken tahmin etmek ya da çıkabilecek bir krize karşı hazırlıklı olmak krizin ağır etkilerinden kurtarabilir.

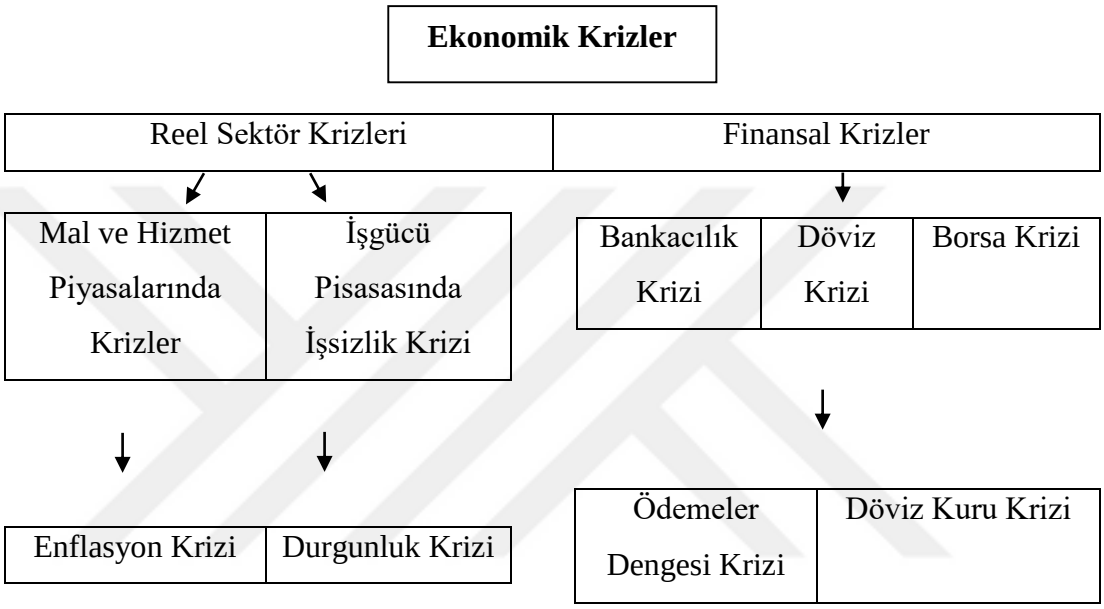
### 2.1.1. Kriz Türleri

Krizlerin oluşum şekilleri ve ekonomiye yaptığı etkiler açısından farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Tablo1'de de gösterildiği üzere Ekonomik kriz türleri iki alt başlığa ayrılmaktadır. Bu başlıklardan birincisi reel sektör krizleridir. Bu başlıklardan ikincisi ise finansal krizlerdir. Reel sektör krizlerini de kendi içinde mal ve hizmet piyasalarındaki krizler ve iş gücü piyasalarındaki işsizlik krizleri olarak alt başlıklara ayrılmaktadır. Finansal krizler de kendi içinde üç alt gruba ayrılmaktadır. Bunlar ise

bankacılık krizi, döviz krizi ve borsa krizidir. Döviz krizi de kendi içinde ödemeler dengesi krizi ve döviz kuru krizi olarak alt başlıklara ayrılmaktadır.

Finansal krizleri, Kibritçioğlu (2001) üç alt başlığa ayırmaktadır. Bunlar ise bankacılık krizi, döviz krizi ve borsa krizidir. Bunlara ek olarak IMF (1998), finansal krizleri; bankacılık krizi, para krizi, dış borç krizi ve sistemik finansal krizi şeklinde dört başlığa ayırmaktadır.

**Şekil 3.** Kriz Türleri




**Kaynak:** Kibritçioğlu, 2001

Reel krizler piyasalarda ciddi daralmalara sebep olur. Mal ve hizmet piyasalarında ve iş gücü piyasalarında üretimde veya istihdamda ciddi etki ve daralmalara neden olur. Bu ciddi etki ve daralmalar, mal ve hizmet piyasalarında enflasyon krizi şeklinde gerçekleşirken; iş gücü piyasasında işsizlik krizi şeklinde meydana gelmektedir. Bilindiği üzere mal ve hizmet piyasalarındaki fiyatlar genel seviyesinin sürekli olarak artması, enflasyon olarak tanımlanmaktadır. Bu fiyat artışların belirli bir sınırın üstünde gerçekleşmesi enflasyon krizi olarak nitelendirilmektedir (Kibritçioğlu, 2001).

Finansal krizlerin tarihi oldukça eskilere dayanmaktadır. Bu konu üzerine yapılan çalışmalar gösteriyor ki; finansal krizler, Altın Standardı Dönemine kadar uzanmaktadır. Altın Standardı Dönemi'nden sonra bu krizler varlığını devam ettirmiş ve sıklığı da artmıştır (Yaman, 2010). Bu finansal krizler, reel ekonomi üzerinde

oldukça tahrip edici etkisi olabilmektedir. Böylelikle piyasaların yerinde ve etkin bir şekilde işlemesini engellemektedir (İşler, 2004). Gelişmekte olan ülkeler bazı sebeplerden dolayı finansal krizlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sebepler aşağıdaki şekil 4'te verilmiştir (Delice, 2003).

**Şekil 4.** Finansal Krizlere Sebep Olan Etmenler




**Kaynak:** Delice, 2003

Finansal krizlerden biri olan bankacılık krizi, genel olarak banka bilançosunun kötüye gitmesi ve buna ek olarak banka bilanço yapısının bozulması ile meydana gelmektedir. Diğer bir ifadeyle bankacılık krizi; kredilerin geri dönmemesi, menkul değer piyasalarında meydana gelen dalgalanmalar ve reel sektörün küçülmesi gibi sebeplerle banka aktifinin bozulması şeklinde tanımlanabilir (Eren ve Süslü, 2001'den Akt. Erdoğan, 2006).

Para krizinin meydana gelmesi için herhangi bir ülkenin parasına duyulan güvenin azalması veya kaybolması gerekir. Bundan dolayı da spekülatif fonların ülkeden çıkmaya başlaması gerekmektedir. Bunun yanında Merkez Bankasının destekleme gayretleri olsa da ulusal paranın devalüe edilmesi veyahut tamamen dalgalanmaya bırakılması şeklinde tanımlanmaktadır (Turgut, 2007).

Diğer bir finansal kriz olan dış borç krizi, borçlarını zamanında ödeyen bir ülkenin daha sonra borcunun anaparasını ödeyemeyeceğini ve buna ek olarak faizini de ödeyemeyeceğini duyurması olarak tanımlanmaktadır (Turgut, 2007: Pusti, 2013).

Sistemik finansal krizler, reel ekonomideki finansal piyasaların ciddi oranda bozulması şeklinde tanımlanabilir (Işık, Duman ve Korkmaz, 2004). Sistemik bankacılık krizi ise bankalar sahip oldukları sermayelerin tamamını ya da büyük bir oranının yitirilmesini ifade etmektedir (Pusti, 2013).

### 2.1.2. Krizlerin Nedenleri

Krizleri meydana getiren nedenler şu şekilde ifade edilmektedir:

- Krizler, reel ve finansal sektörlerde arzın fazlalığından veya talebin düşmesinden ötürü ortaya çıkabilir. Arz ve talep krizlerinin oluşmasının farklı sebepleri vardır. Ekonomik krizler denildiği zaman her zaman ekonomik olarak algılanmaması gerekir. Çığ, deprem veya sel gibi doğal afetler de krize sebebiyet verebilmektedir.
- Krizler, sadece organizasyon içi konjonktürel sebeplerden kaynaklanmaz aynı zamanda organizasyon dışı konjonktürel sebeplerden dolayı da kaynaklanabilir. Teknoloji konusunda, siyasi konuda ya da ekolojik konulardaki hızlı değişmeler de krizlerin çıkmasında etkili bir rol oynayabilir.
- Bazı durumlardaki iyileşme ve gelişmeler bazı organizasyonlar için olumlu olarak bakılırken, bazı durumlarda bu iyileşme ve gelişmeler krize yol açabilir. Örnek vermek gerekirse teknolojideki buluşlar bazı organizasyonlar için fırsat bazı organizasyonlar için ise kriz anlamı taşır.
- Üretimin, istihdamın ya da fiyatlar genel seviyesinde meydana gelen konjonktürel dalgalanmalar enflasyon ve işsizlik gibi krizlere sebebiyet vermektedir (Fener, 2012).
- Krizlerin diğer nedenleri arasında; yanlış şekilde uygulamaya konulan politikalar, döviz kuru sistemin belirlenmesinde yapılan yanlışlıklar ve denetimde yaşanan problemler gibi örnekler de verilebilir.

## 2.2. KÜRESEL EKONOMİDE YAŞANMIŞ KRİZLERİN TARİHÇESİ

### 2.2.1. Dünyada Yaşanan Başlıca Ekonomik Krizler

Dünya'da belli başlı ekonomik krizler vardır. Bu krizler ciddi küresel boyutta etkilere sebep olmuştur. Bu küresel krizlerin bazıları aşağıdaki başlıklarda verilmiştir.

#### 2.2.1.1. Büyük Buhran (1929)

Birinci Dünya Savaşı'ndan zaferle ayrılan ABD o zamanlarda Dünya'nın en iyi kreditörü olarak gösterilmektedir. Kitlesel üretimin artmasıyla beraber tüketim de artmıştır. Kişiler "taksit" kavramıyla tanışmış olup "şimdi temin et sonra öde" imkânı ekonomiye giriş yapmıştır. Kişiler bu durumu ilk defa o süreçte yaşamışlardır. Bunların yanı sıra teknolojinin gelişmesi, elektriğin daha yaygın olarak kullanılması

ve otomobil kullanımının yaygınlaşması krizin öncesinde yaşanan bazı durumlardır (Lange, 2007: 1). Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra küçük çaplı şirketlerin birlik kurarak tekel haline gelmesi, bankaların kötü yapılanmaları ve buna ek olarak ABD Başkanı Hoover'ın ekonomideki deneyimsizliği Büyük Buhran'ın çıkmasına sebebiyet vermiştir (Turan, 2011).

Büyük buhran, Amerika'da borsanın çökmesi ile başlamış, sonrasında Amerika ekonomisinin tamamına bankalar aracılığıyla yayılmış ve tüm Avrupa hatta tüm dünya bu krizin etkisi altında kalmıştır. Krizin meydana gelmesinden sonra devlet anlayışında bazı değişiklikler olmuştur. Bütçesi küçük olan ve bırakınız yapsınlar bırakınız geçsinler sistemi yerini, bütçesi büyük olan ve gelirin bölüşümüne önem veren ve müdahaleci devlet anlayışını benimseyen sisteme bırakmıştır (Paya, 2013: 511). Başka bir deyişle devletin ekonomiye müdahalesine karşı çıkan Klasik İktisat Teorilerinin de önem kaybetmesine ve Keynesyen yaklaşımın ön plana çıkmasına neden olmuştur (Duman, 2011). Bu yeni sistem parasal sistemin kontrolünü elinde bulunduran merkez bankalarıyla daha sağlamlaşmış. Finansal kesim üzerine olan denetimler ve düzenlemeler artmıştır (Paya, 2013: 511). Bu krizle birlikte ABD' nin GSYH oldukça daralmıştır.

#### 2.2.1.2. Petrol Krizleri (1974 ve 1980)

OPEC üyesi Arap devletlerinin petrol üretimini azaltıp ABD ve Hollanda'ya ambargo uygulaması sonucu çıkan bir krizdir (Demir, 2008: 236). Bu ambargonun ve fiyatların yükselmesine sebebiyet veren daha önceki yıllarda yapılan millileştirme çalışmalarıyla mümkün olmuştur. Ayrıca 1970'li yıllara dek görülen en büyük ekonomik yaptırımlardan biri olarak kabul edilmesi de mümkündür (Issawi, 1978: 3). Petrol fiyatlarının artması sonucu petrolü ithal eden ülkelerden, petrolü ihraç eden ülkelere doğru satın alma gücünün aktarılması petrolün fiyatındaki şokların ekonomiye olan bir etkisidir. Bu etkiye transfer etkisi denmektedir. Bu etkiye göre petrolün fiyatının artması durumu, petrolü ihraç eden ülkelerin petrolü ithal eden ülkelerden topladıkları vergilere benzetilmektedir. Petrolü ihraç eden ülkelerde hem satın alma gücü hem de toplam talep artmaktadır. Bunun aksine petrolü ithal eden ülkelerde ise hem satın alma gücü hem de toplam talep azalmaktadır (Brown, v.d., 2002: 3).

Petrol fiyatları ekonomiyi birçok yönden etkilemiştir. Bunlardan birisi de petrol fiyatlarında meydana gelen değişme sonucu bir belirsizlik ortamı oluşmuştur.

Bu belirsizlik firma yatırımlarını da etkilemiştir ve birçok firma yatırımlarını ertelemiştir. Hatta yatırım yapma ile ilgili teşvikler azalmıştır. Teknolojinin sermayeye bağlı olduğunda, firmalar sermaye satın alırken üretim sürecinin enerji yoğunluğunu belirlemek durumundadır. Enerji fiyatının yüksek olması firmalar açısından önemsenmekte ve firmaların devamlılığını belirsiz hale getirmektedir. Yatırımcıların güveni azalmakta ve faizlerin yükselmesi durumu ile karşılaşılmaktadır. Yatırımların da azalması ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedir (Brown, v.d., 2002: 8).

Petrol krizinin Türkiye'ye de etkileri olmuştur. Petrol krizi ile beraber dünyadaki tüm petrol şirketleri ve kuruluşları, arama yatırımlarına başvururlarken Türkiye ise bir kanun yürürlüğe sokmuştur. Bu kanun yabancı sermayeyi engelleyen petrol aramalarının devlet tarafından yapılmasına ağırlık veren 1702 sayılı "Petrol Reformu Kanunu" nu uygulamaya koymuştur (İlseven, 1991: 94). Meydana gelen kriz sadece petrol fiyatlarının yükselmesine sebebiyet vermemiştir aynı zamanda tahıl fiyatlarının da yükselmesine neden olmuştur. Petrol krizi farklı ülkelerde çalışanları da olumsuz etkilemiş ve döviz gelirlerin de azalmasına neden olmuştur. Türk işçiler ülkeye geri gelmek zorunda kalmışlardır. 1974'de ham petrol fiyatı yükselmiş petrol ihraç eden bir ülke olan Türkiye'nin dış açığını da daha da artırmıştır. Başka bir deyişle; kriz, Türkiye'de hem ödemeler dengesi açığının artmasına hem de döviz darboğazı olması sebebiyle üretimin durması gibi negatif etkiler şeklinde yansımıştır. Dünyada petrol tasarrufuna önem verilmesinin aksine Türkiye bu süreçte petrole sübvansiyon vererek tüketimi artırdı. Bu sebepten dolayı da dış ticaret açığı büyüdü. Dış ticaret açığının yanı sıra bütçe açığı da artmış oldu Döviz darboğazından kurtulmak adına dışarıdan borçlar alındı (Öztürk v.d., 2017: 6).

İkinci petrol krizinin ana kahramanı olarak İran gösterilmektedir. İran'ın en önemli gelir kaynaklarından biri petrol geliridir. Toplumun modern hale gelmesi ve ekonominin sanayileşmesi İran'ın doğal kaynaklara bağımlı olmasına neden oldu. Petrol, İran'ın ulusal güvenlik politikalarını da etkilemekteydi (Efegil 2012: 60).

Petrol Krizleri sonrasında arz güvenliği problemleri ile birlikte, yüksek fiyat artışlarının yaşanması gelişmekte olan ülkelerin kalkınma süreçlerinde engel teşkil etmektedir. Bu engelden kurtulmak için gelişmekte olan ülkeler enerji sektörüne yaptığı yatırımları artırmak mecburiyetinde kalmışlardır (Bilginoğlu ve Dumrul, 2012: 4394).

Yaşanan petrol şokları cari açığa neden olmuştur. Bu açığı kapatmak için rezerv hareketleri ve kısa vadeli borçlanma ile kapatılmaya çalışılmıştır. Durgunluk ve enflasyonda tırmanmanın olduğu bu zamanlarda ithalat azalmış ve üretimde de azalmalar görülmeye başlanmıştır. 1979 yılında IMF ile stand-by anlaşması imzalanmıştır. Fakat hem iç hem de dış ekonomik dengelerin bozulması, 1978 ve 1979 yıllarında Türk Lirası dolara karşı değer kaybetmiştir. Yaşanan bu değer kaybına rağmen enflasyonun yükselmesi başta olmak üzere ekonomik olarak yaşanan olumsuz gelişmelerin devam etmesi üzerine 24 Ocak Kararları zorunlu hale gelmiştir (Baykal, 2007: 64).

#### 2.2.1.3. Güneydoğu Asya Krizi (1997)

1970'li yıllardan sonra Doğu ve Güneydoğu Asya'daki ülkeler hızlı bir şekilde büyüme dönemine girmiştir. Bu durum mucize diye nitelendirilmeye başlanmıştır. Bunun yanında diğer gelişmekte olan ülkelere örnek teşkil etmektedir. Fakat Temmuz 1997'de Tayland'da kriz başlamış ve bölgedeki diğer ülkelere sıçramıştır. Bu ülkeler Malezya, Güney Kore, Endonezya, Singapur, Hong Kong ve Filipinlerdir. Ülkelerin para birimleri dolara karşı değer kaybetmiş, bunun yanında borsaları da çökmüştür. Dünya küresel bir kriz ile karşı karşıya kalmış ve çok sayıda ülke geriye doğru gitmiştir. Sadece ekonomik istikrarsızlık yoktur aynı zamanda politik başarısızlıklar da yaşanmıştır. Hem ekonomik hem de politik istikrarsızlık önemli boyutlara ulaşmıştır (Seyidoğlu ve Yıldız, 2006: 181).

Güneydoğu Asya finansal krizinin kaynaklanma sebebi özel sektördeki dengesizliklerden dolayıdır. Bu yönüyle diğer krizlerden farklılık arz etmektedir. Rusya, Türkiye ve Brezilya krizlerinin aksine birçok Asya ülkesinde mali durum iyi durumdaydı ve kamu sektörünün borcunun seviyesi düşüktü. Cari hesap açıklarıyla ölçülen dış dengesizliklerin sebebi ise aşırı tüketimden kaynaklı değil, sürdürülemez yatırım patlamasındandır (IMF, 2002: 7). Bu kriz aslında bir sermaye hesabı krizidir. Bunun yanında bu krizin altında yatan sebepler yapısal kaynaklıydı. Bu yapısal kaynaklara örnek olarak özel sermaye akımları, idarenin zayıf olması gibi politikada meydana gelen hatalar verilebilir. Krizin bir başka önemli özelliği ise finansal yayılmanın bölgesel nitelikte olması ve bunun durumun bölgesel çözümlere ihtiyaç duymasıydı (Rana, 2002: 3).

### 2.2.1.4. Küresel Ekonomik Kriz (2008)

2005 yılından itibaren Dünya ekonomisi artış yönlü bir ivme kazanmıştır. Büyüme ile beraber ticaret hacmi genişlemiştir. Enflasyon düşük düzeylerde seyretmiş ve faiz oranları düşmüştür. Buna ek olarak likidite olanakları ise artmıştır. 2007 yılında ABD'de düşük gelir seviyesine sahip tasarruf sahiplerine sunulan konut kredilerinde ortaya çıkan geri ödeyememe problemi finansal piyasalarda dalgalanmalar başlamış ve 2008 Kasım ayında daha da derinlik kazanarak küresel bir krize dönüşmüştür (Aksoy, 2010: 3).

2008 Kasım ayında başlayan kriz 2008 yılının ikinci yarısından sonra liberal kapitalist sistemin diğer ülkelerini de etkisi altına almaya başlamıştır. Kaynağı ise ABD'de 2007'de yaşanan olaylar gösterilmektedir. Ancak krizin kökenleri daha geriye gitmektedir. 2000 yılında büyümenin yavaşlaması ile beraber ABD, Avrupa ve Japonya merkez bankaları para politikalarında politikaları gevşeterek faizleri düşürmüştür. Gevşek bir para politikası hem varlık fiyatlarında şişme veya balon etkisi meydana getirmekte hem de bankaların kısa vadeli ve düşük faiz oranı ile borçlanarak (başta konut kredisi) uzun vadeli kredi yatırımı yapmaları özendirilmiştir (Yılmaz, 2008: 1).

Krizle beraber ABD'de bazı ekonomik göstergeler değişmiştir. Özel sağlık harcamaları azalmış, işsizlik yükselmiştir. Krizin etkileri OECD ülkelerinde de görülmüştür. OECD ülkelerinde de ABD'de olduğu gibi işsizlik artmıştır. 2007'den sonra iki yıl içinde OECD ülkelerindeki ortalama işsizlik oranı yaklaşık %2,7 oranında artmıştır (TİSK, 2009). Aynı zamanda, küresel kriz çok sayıda firmayı iflasa sürüklenmesine, işsiz kalan kişilerin hızlı şekilde yükselmesine ve dünya genelinde ülkelerin büyüme oranlarının ise negatif çıkmasına sebebiyet vermiştir (Aybar ve diğerleri, 2009: 31).

2008 krizini 1929 Ekonomik Buhranı ile kıyaslarsak eğer, 2008 krizi küreselleşme açısından bakıldığında daha yaygın olduğundan, daha uzun süre ve olumsuz etkisi daha fazla olduğundan dolayı daha etkili olduğu söylenebilir (Yavuz, 2008: 13-14). Kriz bütün sektörleri etkilemiştir. Etkilemiş olduğu alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Genel olarak ekonomi ve sağlık arasında çift yönlü bir ilişki olduğundan bahsedilmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetleri ekonomi üzerinde belirleyici bir rol üstlenmektedir. Bunun aksine ekonomik faktörler de sağlık üzerinde etkili olabilmektedir ve ekonomik iyileşmeler sağlık üzerinde olumlu sonuçlar

doğurmaktadır. Ancak ekonomide meydana gelen darboğazlar ya da krizler ise sağlık göstergelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Belek, 2009: 40).

### 2.2.2. Türkiye'de Yaşanan Başlıca Krizler

Krizlerin Türkiye'de ne gibi etkiler yaptığı ve sonucunda neler yaşandığı bilgisi verilmiştir. Bu başlık altında 1982 Bankerler Krizi, Nisan 1994 Krizi, Kasım 2000 ve Şubat 2001 Krizleri ve 2008 - 2009 Krizleri ele alınmıştır.

#### 2.2.2.1. 1982 Bankerler Krizi

Ülkemizde 1980'li yıllara doğru artan enflasyon oranı karşısında bankaların mevduata verdikleri faiz oranını düşük seviyede kalmıştır. Faiz oranlarının düşük seviyede kalmasına karşılık alternatif mali aracıların olmaması ve bu boşluğun bankerler tarafından doldurulmasının önünü açmıştır. 2279 sayılı Ödünç Para Verme İşleri Yasası tarafından ödünç para verme işleri belirli bir kurala bağlanmıştır. Bu yasa çerçevesinde alınan izinle ödünç para işleriyle uğraşanlara banker denilmektedir. Yapılan işlere ise bankerlik denilmiştir. Ancak hem 2279 sayılı Ödünç Para Verme İşleri ile ilgili yasaya hem de Bankalar Yasasına uyulmamıştır (Parasız, 2007: 218-219).

Bankerler, bankaların yapmış olduğu fon fazlası olanlar ile fonu talep edenler arasında aracı olmuşlardır. Buna ek olarak bankalar ile fon piyasaları arasında aracılık faaliyetlerini gerçekleştirmişlerdir. Aynı dönemde, hem mevduat faiz oranı kullanılmış hem de mevduat sertifikaları kullanılmıştır. Bankalar, piyasadaki paylarını artırmak istemişlerdir. Artırmak için mevduat sertifikalarının pazarlanması konusunda bankerlerden faydalanmıştır. Bankerler de bankalardan iskontolu şekilde bu sertifikaları kendi borç senetleri ile beraber halka arz etmişlerdir. Ayrıca yüksek faiz oranlı ödünç para kullandırtmışlardır. Bunun sonucunda bankerler arasındaki faiz mücadelesi ortaya çıkmıştır. Borç aldıkları paranın faizini ödemek amacıyla faizi oranı daha yüksek olan yeni borçlanmalar kullandıklarından dolayı faiz rekabeti ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı sistem git gide zayıflamış ve 1982 yılına gelindiğinde "banker krizi" olarak bilinen bir kriz literatür kayıtlarına geçmiştir (Baykal, 2007: 34-35).

#### 2.2.2.2. Nisan 1994 Krizi

Türkiye, 1980 yılının ortaları itibariyle arz yanlı iktisat politikaları uygulanmaya başlamıştır. Devlet, özel seltörü canlandırmak için vergi indirimleri

yapmıştır. Bu vergi indirimleri sonunda vergi kaybını karşılamak adına hem yurt içi hem de yurt dışı piyasalara başvurulmuş ve bu sebepten Borç Yönetimi Politikaları önem arz etmeye başlamıştır. 1985 tarihinden itibaren Türk finans sektöründe meydana gelen hızlı ilerlemeler, yeni finansal araçların piyasalara arzı ve bunun sonucunda hanehalkına yüksek getiri sağlaması Borç Yönetim Politikalarının yerleşmesini sağlamıştır. 1985 yılından sonra haftalık gerçekleştirilen ihaleler ile DİBS satılmaya başlanmıştır (Parasız, 1995: 152). Böylece, Türkiye'de 1980 yılından sonra devlet borçlanmasına dayalı kamu finansman modeli oluşmuş ve hem iç hem de dış borç faiz ve anapara geri ödeme yükümlülükleri artmıştır (Kirmanoğlu ve Arıkboğa, 2003: 463-464). Bu durum 1990'lı yılların başlamasından sonra kamu mali disiplininde meydana gelen aşırı bozulmanın ekonomide reel faiz oranlarını artırıcı yöndeki etkileriyle kamu borç stokunun artmasına sebebiyet vermiştir (Erdem, 2001: 15). 1990'lı yılların dış kaynakla beslenen tüketime dayalı ekonomik büyüme modelleri, sadece yabancı sermaye yatırımlarını değil, aynı zamanda yerli sabit sermaye yatırımlarını da caydırmıştır. Yüksek faiz gelirleri reel ekonominin yıpranmasına sebep olmuştur (Şahinöz, 2002: 44). 1994 tarihinde yapılan ekonomik istikrar programı bu yapıyı ortadan kaldırmak amacıyla hazırlanmasına rağmen başarı sağlayamamıştır ve krizle karşı karşıya kalınmıştır (İyibozkurt, 2001: 289). 1994'te meydana gelen krizde, kamu borçlanma gereğinin büyüdüğü bir noktada faiz oranlarının düşürülme durumu, Türk lirasından kaçmalara ve dövize yönelmelere neden olmuştur. Böylelikle de Türk Lirası, yabancı para birimlerine karşı değer kaybetmesine neden olmuştur. Döviz kurlarında meydana gelen artışlar karşısında geri gelmeyen krediler nedeni ile batık krediler artmış, ithalata dayalı işlem gerçekleştiren döviz yükümlülükleri olan şirketlerin çoğu iflas etmiştir (Alp, 2001: 679).

Sonuç olarak kriz ile beraber; döviz fiyatları yükselmiş, faizler artmış, beklentiler olumsuz şekilde etkilenmiş ve kısa vadeli sermaye giriş-çıkışları ekonominin yapısını bozmuştur (Sadıklar, 2001: 37).

#### 2.2.2.3. Kasım 2000 ve Şubat 2001 Krizleri

Türkiye, 2000 yılının Kasım ayında yeni bir kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde enflasyonu düşürmek adına uygulanan döviz çıpası politikası krizin başlaması ile birlikte son bulmuştur. Yine bu dönemde parasal taban Merkez Bankasının dış rezervine göre belirlendiği, herhangi bir sterilizasyon olmadığı sistem içinde bankaların dışarıdan borçlanması ve tüketici kredilerinin artması, iç talebi

artırırken, döviz kurunun artışı enflasyona kıyasla düşük kalması, bir başka deyişle TL'nin reel olarak değerlenmesi ihracatı azaltmıştır ve bunun yanında ithalatı artırmıştır. Kamu enflasyonunun belirli sektörlerde % 30 bandını geçmesi ve kamu kesiminin açığının daha da artması enflasyonist beklentileri olumsuz etkilemiş, bu sebepten dolayı enflasyonda kayda değer bir azalma görülmemiştir. 2000 yılının sonlarında cari açık; istikrar programlarına karşı güvenin azalmasına ve dış borcu ödeme gücünün azalması konusundaki beklentileri artırmıştır. Bazı kamu ve özel bankalarının dönem sonu açık kapatma telaşı, 2000 yılının sonbaharından sonra kriz ortamına girilmesine sebebiyet vermiştir. 2000 yılının Kasım ayında dövize karşı spekülatif saldırı, yüksek faiz oranı ile, döviz rezervlerinde ciddi erime ile ve IMF'den alının kısa vadeli kredilerle atlatılmıştır. Fakat 2001 yılının Şubat ayına gelindiğinde, siyasi arenanın istikrarsız oluşu karşısında dövize karşı spekülatif saldırıyı Merkez Bankası önleyememiştir. Daha sonra ise kurun dalgalanmaya bırakıldığı duyurulmuştur (Uygur, 2001).

Kasım 2000 krizinin nedenlerini maddeler halinde vermek gerekirse:

- Makro-ekonomik problemler,
- Bankacılık sektöründeki problemler,
- Sabit kurun getirdiği problemler,
- Kısa vadeli sermaye hareketlerinin değişkenliğindeki problemler,
- 2000 yılında başlanan dezenflasyon programının iyileştirilememesi ve politik istikrarsızlıklar (Yay, 2001: 51-55),
- Hedeflenen özelleştirmelerin gerçekleştirilememesi,
- Dünya Bankası kredisinin askıya alınması,
- Hem Ziraat Bankası'nın hem de Halk Bank'nın görev zararlarının artması,
- 1999 yılında yaşanan Marmara ve Düzce depremlerinin maliyetleri de krizin nedenleri arasında sayılmaktadır (Boratav, 2000: 24-25).

2000 ve 2001 krizlerinde ise enflasyon oranları OECD ülkelerine kıyasla çok yüksek orandadır.

**Tablo 7.** 2000 ve 2001 Krizlerinde OECD ve Türkiye'de Enflasyon Oranları

| | **1999** | **2000** | **2001** | **2002** |
|---|---|---|---|---|
| **OECD Total** | 3.696 | 4.052 | 3.659 | 2.772 |
| **Türkiye** | 64.867 | 54.915 | 54.400 | 44.964 |

**Kaynak:** OECD Data ( Erişim Tarihi: 20 Mart 2021 )

( https://data.oecd.org/price/inflation-cpi.htm )

2001'in Şubat ayında meydana gelen kriz, Kasım 2000'de görülen krizin devamıdır. 2001 yılının 19 Şubat'ında döviz krizi şeklinde meydana gelmiştir. Şubat 2001 Krizi, piyasada güvensizlik yaratmıştır. 1 Ocak 2000'den itibaren uygulanan IMF destekli programda yer alan sabit kur ve finansal serbestleşme uygulamaları, şirket ve banka bilânçolarındaki bozulmalara ve dışarıdan borçlanmaya sebep olmuştur. Bu durum, Şubat 2001 Krizi'nde etkin bir rol oynamıştır. Şubat 2001 Krizi'nin meydana gelmesiyle ekonomi küçülmüştür. Para biriminde meydana gelen değer kaybının %75'lerde olması hem ithalatı pahalılaştırmış hem de ihracatı artırmıştır. Kriz, TEFE'nin yükselmesine, kamu dış borç stokunun GSYH'ye oranının yükselmesine ve iç borç stokunda da artışlara neden olmuştur. Bunlara ek olarak kısa vadeli yabancı sermaye girişleri azalmış, TL'ye duyulan güven kaybolmuş ve kişi başına GSYH ise 2123 dolara gerilemiştir. Bu sayısal değerlerden de anlaşılacağı üzere 2001 tarihi, Türkiye ekonomisi adına oldukça kötü bir dönem olmuştur (DİE, 2003).

Şubat 2001 krizinin nedenlerini maddeler halinde vermek gerekirse:

- Olumsuz dış faktörler krizin sebepleri arasında gösterilmektedir. Bu dış faktörler ise petrol fiyatları, uluslararası faiz oranları ve Dolar/Euro paritesinin artması şeklinde verilebilir,
- Uygulanan IMF programındaki tasarım yanlışlıkları (Alper, 2001: 51-71),
- Mali disiplinin bozuk olması ve reel döviz kurunun aşırı değerli olması şeklinde verilmektedir (Togan, 2001: 511).

Krizin meydana geldiği yıllardaki bazı ekonomik göstergeler Tablo 8'de verilmiştir. 2001 yılında dış ticaret dengesi 2000 yılına oranla daha fazladır. 2000 yılında ihracatın ithalatı karşılama oranı 2001 yılına kıyasla daha az oranda kayıtlara

geçmiştir. 2001 yılında devlet sağlım harcamaları 2000 yılına göre artış ancak özel sağlık harcamaları 2000 yılına kıyasla azalmıştır.

**Tablo 8.** 2000 - 2001 Krizlerinde Türkiye'nin Bazı Ekonomik Göstergeleri

| Yıllar | Dış Ticaret Dengesi (Değer: Bin ABD $ ) | İhracatın İthalatı Karşılama Oranı (%) | Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%) | Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%) | Özel Sektör Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **2000** | -26 727 914 | 51,0 | 4,8 | 62,9 | 37,1 |
| **2001** | -10 064 867 | 75,7 | 5,1 | 68,1 | 31,9 |

**Kaynak:** TÜİK ( Erişim Tarihi: 20 Mart 2021 )

( https://www.tuik.gov.tr/ )

### 2.2.2.4. 2008 - 2009 Krizi

Krizin temelinde, ABD'de konut kredisi piyasasında meydana gelen sorunlar vardır. ABD'de yaşanan bu sorunların kökeninde ABD'nin ekonomiyi canlandırmak düşüncesiyle ülkede faaliyet gösteren finansal kuruluşların büyük bir risk alarak ödeme gücü ve kredibilitesi düşük olan kişilere konut kredisi vermeye başlamasıdır. Böylelikle riskli kredi miktarı artmıştır. Bankalar, riskli gruba verilen kredileri teminat göstermiş ve emlak tahvilleri çıkararak daha yüksek faiz oranlı hedge fonları satmıştır. Mali piyasaları olumsuz etkileyen bir başka durum ise emlak piyasasında verilmiş olan kredilerin belirli bir kısmının değişken faiz oranlı olmasıdır (Susam ve Bakkal, 2008: 73-74).

Türkiye'ye etkisi bakımından 2008 Krizi'nde meydana gelen iniş çıkışlar 2001 Krizine oranla daha azdır. Bu krizin Türkiye'deki bankacılığı derinden etkilememesinin nedeni ise Türkiye'de yatırım bankacılığı olmadığı ve bunun yanında ticaret bankalarının tahvillere yatırım yapmadığı içindir. Başka bir deyişle mali

piyasalardan büyük çaplı ve ani şekilde fon çıkışları yaşanmamıştır. Faiz oranları yaklaşık olarak beş puan yükselmiş ve bunun yanında dolar kurundaki yükselme yavaş bir şekilde olmuştur (Kazgan, 2010: 27).

Krizin Türkiye'ye etkilerine bakmak gerekirse eğer sadece bu dönemi vermekten ziyade birkaç yıl öncesini ve birkaç yıl sonrasını verip kıyaslama yapmakta fayda var. Krizin olduğu yıllarda dış ticaret dengesi 2008 yılında bir önceki yıla göre azalmış ancak 2009 yılında önceki yıla oranla artmıştır. Bunun yanında ihracatın ithalatı karşılama oranı 2008 ve 2009 yıllarında artmıştır. Sağlık harcamaları göstergelerine bakılacak olursa toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 2007, 2008 ve 2009 yıllarında %5.8 oranında kalmıştır. Bunun yanında genel devlet sağlık harcamaları göstergeleri de 2008 ve 2009 yıllarında artmış ancak özel sağlık harcamaları 2008 ve 2009 yıllarında azalmıştır.

**Tablo 9.** 2008 – 2009 Krizinde Türkiye'nin Bazı Ekonomik Göstergeleri

| Yıllar | Dış Ticaret Dengesi (Değer: Bin ABD $) | İhracatın İthalatı Karşılama Oranı | Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı | Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı | Özel Sektör Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı |
|---|---|---|---|---|---|
| **2006** | -54 041 499 | 61,3 | 5,6 | 68,3 | 31,7 |
| **2007** | -62 790 965 | 63,1 | 5,8 | 67,8 | 32,2 |
| **2008** | -69 936 378 | 65,4 | 5,8 | 73,0 | 27,0 |
| **2009** | -38 785 809 | 72,5 | 5,8 | 81,0 | 19,0 |
| **2010** | -71 661 113 | 61,4 | 5,3 | 78,6 | 21,4 |

**Kaynak:** TÜİK ( Erişim Tarihi: 20 Mart 2021 )

( https://www.tuik.gov.tr/ )

## 2.3. EKONOMİK BÜYÜME TANIMI VE KAYNAKLARI

Büyüme, "bir ekonomide ve belli bir dönemde (genellikle bir yılda) bir miktar, bir ağırlık, bir hacim, bir büyüklük artışıdır. Öyle ki bu artışlar, insanları ve ülkeyi bugünkünden daha sağlam ve daha kuvvetli bir güce, daha yüksek bir gelir düzeyine doğru götürebilecek aritmetik, kantitatif yani miktar ile açıklanan bir artıştır" (Özgüven, 1988: 36). Başka bir ifadeye göre büyüme: "Bir ekonominin üretim kapasitesinde, sayısal ve niceliksel olarak ölçülebilen genişleme veya miktar artışıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (Freyssinet, 1985: 124).

Ekonomik büyüme sadece gelişmiş ülkeler açısından önemli bir konu değildir. Aynı zamanda gelişmekte olan ülkeler için de önemli bir kavramdır. Gelişmiş ülkeler ekonomik büyüme, reel GSYH'nın yıllar itibariyle değişimine daha fazla önem vermektedirler. Fakat gelişmekte olan ülkeler ise büyüme kavramına değil de kalkınma kavramına daha fazla önem vermektedirler. Çünkü kalkınma sadece büyüme kavramını içermez aynı zamanda gelir adaletsizlikleri, işsizlik problemi, kurumların daha modern hale getirilmesi ve siyasi ve sosyal meseleleri de içine almaktadır (Seyidoğlu, 2006: 829). Ekonomik kalkınmanın kapsamı daha geniştir. Büyüme nitelikten ziyade nicelikle ilgili bir konudur. Başka bir deyişle sayısal değerlerle ilgili bir durumdur.

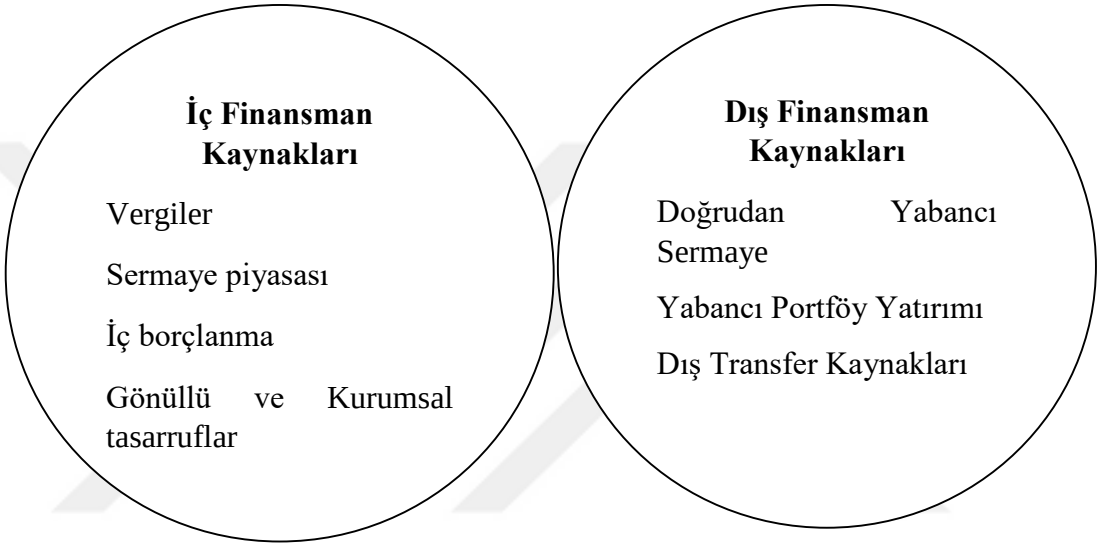
Büyümenin kaynakları kendi içinde, sermaye birikimi, iş gücünde artış, iş gücü ve sermayenin birlikte artışı ve teknolojik gelişme şeklinde ayrılmaktadır (Yıldırım vd., 2014: 498). Bazı görüşler doğal kaynakları da büyümenin kaynakları arasına eklemektedir.

Büyümeyi sağlayan en önemli kaynaklarından birisi sermayedir. Sermaye hem üretimi sağlamakta hem de büyümeyi hızlandırmaktadır. İş gücü ise diğer bir büyüme kaynağıdır. Büyüme hem iş gücünün miktarına hem de iş gücünün kalitesine bağlıdır. İş gücü miktarındaki artış GSYH'nın artmasının önemli bir kaynağıdır. Teknolojide meydana gelen iyileşmeler ve yenilikler verimliliği artırmaktadır. Teknolojik gelişmenin yaşanması ekonomik büyümeyi de hızlandırmaktadır.

Büyümenin kaynaklarının yanı sıra büyümenin gerçekleşmesi için gerekli olan finansman kaynağı; ülkenin kendi yapısına göre belirlemiş olduğu büyüme hızına, programına ve makro ekonomik dengelerine göre değişlik göstermektedir. Belirlemiş olduğu büyüme hızına ulaşmak için devletler bazı maliye ve para politikalarına

yönelirler. Devletlerin kendi iktisadi büyümesini finanse edecek iç ve dış kaynakların büyüklüğü, çeşitliği ve niteliği önemlidir. Büyümenin finansman kaynakları iki şekilde verilmektedir (Minibaş, 1992: 18- 66): İç finansman kaynakları kendi içinde vergiler, sermaye piyasası, iç borçlanma, gönüllü ve kurumsal tasarruflar olmak üzere dört alt başlıkta toplanmaktadır. Dış finansman kaynakları ise doğrudan yabancı sermaye, yabancı portföy yatırımı, dış transfer kaynakları olmak üzere üç alt başlığa ayrılmaktadır.

**Şekil 5.** Büyümenin Finansman Kaynakları




**Kaynak:** Minibaş, 1992

### 2.3.1. Ekonomik Büyüme Çeşitleri

Ekonomik büyüme üzerine yapılan çalışmalarda bireylerin refahını sağlayan gelirleri, sağlık hizmetleri, eğitim, istihdamın sağlanması gibi konular incelenmiştir. İncelenen özelliğine göre ekonomik büyümenin çeşitli türleri oluşturulmuştur (Özgüven, 1988: 85). Bu bağlamda ekonomik büyüme türlerini: (Özgüven, 1988: 85).

- Spontane Büyüme
- Planlı Büyüme
- Kapalı Büyüme
- Açık Büyüme
- Durgun Büyüme
- Üstel Büyüme
- Biyolojik Büyüme
- Dengeli ve Dengesiz Büyüme

olmak üzere dokuz başlık altında toplamak mümkündür.

### 2.3.2. Ekonomik Büyüme Modelleri

Ekonomik büyüme modellerini dört ayrı başlıkta ele almak mümkündür. Klasik Büyüme Modeli, Dışsal büyüme modelleri (Harrod-Domar Büyüme Teorisi, Neo-Klasik Büyüme Teorisi (Solow Büyüme Teorisi)) ve İçsel Büyüme Modelleri şeklinde sınıflandırılmaktadır.

#### 2.3.2.1. Klasik Büyüme Teorileri

Klasik büyüme teorisi Smith, Malthus ve Ricardo gibi çok sayıda klasik iktisatçıların fikirlerini yansıtmaktadır ve modele yaptıkları katkıları ile gelişmiştir (Parasız, 2008: 77).

A.Smith'in Ulusların Zenginliği adlı eseri başlangıç noktası olarak görülmektedir. Adam Smith'in bu eserinde ekonomik büyüme nedenleri ve bunun yanında ekonomik büyümenin kuralları yer almaktadır. Bu eserde büyümenin politik konuları üzerinde durulmuştur. A. Smith'in aktarmak istediği esas konu, insanın refahını yükseltmek için gerekli olan ekonomik gücü saptamak ve bu refahı yükseltmek için çözümlere odaklanmaktır (Söğüt, 2019: 43).

Klasik büyüme modellerinin meydana gelmesinde D. Ricardo önemli katkı yapmıştır. Hatta katkıları o kadar fazladır ki klasik büyüme modelleri Ricardocu büyüme modeli olarak literatürde anılmaktadır. D. Ricardo'nun teorisine göre tasarruflar yatırımlara öncülük etmektedir. Yüksek yatırımlar da beraberinde ekonomik büyümeyi getirmektedir. Bir toplumda tasarrufların azalması yatırımları da azaltacak, bu sebepten ötürü ekonomik büyüme hızını da azalış gösterecektir (Yılmaz, 2005: 65). Bir başka deyişle klasiklere göre büyümenin unsuru sermaye birikimidir.

#### 2.3.2.2. Harrod- Domar Büyüme Teorisi

1929'da Büyük Buhran yaşanması sonrasında Keynes'in önderliğinde ekonomide meydana gelen durgunluğun giderilmesi ve ekonomik büyümenin gerçekleşmesi için yapılan çalışmalarda hem para politikalarının hem de maliye politikalarının ön planda olduğu görülmektedir (Özel, 2012: 64-65).

Keynes'in ekonomik modeli kısa dönemli olduğundan dolayı modeli uzun dönem için uyarlamak isteyen İngiliz iktisatçı Roy Harrod ve ABD'li iktisatçı Evsey Domar tarafından gösterilen çaba sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu iki iktisatçı çalışmalarını ayrı ayrı tamamlamışlardır. Ancak aralarında çok fazla fark

olmamasından dolayı bu model Harrod-Domar modeli olarak ele alınmıştır. Bu modelin, Klasik ekolden farkı ise talep yönlü büyüme kuramı olmasıdır (Parasız, 2008: 89: Güvel, 2011: 39; Özel, 2012: 65).

Post- Keynesyen bir modeldir. Dengeli bir şekilde ekonomik büyümenin ve büyümenin devamlılığını araştırmaktadır. Harrod-Domar modelinde temel problem ekonominin uzun dönemde tam istihdama ulaşıp ekonominin dengeli ve kararlı bir büyümenin olup olmayacağıdır.

Harrod modelinde üç tane büyüme oranı kavramı yer almıştır. Bu kavramlar dengeli büyüme hızının belirlenmesinde önemlidir. Bu kavramlar:

- Gerekli Büyüme Oranı: Planlanan yatırımlar ile planlanan tasarrufların eşitlendiği büyüme oranıdır. Garantili büyüme oranı da denmektedir. Bu büyüme kavramında belirsizlik denen bir durumla karşılaşılmamaktadır.
- Gerçekleşen Büyüme Oranı: Ekonomide meydana gelen büyüme oranıdır.
- Doğal Büyüme Oranı: Bir ekonomideki tüm imkanların kullanılması ile meydana gelen büyüme oranıdır.

Harrod modelinde tasarruflar ve yatırımlar olmak üzere iki değişken ele alınmıştır. Harrod modelinde ekonomik dengenin sağlanma koşulu olarak tasarruflar oldukça önemlidir. Ekonomiyi tam istihdamda tutmak için sermayenin marjinal verimliliği, hızlandıran ve yatırımlar gibi değişkenlerin tasarruflarla aynı yönde olması gereklidir (Peterson, 1994: 516).

Teoriye göre üretim teknikleri değişmediği varsayılmaktadır. Bu varsayımdan hareketle belli bir üretimi gerçekleştirmek için belli bir sermayeye ihtiyaç duyulmaktadır. K simgesi sermaye stokunu, Y simgesi ise üretim düzeyini göstermektedir. Ortalama sermaye çıktı oranı K/Y olarak tanımlanabilir. Bu durumda 1 birimlik üretim için 3 birimlik sermaye gerekiyorsa, 100 birimlik üretim için 300 birimlik sermayeye ihtiyaç olacaktır. Burada marjinal sermaye çıktı oranı ($\Delta K/\Delta Y$) üretime belli bir ilave yapabilmek için ne kadar ek sermayeye ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Zaman içinde teknoloji değiştikçe marjinal oranın ortalama orana eşit olmasına gerek yoktur. Modelde de zaten teknolojinin sabit olduğu varsayılmaktadır. Dolayısıyla ($\Delta K/\Delta Y$) oranı sabittir. K/Y oranı da sabit olacaktır. Ortalama sermaye-çıktı oranının tersi, yani sermaye-çıktı (Y/K) oranı, sermayenin ortalama verimliliğini göstermektedir. Eğer 1 birimlik çıktı için 3 birimlik sermaye gerekiyorsa sermayenin

ortalama verimliliği (Y/K) 1/3 olacaktır. Dolayısıyla Y/K=(ΔY/ΔK)'dır. Üretim kapasitesindeki artışın sermaye stokundaki artışa oranını göstermektedir (Parasız, 2008: 89). E. Domar bunu (çıktının sermaye stokuna oranı) σ (sigma) ile göstermektedir ve "potansiyel sosyal ortalama yatırım verimliliği" olarak tanımlamaktadır (Domar, 1946: 140).

Harrod-Domar modelinde ekonomik büyümenin olması için tasarruf oranlarının artırılması veya sermayenin verimliliğinin artırılması gerekmektedir (Yülek, 1997: 4). Modelin işleyişine göre talep etkisi her aşamada kapasite etkisine eşit olduğu ve dengeli büyüme mekanizması işlediği sürece ekonomik büyüme de sürekli olacaktır. Talep etkisinin sabit kaldığı veya kapasite etkisinden daha küçük olduğu durumlarda dengesiz bir büyüme süreci işleyecektir (Güvel, 2011: 48).

#### 2.3.2.3. Neo-Klasik Büyüme Teorisi (Solow Büyüme Teorisi)

Harrod-Domar modellerindeki istikrarsız (bıçak sırtı) büyümeye karşılık olarak Solow ve Swan gibi Neo-klasik önermelerle çalışmalarını yürüten yazarlar istikrar sağlayıcı büyüme modelleri sunmuşlardır (Hiç, 1994: 121). Tasarruf, sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmektedir. Solow'un katkılarından dolayı bu modele Solow modeli de denmektedir.

Modelde bazı durumlar dışsal olarak kabul edilmektedir. Bunlar nüfus artışı, iş gücündeki artış ve teknolojik gelişmelerdir. Bunun yanında verimliliğin değişimi dikkate alınmamıştır. Açıklanan modelde kişi başı sermayenin, kişi başı üretim ile aynı oranda artış gösterdiği bir dengeli büyüme oluşturulmuştur. Denge sağlandığında kişi başına gelir ve tüketimdeki artış oranı teknolojik gelişme hızıyla eşittir. Diğer bir deyişle teknolojik gelişme dışsal olarak tanımlanmıştır ve kişi başına gelirdeki artışı sağlayan tek unsurdur. Bu noktada denge durumundaki büyüme hızı, tasarruf eğiliminden bağımsız olarak meydana gelmektedir. Bunların yanı sıra model kamu politikalarıyla ekonomik büyüme arasında direkt bir bağ kurmamaktadır. Neo-klasik Büyüme Teorisi bazı temel varsayımları vardır (Ercan, 2002: 130). Bunlar; ekonominin dışa kapalı olduğu varsayımı, piyasaların rekabetçi olduğu varsayımı, bireylerin rasyonel hareket etmesi, ölçeğe göre azalan getiri olması varsayımı ve üretim fonksiyonu için sabit getiriyi öngören bir üretim teknolojisi şeklindedir (Ercan, 2002: 130). Neo-klasik büyüme modelinde başka varsayımlar da yer almaktadır. Tam rekabet koşullarında, çıktı düzeyinin sermaye ve emek girdisi tarafından belirlendiği varsayılmaktadır. Buna ek olarak azalan verimler yasası geçerlidir (Özdemir, 2002: 2).

Üretim faktörleri arası ikame bulunmaktadır. Yatırım fonksiyonları birbiri ile bağımlıdır. Nüfus artışı dışsal kabul edilmektedir ve teknolojik gelişme ile birlikte uzun vadeli büyümeyi belirlemektedirler. Ayrıca teknolojik gelişmeler kamu malı niteliğindedir. Yakınsama hipotezi vardır (Romer, 1986: 1003).

#### 2.3.2.4. İçsel Büyüme Teorileri

Neo-klasik büyüme modeli, ekonomik büyümeyi sermaye ve iş gücündeki artış ile teknolojik gelişmeye bağlamış ve ekonomik büyüme kavramını açıklamada başarılı olsa bile büyümeye etki eden faktörlerin açıklanmasında ve analizde yetersiz kalmıştır (Özsağır, 2008). Yetersiz bir durum iktisatçıları yeni arayışlara yönlendirmiştir. İçsel büyüme teorisi yaklaşımında ekonomik büyüme, önceden dışsal olarak kabul edilen faktörlerden ziyade içsel faktörlerle açıklanmıştır (Romer 1994: 3). İçsel büyüme teorileri, Yeni Büyüme Teorileri veya Endojen Büyüme Modelleri olarak da bilinmektedir.

İçsel büyüme modellerinin bazı temel varsayımları bulunmaktadır. Piyasalar eksik rekabet koşullarında, mutlak yakınsama reddedilmekte, sermayenin artan getiriye sahip olması, teknolojiyi içselleştirmesi ve bilginin arta verimlere tabi olması gibi varsayımları bulunmaktadır. İçsel büyüme modellerinin varsayımlarının yanı sıra içsel büyüme modelini açıklayan farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlara bakmak gerekirse;

**Romer Modeli:** Romer, çalışmalarında AR-GE faaliyetlerini modele dahil ederek büyümeye olumlu katkı yaptığını varsaymıştır.

Romer modelinde, yaratıcı fikirler yardımıyla ekonomik büyüme kavramı açıklanmaktadır. Bu modelde; teknoloji, geleneksel mal ya da kamusal mal özelliğine sahip olmadığı vurgulanmaktadır. Teknolojinin dışarıya yansıtılabileceği vurgulanmıştır. Romer modelinde kendine has bir rekabet ortamı oluşturmaması teknolojinin başlıca özelliğidir. Modelde aynı zamanda ölçeğe göre artan getiri vardır ve bundan dolayı bu konu üzerine araştırılmaların yapılması söz konusu olmuştur (Romer, 1986: 1002-1037).

Romer modelinde en önemli unsurlardan biri teknolojik farklılıkların diğer mallardan ayrı özellikte olmasıdır. Diğer malların birçoğunda rekabet konusu ön plana çıkmaktadır. Birkaç kişinin mal ve hizmetleri kullanması, diğer kişilerin mal ve hizmet kullanımına erişim imkanını sınırlandırmaktadır. Romer'e göre büyümenin kaynağı

teknolojik yeniliktir. Teknolojik değişim tanımıyla ortaya konulan yaratıcı fikirlerin özünde rekabet konusu söz konusu değildir. Yaratıcı fikirler söz konusu olduğunda, tüm bireyler rekabet olmadan bu fikirlerden faydalanabilme olanağına sahip olduğundan dolayı dışlanamama ön plana çıkmaktadır (Romer, 1994: 22).

**Lucas Modeli:** Beşerî sermayeyi ekonomik büyümenin kaynağı olarak tanımlayan bu model Lucas tarafından geliştirilmiştir. Model, beşerî sermaye modeli olarak da anılmaktadır.

Lucas modeline göre; devamlı ve pozitif büyümenin gerçekleşmesi, birikim sonucu girdilerin sabit getiri sağlamasından dolayıdır. Rebelo modeli dışında, rekabetin var olduğu ortam oluşturularak çözüm üretilmesi amacıyla sermaye ve iş gücü dışında ek bir girdinin var olması gerekmektedir. Hem Lucas hem de Romer modelinin ortak özelliği ise ek girdiyi sermayenin bir faktörü olarak görmüş olmalarıdır. Lucas ek girdiyi beşerî sermaye olarak görmesi ise ayrıldığı nokta olarak verilmektedir. Romer ise ek girdiyi, beşerî sermaye ve fiziki sermaye şeklinde somutlaşabilen sabitlikte görmektedir. Sonuç olarak, sabit sermaye olarak nitelendirilen fiziki sermaye, yatırımları ve beşerî sermayeyi arttırıcı etkiye sahiptir (İnce, 2006: 53). Lucas modelinde beşerî sermaye, üretim faktörleri arasında gösterilmektedir. Uzun dönemde sürdürebilir büyümeyi sağlayabilecek tek faktör olarak kabul edilmektedir.

**Barro Modeli:** Bu model, kamu harcamaları modeli olarak da adlandırılmaktadır. Model, kamu sektörü vasıtasıyla bireylere sağlanan mal ve hizmetlerin veya altyapının üretim faktörleri ile karşılaştırıldığında öneminin aynı olduğu varsayımına dayanmaktadır. Modelde, üretim geniş tanımlı olarak sermaye faktörünü içermekte ve nispi olarak modele kolaylık sağlaması amasıyla emek faktörünün üretim sürecindeki oranı azaltılmıştır. Bu modelde devletin tek gelir kaynağı vergi olarak belirtilirken devletin tek gider kaynağı olarak ise kamu mallarının arzı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Barro modelinde bütçenin daima denk olduğunu savunmaktadır (Barro ve Sala-i Martin, 1995: 95). Tek gelir kaynağı vergi olduğu varsayımı altında harcamalar vergilerle finanse edilir. Vergilerle finanse edilen kamu harcamaları belirli bir verimlilik düzeyine kadar ekonomik büyüme oranını artırmaktadır.

Barro modelinde, hane halklarının fayda fonksiyonunu en üst düzeyde olmasını sağlayan ve kâr amacı gütmeyen, iyi niyetli bir hükümetin refah ve büyüme üzerindeki etkisinin pozitif olacağını ve bunu belirlerken birçok türden endişeye sahip olmayan, sadece bireysel fayda fonksiyonunu önemli bulan bir hükümetin refah ve iktisadi büyüme üzerinde negatif etki oluşturabileceğini savunmaktadır (Barro, 1990: 110).

**Rebelo Modeli:** İçsel büyüme teorilerinde bir diğer yaklaşım ise Rebelo modelidir. Modelde ekonomide kararlaştırılan politikaların farklılıklara neden olacağı şeklindeki büyüme yaklaşımı üzerinde durulmuştur. Rebelo modeline göre ülkeler farklı büyüme hızlarına sahip olduğu kabul edilmektedir. Rebelo bu farklılığın sebebini ekonomi politikalarının farklı olmasını göstermiştir. Rebelo modelinde, örneğin gelir üzerinden alınan vergiye yönelik politikalar, fiziksel olarak nitelendirilen sermaye yatırımlarındaki kazançları azaltarak sermaye birikim hızını azaltacağı ve bundan dolayı büyüme hızının azalacağını varsaymaktadır (Rebelo ve King, 1993: 908-931).

İçsel büyüme kuramını özetlemek gerekirse teknoloji modelin içinde açıklanmıştır. Hem artan verim hali hem de sermayenin artan getirisi söz konusudur. İçsel büyüme kuramında eksik rekabet piyasaların varlığı geçerliliği söz konusudur. Açık ekonomi yaklaşımı çerçevesinde dış ticareti dinamik karşılaştırmalı üstünlükler teorisine göre açıklanmıştır. Bunlara ek olarak ölçeğe göre artan verim söz konusudur. Sosyal altyapı önemli bir büyüme etkenidir.

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

# KRİZ VE SALGIN DÖNEMLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ: PANEL VERİ ANALİZİ

## 3.1. EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

Sağlık harcaması ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Ekonomik büyüme; ulusal olarak sağlığı geliştirebilen ve değiştirebilen sosyal programların, örnek vermek gerekirse; sanitasyon (hijyen için gerekli koşulların sağlanması ve korunması), sağlık bilinci ve harcamalarının yükselmesi için ayrılan kaynaklar insan sağlığını olumlu yönde etkiler (Biggs, Basu ve Stuckler, 2010: 266). Ekonomik olarak iyi bir seviyede olan toplumlar sağlık adına daha fazla kaynak ayırabilmektedir. Sağlık seviyesi artan toplumlar ekonomik olarak gelişimini hızlandırmaktadır (Mazgit, 1998: 405). Artan bu sağlık düzeyi ile birlikte iş gücü daha verimli bir şekilde çıktı üretmekte ve bundan dolayı o toplumun kalkınması olumlu yönde etkilenmektedir. Sağlık düzeyinin artması, toplumun refahını ve gelirini, iş gücüne katılımını, işçinin verimliliğini, yatırım ve tasarruf oranlarını hatta beşerî sermaye üzerinde bile etkisi mevcuttur (Karagül, 2002: 72). Bu karşılıklı ilişkiden yola çıkarak ekonomik büyüme sağlık düzeyini artırdığı gibi sağlık düzeyi de ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır. Buna ek olarak sağlık sisteminde bazı önemli göstergeler vardır. Bu önemli göstergelerden birisi ise ekonomik büyümenin üzerindeki sağlık harcamalarının etkisidir. Bu ekonomik büyümenin üzerindeki sağlık harcamalarının etkisi uzun ömürlü ve çok yönlüdür. Sağlık harcamalarının bu yöndeki etkisi sağlık temelli büyüme hipotezi olarak açıklanabilmektedir (Akar, 2014: 312).

Sağlık harcamaları özünde bir tüketim harcaması olarak görülmesine rağmen aslında bir yatırım harcamasıdır. Sağlık kazanımı hem verimli çalışma açısından hem de çalışma süresinin uzaması gibi sebeplerden dolayı ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkılarına değinmek gerekirse eğer: hastalıktan dolayı meydana gelecek iş kaybını engeller. Bunun yanında çocukların daha sağlıklı bir eğitim almasını sağlar. Sağlığa yönelik ayrılan kaynak kullanımı başka sektörlere kaydırılır (Türker, 2000: 34). Ancak uygulamaya konulacak sağlık politikalarının doğru seçilmesi gerekmektedir. Doğru ve yerinde yatırımların yapılması önem arz etmektedir. Sağlığa yapılacak harcamaların gider olarak düşünülmesinden ziyade yatırım olarak düşünülmesi daha uygun olacaktır. Bunun

yanında yatırımların bilimsel çalışmalara uygun olarak yapılması harcamaların verimliliğinde de artış sağlayacaktır (Kısa, 2012).

Ampirik çalışmalarda, ekonominin gelişmesinde hem sağlığa hem de eğitime yapılan yatırımların etkisi olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan hem sağlıklı hem de eğitimli bireylerin, toplumda üretici ve tüketici olarak daha etkin davrandıkları saptanmıştır (Mushkin, 1962: 156). Sağlıklı bireylere verilen eğitim neticesinde eğitimin çıktıları daha net olmaktadır. Sağlıklı bireylere sunulan eğitimden uzun süre faydalanma imkânı olması da dikkat çekicidir. Sağlıklı bireyin, iş hayatı uzun olacaktır ve bu sürede üretken olabilmektedirler (Smith, 2006: 77).

## 3.2. KRİZLERİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Ekonomik krizden etkilenen ülkelerdeki toplam sağlık harcamaları düşme eğilimindedir, fakat tutarlı değildir. Bazı hükümetler sağlık harcamalarını korumuştur ve hatta artırmıştır, ancak diğerleri bunun tersini yapmıştır. Bu alandaki politika bu nedenle hayati önem taşımaktadır. Kamu harcamalarının aksine, cepten yapılan özel harcamalar, özellikle hizmetler kamu sektöründe daha düşük maliyetle sunuluyorsa, genellikle durgunluk döneminde azalma eğilimindedir.

Gayri resmi anketler; çok az sayıda sağlık bakanlığı, maliye bakanlıklarından veya kalkınma ortaklarından sağlık harcamalarının azaltılacağına dair herhangi bir gösterge verilmemiştir. Pek çok ülkede resmî duyurular bir sonraki bütçe döngüsünü beklemektedir. Bazı küçük ülkeler, bölgelerindeki daha güçlü ekonomilerden gelen ekonomik sinyaller ararlar.

Toplam harcamalardaki azalmalar, sağlık harcamalarının bileşimi üzerinde etkili olacaktır. Bu nedenle, etki göstergelerinin rapor edildiği durumlarda, maaşların korunacağını, ancak altyapı ve ekipmanda tasarruf sağlanacağını öne sürmektedirler.

Sermaye harcamalarını geciktirmek, bütçe kesintileriyle karşı karşıya kalan hükümetlerin ortak bir kısa vadeli tepkisidir. Kısa vadede mantıklı bir tepki, ancak, gerileme devam ederse daha uzun vadeli sorunlara yol açabilmektedir. Gözetim veya denetimle ilgili bakım, ilaç veya diğer işletme maliyetlerindeki azalmalar, hizmet sunumunda muhtemelen daha zarar verici ve anında etkiye sahip olacaktır (WHO, 2009).

## 3.3. AMPİRİK LİTERATÜR

Salman (2017), yapılan bu çalışmada araştırmacı Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin 1980 yılından sonra nasıl bir seyir izlediğini, kamu ve özel sektör olarak nasıl bir ayrıştırma olduğunu incelemiştir. Salman çalışmasında zaman serisi kullanarak nedensellik analizi üzerinden VAR modeli uygulamıştır. Değişkenler arasında herhangi bir nedensellik ilişkisine rastlanmadığı sonucuna varılmıştır.

Cinel (2020), 1918 küresel salgından, 2013 - 2016 Ebola salgınından ve Koronavirüsten bahsetmiştir. Ayrıca çalışmanın bir bölümünde Covid-19'un ekonomik etkilerinden tablo şeklinde bahsetmiştir. Yapılan bu araştırmanın sonucunda Covid-19'un birbirinden farklı sanayi kollarında ve ülkelerde yarattığı ekonomik etkilere odaklanarak, bu etkilerin hangi ekonomik sektörler üzerinde ve nasıl bir etki edeceğini tartışmak üzere bir konu başlığı bırakmıştır.

Öner (2018), 2012 - 2017 yılları baz alınarak Türkiye'nin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkisi nedensellik analizi aracılığıyla incelemiş ve elde edilen bulgular sonucunda kısa ve uzun dönemde tek yönlü nedenselliğin olduğu belirtilmiştir.

Söğüt (2019), 1988- 2016 yılları verilerini kullanarak ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki ampirik olarak incelemiştir. Modelde değişkenler olarak GSYH büyüme oranı, sağlık harcamaları artış oranı ve üçüncü olarak ise sağlık harcamalarının GSYH içindeki payıdır. Çalışmada basit regresyon, eşbütünleşme ve VAR analizi yöntemleri ile incelemeler yapılmıştır. Analizler sonucunda ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bulgulardan yola çıkarak sağlık harcamaları artışından ekonomik büyümeye ve toplam sağlık harcamalarının GSYH içinde tek yönlü bir nedensellik olduğu saptanmıştır.

Gür (2015), "Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramsal Çerçeve", "Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Sağlık Harcamaları ve Kamu-Özel İşbirliği Modeli", "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi" ve "Türkiye- OECD Ülkeleri Karşılaştırması" olmak üzere dört ana başlığa ayırdığı tezinde, sağlık kavramına, hizmetlerine, ekonomisine, finansmanına, harcamalarına ve kamu-özel işbirliği modeline değinmiştir. 1980 sonrasında kamu ve özel kesimin sağlık harcamalarına bakarak OECD ve Türkiye'nin sağlık harcamalarını karşılaştırmıştır.

Tıraş (2018), sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık ekonomisi kavramı, sağlık harcamaları kavramı, ekonomik büyüme kavramı ve beşeri sermaye gibi konulara değinmiştir. Sağlığın ekonomik büyümeye olan etkilerini ortaya koyduktan sonra konunun Türkiye'deki boyutuyla ilgilenmiştir. Türkiye'de sağlık harcamalarının gelişimi ve sınıflandırılmasına dair verdiği bilgilerden sonra "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyümenin Ekonometrik Tahmini: Panel Nedensellik Analizleri" başlığı altında çeşitli sınıflandırma, yöntem ve testlerden yararlanmıştır.

Orkunoğlu (2009), sağlıkta belirlenen ekonomi politikaları ile salgın hastalıklarla nasıl mücadele edilmesi gerektiği ve uygulanan politikalar, bu politikalara katlanılan maliyetler ile domuz gribine karşı alınan ekonomik önlemler ve Türkiye'de domuz gribinden dolayı oluşan maliyet, ayrılan ödenek miktarı ve domuz gribinin hijyenik maddelerin satışındaki artış bakımından maliyeti, iş gücündeki düşüş yönünden maliyeti, turizm ve ulaştırma sektörü yönünden maliyeti konularını incelemiştir. Kuş gribi, deli dana hastalığı, sars, kırım kongo kanamalı ateşi hastalığı ve domuz gribi gibi salgın hastalıklarda uygulanan çeşitli ekonomi politikalarından bahsetmiştir.

Baylan (2015), Türkiyede yapılan sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki ilişkinin nasıl olduğu konusunda bir fikir sahibi olabilmek için 1998-2012 yılları arasındaki dönemler incelenerek bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda Türkiye'de sağlık harcamaları ile GSYH arasında nedensellik ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Karadağ (2020), Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri tanımı çerçevesinde 2000-2017 dönem aralığı için üst ve alt-orta gelir seviyesindeki 47 gelişmekte olan ülkede yarı kamusal mal ve hizmet olarak kamu kesimi sağlık harcamalarının makro düzlemdeki belirleyicilerini tespit etmiştir. Konuyla ilgili önce literatür taraması yapan Karadağ, analizlerden elde edilen veriler, model ve yöntemlerden bahsetmiştir. Ampirik bulgulara da tablolarla örnek vermiş ve çalışmanın sonunda elde ettiği verilerin değerlendirmesini yapmıştır.

Kaya (2020), yapılan çalışmada incelenen parametreler farklılık göstermektedir. Örneğin; 2000-2019 arası dönemde gerçekleşme oranları iken 2020-2021 dönemi için ise tahmin oranları hesaplanarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar şunlardır: Küresel çapta yaşamış olduğumuz en büyük krizlerden biri olan 2008

küresel krizinin yaratmış olduğu ekonomik etkileri Koronavirüs pandemisinin yarattığı ekonomik etki ile karşılaştırmıştır. Elde ettiği bilgiler ışığında koronavirüs pandemisinin kısa vadede yaratacağı küresel nitelikteki olumsuz durumu ortaya koymuştur

Tanyıldızı (2017), ekonomik büyüme kavramı ve belirleyicileri açıklamıştır. Bununla birlikte ekonomik büyümeyi, teorilere dayandırarak anlatmaya çalışmıştır. Daha sonra sağlık hizmetleri kavramları ve sağlık harcamalarından bahsetmiştir. Son olarak ekonomik büyüme ve sağlık sektörü arasındaki ilişkileri açıklamıştır.

Dağdemir (2005), 1960 - 2005 yılları arasındaki gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı ilişkinin analizini yapmıştır. Analiz yapılmamış ancak bu tarihler arasındaki sayısal göstergelere bakılmıştır. 1960-1990 arasını kapsayan dönemi incelerken gelişmekte olan ülkelerde canlı doğum beklentisi oranının yüksek olduğu, fakat bu oranın 1990-2005 arasındaki dönemde düştüğünü yapılan çalışma ortaya koymuştur. 1990- 2005 arasında ise sağlık eşitsizlikleri artmıştır. Çalışma sonucunda gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanından elde edilen büyük kazanımlar, tek başına ekonomik büyüme göstergeleri ile açıklamanın yetersiz olduğu yönünde bir sonuç elde edilmiştir.

Akın (2007), önce sağlık kavramı ve sağlık hizmeti hakkında genel bilgiler vermiş, bugün gelişmiş toplumlarda giderek önem kazanan sağlık ekonomisi hakkında açıklamalarda bulunmuştur. Bununla birlikte Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İncelemeyi yaparken Ekonomik gösterge olarak Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla, temel sağlık göstergeleri olarak bebek-çocuk ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi, kaba ölüm oranı göstergelerinden yararlanmıştır. 1994-2004 yılları arasındaki verilerden yararlanarak Türkiye'nin KBDGSYİH'sı ile, Türkiye'nin temel sağlık göstergelerindeki değişimleri de birlikte değerlendirmiştir.

Yılmaz S. (2012)**,** sağlık ve sağlık ekonomisine ait teorik bilgiler vermiştir. Sonrasında toplumların sağlık hizmetlerini değerlendirmede kullandıkları birtakım parametreleri açıklayıp değerlendirmiştir. İkinci bölümden itibaren Türkiye'deki sağlık harcamalarını incelemiş, son bölümde 2011 OECD verilerinden yararlanarak Türkiye'nin diğer ülkelerle karşılaştırmasını yapmış ve OECD ortalamasındaki mevcut durumu değerlendirmiştir.

Saçu Barlin (2010), Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışmada kullanılan yöntem kümeleme yöntemidir. Kümeleme yöntemi çok sayıda değişkene sahip birimlerin gruplanmasından oluşmaktadır. Araştırmada 30 OECD ülkesi toplam 25 sağlık göstergesi değişkenine göre kümeleme analizi uygulanmıştır. Küme sayısı belirlendikten sonra değişkenlere ANOVA testi uygulanarak, grup içinde anlamlı farklılaşma olan değişkenler belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuç ise Türkiye'nin sağlık alanında kamu ağırlığının OECD ülkelerinin oranlarının altında oran elde edilmiştir. Ancak bu sağlık alanında kamunun ağırlığı yok demek değildir. Türkiye'de kalkınma açısından bakıldığında önemli olan sağlık harcamaları yetersizdir. Bunun yanı sıra yapısal sorunların da mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık harcamaları yıllar içinde artmış ancak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı açısından yetersiz kalınmış ve daha maliyetli hizmetler gerçekleşmiştir.

Kısa (2012), sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini araştırmıştır. Yapılan çalışmada nedensellik analizi kullanılmıştır. Türkiye üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmada Türkiye'de sağlık göstergeleri açısından çok olumlu olmadığı belirtilmiş. Yapılan nedensellik analizinin sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişki olduğu açıklanmıştır. Çalışma 1980- 2008 yılları arasını kapsamaktadır.

Karagöz (2015), Türkiye'de sağlık hizmetleri ile sağlık harcamaları hakkında bilgi vermek istemiştir. Yöntem olarak SWOT analizi yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda GSYH içindeki sağlık harcamaları payının arttığı görülse de Türkiye'de sağlık sorunları devam etmekte ve herhangi bir iyileşme gösterilememiştir. Buna gösterge olarak ise kamu hastanelerinde hasta sayısının çok olması ve bunun yanında yetersiz personel olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kucak (2017), ADF, Eşbütünleşme ve Granger Nedensellik testi uygulayarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemli bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır. OECD-Türkiye karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışma 2008- 2012 yılları arasını kapsamaktadır.

İzgi (2019), sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Sağlık göstergesi kapsamında; genel ilaç giderleri, toplam sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve kişi

başına düşen gayri safi yurt içi hasıla değişkenleri kullanılmıştır. Belirtilen değişkenlere birim kök testleri, Granger nedensellik testi ve ARDL sınır testi uygulanarak sonuçlar elde edilmiştir. Bu değişkenler arasında tek ve çift yönlü nedensellik olduğu sonucuna ulaşılmış ve eşbütünleşme de olduğu sonucuna varılmıştır. Yazar sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Özavcı (2019), 1996 - 2018 yılları arasında sağlık harcamalarının yeni büyüme modelleri çerçevesinde ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemeye almıştır. Analiz olarak birim kök, VAR modeli, nedensellik testinin yapılması ve etki tepki fonksiyonları kullanılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi elde edilmiştir.

Aygün (2020), OECD ülkelerinden yola çıkarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ekonometrik analiz yardımıyla analize tabi tutmuştur. Çalışmanın birinci kısmında saplık hizmetleri ve sağlık harcamaları hakkında bilgiler verilmiştir. Daha sonra ikinci bölümde ekonomik büyüme hakkında kuralsal çerçeveye yer verilmiştir. Üçüncü kısımda ise birim kök, granger nedensellik ve EKK yöntemi ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerden de yola çıkarak çıkan sonuç ise; sağlıklı kimseler daha üretken daha piyasanın içinde olacakları için GSYH üzerinde olumlu etkileri olmaktadır. Engle-Granger nedensellik analiz sonuçlarına göre genel olarak; Türkiye'de GSYH değişkeninden KBSH ve TÜFE değişkenlerine doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. KBSH değişkeninden TÜFE değişkenine doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Ekiz (2013), sosyal refah devletlerinde sağlık harcamaları ile Türkiye'de sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemiş. Bu çalışmanın amacı, sosyal refah devletlerinin ne düzeyde sağlık harcamaları yaptığı, finansmanında hangi kaynaklardan yararlandığı, mevcut sağlık durumlarının nasıl olduğunu irdelemek ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerine ışık tutarak ülkemizin sağlık harcamaları yönünden ne düzeyde olduğunu değerlendirmiştir. Örnek şehir olarak ise Giresun verilmiştir. Birinci kısımda sosyal refah devletleri üzerine durulmuş ikinci kısımda ise sağlık harcamaları ve sosyal refah devletindeki sağlık harcamalarının analizi yapılmıştır. Üçüncü son bölümde ise; Giresun ilinde sağlık durumu hakkında bir anket çalışması ile analiz yapılmıştır. Sağlık harcamalarının sosyal refah yönünden değerlendirilmesi

yapılmak istenmiştir ve bu amaçla elde edilen bulgular ışığında, Giresun ilinin sağlık harcama potansiyeli belirlenmeye çalışılmıştır.

Yıldırım (2020), sağlık harcamaları ve sağlık yatırımlarının makro-ekonomik göstergeler ile ilişkisi üzerine bir değerlendirmede bulunmuştur. Birinci kısımda sağlık hizmetlerine kavramsal çerçeveden bakılmıştır. İkinci kısımda yazar Türkiye'de sağlık harcamaları ve sağlık ile ilgili yatırımlara dikkat çekmiştir. Araştırma sonucu olan üçüncü kısımda ise, sağlık harcamaları/GSYH'nin; enflasyon ile arasında ilişki negatif, cari dengeyle de ilişkisi pozitif şeklinde tespit edilmiş ve istatistik sonuçlarına bağlı olarak anlamlı bir korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan ise, sağlık yatırımları/ GSYH oranı ile büyüme, enflasyon ve işsizlik gibi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve sonuç olarak negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür.

Gürlan (2008) çalışmasında, kamu harcamaları içinde eğitim ve sağlık harcamalarının yerini incelemiştir. Tezinin birinci kısmında kamu harcamaları ile ilgili kuramsal çerçevesi hakkında bilgi verirken ikinci kısımda sağlık akabinda üçüncü kısımda ise eğitim harcamaları hakkında bilgi vermiştir. Tezin dördüncü kısmında ise VAR modeli uygulanmış ve analize tabi tutulmuştur. Yapılan çalışmada eğitim harcamalarının son zamanlarda sağlık harcamaları gibi azalan bir şekilde artış gösterdiği görülmüş, bunun nedeninin ise ülkemizdeki borç faizi ödemelerinde meydana gelen artışlardan kaynaklandığı söylenebilir. Yatırımların büyük bir kısmının ise eğitim, sağlık ve savunma harcamaları tarafından açıklanmasından dolayıdır. Yani bu harcamaların yatırımlar üzerinde büyük etkisi olduğu söylenebilir sonucuna ulaşılmıştır.

Türkseven (2019), Türkiye'de kamu, özel ve toplam sağlık harcamalarının etkinlik analizini ve OECD ülkeleriyle kıyaslamasını yapmıştır. Çalışmasında Model 1 ve Model 2 için VZA yöntemi yardımıyla ölçeğe göre sabit getiri ve değişen getiri yaklaşımına göre çalışma kapsamındaki ülkelerin etkinlik skorları hesaplanmıştır. Buna ek olarak etkinlik skorlarının inceleme dönemi içindeki değişimi ve bu değişimde etkili olan faktörlerin belirlenebilmesi için Malmquist Endeksi kullanılarak toplam faktör verimliliği analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarından elde edilen bulgular ise sağlık harcamaları sırasında etkinliği sağlayamayan ülkelerde sağlık harcamalarının finansal korumayı zayıflattığı tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarının, sağlık finansmanı üzerinde oldukça önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Sarıgül (2019), eğitim, sağlık ve milli gelir ilişkisini incelemiştir. OECD ülkeleri arasından seçilen 19 ülkeden yola çıkarak ve 1975-2015 dönemi aralığındaki veriler kullanılarak panel veri analizi uygulanmıştır. Zaman ve yatay kesit ile ekonometrik analizler gerçekleştirilmiş olup, elde edilen sonuçlardan yola çıkarak ülkelerin beşeri sermaye üzerine yapmış oluğu ve yapacak oldukları yatırımlar ile büyüme oranları arasında doğrudan pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışkan (2019), çalışmada 1998-2017 dönemi verileri elde edilerek OECD ülkelerinin yağmış olduğu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Analizde çıktı tarafı reel GSYH bağımlı değişken, brüt sermaye oluşumu, devlet tüketimi, sağlık harcaması ve beşeri sermaye endeksi bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Yöntem olarak panel veri analizi oluşturulmuştur. Analiz sonuçlarına göre sağlık harcamaları OECD ülkelerinin ekonomik büyümesi üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu etkinin pozitif olduğu +0,3 katsayısı ile gösterilmiştir. Ayrıca diğer değişkenler ekonominin büyümesi üzerinde etkisi olduğu kanıtlanmıştır. Sadece beşeri sermaye çalışmanın bağımlı değişkenini etkilemiş ve insan sermayesi verimsizdir sonucuna ulaşılmıştır.

Memişoğlu & Durgun (2011), 2008 krizinin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini incelemiştir. İlk olarak çalışmada 2008 krizinden bahsedilerek bu krizin hem dünya ekonomisine hem de Türkiye Ekonomisi üzerinde ne gibi etkileri olduğundan bahsedilmiştir. Sonrasında yaşanan bu krizin sağlık ve sağlık harcamaları konusunda yarattığı etkiler incelenmiştir. Yapılan incelemelerde meydana gelen bu krizin sanılanın aksine sağlık harcamalarına direkt olarak bir etkisinin bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Fakat sağlık harcamaları konusunda krizin doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte yoksulluğun artması, reel gelirin azalması ve işsizliğin artması gibi nedenler sonucunda olumsuz yönde etkilenmektedir.

Çalışkan, Karabacak, & Meçik (2018), eğitim harcamaları, sağlık-sosyal hizmet harcamaları ve GSYH arasındaki uzun dönem ilişkisini incelemiştir. İlk olarak birim kök testi uygulanmıştır. Eşbütünleşme eşitliğinde yer alan tüm değişkenler istatistiksel olarak anlamlı ve işaretleri de beklentilerle uyumlu olduğu sonucu elde edilmiştir. Son olarak eğitim harcamalarındaki %1'lik değişimin GSYH üzerinde %0,51'lik bir artışa neden olduğunu ve bunun yanında sağlık-sosyal hizmet harcamalarındaki %1'lik artışın ise GSYH üzerinde %0.36'lık bir artışa neden olduğu saptanmıştır.

Başar, Künü, & Bozma (2016), Türkiye'nin 1998-2016 dönemlerine ait veriler kullanılarak sağlık harcamaları ve eğitim harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde etkileri çalışmada incelenmiştir. Uzun dönem inceleme sonucuna göre eğitim alanında yapılan harcamaların ekonomik büyüme konusunda herhangi bir etkisinin olmadığı anlaşılmış fakat bunun yanında yapılacak olan sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi etkilediği ortaya çıkmıştır

Çetin & Ecevit (2010), panel veri analizi yöntemi kullanılarak 15 OECD ülkesinin 1990-2006 dönemini kapsayan verileri ile sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda sağlık için yapılan harcamalarla ekonomik büyüme arasında birbirini etkileyen bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kamacı & Yazıcı (2017), çalışmada sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analiziyle saptamıştır. 35 OECD ülkesi ve 2000-2014 yılları verilerinden yararlanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, bu iki değişken arasında çift yönlü nedensel ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak yapılan FMOLS ve DOLS testleri de uygulanarak doğruluğu teyit edilmiştir. 35 OECD ülkesi için yapılan bu FMOLS testinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %1 artarsa, ekonomik büyümeyi %0,903 (DOLS için %0,95) oranında arttırmıştır sonucuna ulaşılmıştır.

Ceylan & Kızıl (2018), Türkiye'de 1979-2015 dönemleri boyunca sağlık harcamaları ve 65 yaş üzeri nüfusun ekonomik büyüme üzerine etkisini incelemiştir. Bu çalışmada, beşeri sermaye birikimi ile sağlık harcamalarını ilişkilendirmek amacıyla içsel büyüme modeli kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu lakin 65 yaş üzerindeki nüfusun kişi başı gelir üzerinde olan etkisinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Karanikolos, Heino, McKee, Stuckler, & Legido-Quigley (2016), son ekonomik krizin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin yüksek gelirli ülkelerle ilgili araştırmalara dayanarak çalışmada incelenmiştir. İnceleme, 2008 mali krizinin intihar da dahil olmak üzere ruh sağlığı üzerinde ve bazı bulaşıcı olmayan ve bulaşıcı hastalıklar ve bakıma erişim üzerinde değişen ölçüde olumsuz etkileri olduğunu ortaya koyulmuştur. Tehlikeli içme ve tütün kullanımı gibi sağlıksız davranışların kriz

sırasında azaldığı görülse de, bazı gruplarda, tipik olarak zaten en büyük risk altında olanlar, artışlar olmuştur. Sağlık etkisi, krizin en büyük ekonomik etkisini veya uzun süreli kemer sıkma politikasını yaşayan ülkelerde görüldü. Yüksek gelirli ülkelerdeki büyük durgunlukların sağlık üzerinde karışık etkileri olmuştur. Ekonomik etkiler daha şiddetli olduğunda, uzun süreli kemer sıkma önlemleri uygulandığında ve hassas gruplar arasında önceden var olan madde kullanımı sorunları olduğunda daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

Şahbudak & Şahin (2015), çalışmada BRIC ülkelerinde sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analizi yöntemi ile saptanmıştır. Analizde bağımlı değişken olarak GSYH; bağımsız değişken olarak ise sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, doğumda beklenen yaşam, çocuk ölüm oranları belirlenmiştir. Elde edilen bulgulardan yola çıkarak sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, doğumda yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasında ilişkinin pozitif olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuk ölüm ve ekonomik büyüme oranları arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

Koying ve Young-Hsiang & Mankiw vd. (1992), regresyon analizi çerçevesinde 15 OECD ülkesi ele alınmış ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişkinin olup olmadığını ampirik açıdan incelemiştir. Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit etmiştir.

Dreger & Remers (2005), 21 OECD ülkesinden yola çıkarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli bir ilişkinin olup olmadığını çalışmada tespit etmişlerdir. 1975-2001 dönemine ilişkin veriler ile yeni panel kointegrasyon tekniklerinin kullanıldığı makalede elde edilen bulgular, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir kointegrasyon ilişkisi olduğunu göstermektedir.

### 3.4. METODOLOJİ VE MODEL

Metodoloji ve model kısmı başlığında Araştırma Metodolojisi, Araştırma Problemi, Araştırmanın Önemi, Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Kavramsal Çerçevesine yer verilmiştir.

### 3.4.1. Araştırma Metodoloji

Çalışmada bir bölümde, sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki odaklı teorik ve ampirik literatür araştırılmıştır. Bu kısımda ise, sağlık ve ekonomik büyüme arasında ampirik bir ilişkinin olup olmadığı test edilmektedir. Bu ilişki, panel veri analizi kullanılarak 2000-2018 dönemlerine ait veriler kullanılarak incelenmiştir. Ampirik analiz, Türkiye de dâhil toplam 37 OECD ülkesini kapsamaktadır. Çalışmada kullanılan panel veri yöntemi teorik açıdan tanıtılmaktadır. Ek olarak çalışmanın veri seti ve modeli üzerinde durulmakta; bulunan ampirik bulgular değerlendirilmektedir.

#### 3.4.1.1 Panel Veri Analizi

Ekonometrik bir analiz yapabilmenin temel dinamiği olarak analiz edilecek değişkenlere ilişkin veri setini hazırlayabilmek gerekir. Bu hazırlık için ise gerekli olan bilgileri derlemek de gerekir. Yapılacak olan analize ilişkin uygulamada üç seri türü kullanılır. Bunlar zaman serisi, yatay kesit seri ve karma seridir. Bu seri türlerini birbirleri ile sentezlemek maksadıyla panel veri analizi tercih edilmektedir. Panel veri analizi eşanlı olarak hem dönemleri hem de bunun yanında bilgileri içeren karma seri setleri oluşturmaya yardımcı olur. (Baltagazi, 2005: 18; Gujarati, 2003: 27). Panel verilerini kullanmanın temel faydası, kesit ve zaman serileri arasında birleştirme yoluyla gözlem sayısını artırarak tahminde kesinliği artırmaktır. Panel veri kullanan modellerin, tek başına zaman serileri veya sadece kesit kullanılmasından daha fazla avantajı vardır (Baltagi, 2008:221). Panel veri analizi verilerin bireysel davranışla sınırlı olması gibi sonuçlar açısından daha doğru tahminlerde bulunmamızı sağlar. Panel verileri, diğer kişinin davranışını gözlemleyerek bireysel geçmiş hakkında bazı tahminler de sağlamaktadır. Panel verileri, teknolojik değişim gibi hızla değişen ortamı analiz etmek için daha iyi olabilir. Bireysel heterojenliğin kontrol edilmesini sağlar. Panel verileri, araştırmacılara bazı birimlerde heterojenliği kontrol etme olanağı verir; bireyler, firmalar, devletler, ülkeler vb.

Panel veri analizlerinde kullanılan temel denklem aşağıdaki gibidir:

$$yit = \alpha + X'it + uit \qquad i = 1,\ldots, N \qquad t = 1,\ldots, T \qquad (1)$$

(1) denkleminde modelin yatay-kesiti i=1,..,N sayıda verilerden oluşmaktadır. Zaman serisi kısmı ise t=1,…,T zamanı ifade etmektedir. uit hata teriminin tüm zaman ve birimler için bağımsız ve uit ≈ IID (0, $\sigma$ 2 ) şeklinde dağılım gösterdiği

varsayılmaktadır. Fakat panel veri analizinde, zaman serisi analizlerinde olduğu gibi değişkenlerin birim kök içerip içermediği incelenmelidir (Maddala, 1992: 581-582)

### 3.4.1.2. Panel Birim Kök Testleri

Analizler yapılırken zaman serisinin istatiski olarak incelenmeden önce, o seriyi oluşturan sürecin belirli zaman içinde sabit mi değil mi olduğunun incelenmesi gerekir. Bir başka deyişle durağanlığı incelenmelidir. Durağanlık testinin yapılmasının sebebi ise bir analiz yapılırken seri durağan değilse eğer sahte regresyon adı verilen yanıltıcı olan durumla karşı karşıya kalınmasındandır. Başka bir ifade ile geleneksel olan t, F testleri ve R 2 değerleri sapmalı sonuçlar verebilmektedir (Tatoğlu, 2012: 199).

Panel birim kök uygulamasında bazı problemler olabilmektedir. Karşı karşıya kalınan ilk problem ise paneli meydana getiren yatay kesitlerin birbirinden bağımsız mı yoksa bağımsız değil mi problemidir. Bu noktada panel birim kök testleri iki gruba ayrılmaktadır. Bu gruplardan birincisine birinci kuşak testler denilirken ikinci grup testlere ise ikinci kuşak testler denilmektedir:

- **Birinci kuşak testler:** Levin, Lin ve Chu (2002), Breitung (2005) ve Hadri (2000), Im, Pesaran ve Shin (2003), Fisher ADF (Maddala ve Wu, 1999), Fisher Philips Perron (Choi, 2001)'dir (Göçer, 2013: 5094).
- **İkinci kuşak testler:** SURADF (Breuer, Mcknown ve Wallace, 2002), MADF (Taylor ve Sarno, 1998), CADF (Pesaran, 2006) ve Bai ve Ng (2004) (Göçer, 2013: 5094).

Bu testlerden ilki olan birinci kuşak testler, birimler arasında korelasyon olmadığı varsayımını kabul etmektedir. Bu testler, H0 hipotezini reddetmektedirler (Öksüzkaya, 2013: 20). Birinci kuşak testlerde, ADF'ye (Dickey Fuller Testi) benzer olan dinamik sabit etkiler modelinden hareket edilmektedir:

$$Yit = \mu i + \tau it + \rho\, Yit\text{-}1 + \delta i\, \theta t + \varepsilon it \qquad (2)$$

Burada 'μi' sabit etkileri göstermek ve 'τi' trend parametresini göstermek amacıyla kullanılmaktadır. ρ'nun uygun yöntemler vasıtasıyla test edilmesi sonucunda durağanlığın durumu araştırılmaktadır. Testler, 'ρ' ile ilgili olan varsayımlara göre iki alt grupta incelenmektedir. Birinci grup testlerde, ρ'nun birimden birime değişiklik göstermediği varsayılmış olup ikinci grup testlerde bu durumun tam tersi varsayılmaktadır. Başka bir deyişle ρ'nun birimden birime değişiklik gösterdiği

varsayılmaktadır (Tatoğlu, 2012: 199). Birinci kuşak birim kök testlerinin varsayımı birimler arasında korelasyon olmadığıdır. Başka bir deyişle korelasyonsuzluktur ki bu varsayım kısıtlayıcı bir varsayım olarak kabul edilmektedir. Bu sebepten ötürü birimler arasında korelasyonu önemseyen yeni testler ortaya çıkarmaya çalışılmıştır (Tatoğlu, 2012: 220).

#### 3.4.1.3. Westerlung ve Edgerton (2007) LM Bootstrap Panel Eşbütünleşme Testi

Westerlung ve Edgerton (2007) LM eşbütünleşme testinin birçok avantajı bulunmaktadır. Bu test yatay kesit bağımlılığını dikkate almaktadır. Panel Eşbütünleşme testlerinde değişen varyansa ve otokolerasyona izin vermektedir. Özelliklede panel analizlerde küçük örneklerde etkin sonuçlar sunmaktadır. Genel tahmincisi FMOLS yöntemi kullanmaktadır (Westerlung ve Edgerton, 2007: 188). Bu panel eşbütünleşme testinin hipotezleri;

$H_0$: $\bar{\sigma}_i^2 = 0\ \forall_i$ *seriler arasında eşbütünleşme ilişkisi var.*

$H_1$: $\bar{\sigma}_i^2 > 0\ \exists_i$ *seriler arasında eşbütünleşme ilişkisi yoktur.*

Westerlung ve Edgerton (2007), panel eşbütünleşme testi ile bu hipotezleri sınamak için LM formülü:

$$LM_N^+ = \frac{1}{NT^2}\sum_{i=1}^{N}\sum_{t=1}^{T} w_i^{-2}\ S_{it}^2 \qquad (3)$$

Formül 3'e göre $w_{it} = (u_{it}, \Delta X'_{it\ v})$' ve $S_{it}^2$ FMOLS ile tahmin edilen modeldeki $z_{it}$ hata teriminin kısmi toplamı olarak görülmektedir (Westerlund ve Edgerton, 2007: 188).

### 3.4.2. Araştırma Problemi

Sağlık altyapısı, sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması daha çok önem kazanmış durumdadır. Tüm dünyayı etkisi altına bu virüs sebebiyle güncelliğini koruyan ve bundan sonra da daha çok çalışma yapılacağını düşündüğüm sağlık harcamaları konusunda çalışma yapılmasına karar verilmiştir. Kriz dönemleri olsun salgın dönemleri olsun toplumsal bir boyut kazanan bu konudan hareketle ulaşmak istediğimiz problem kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında bir ilişki olup olmadığı konusudur.

### 3.4.3. Araştırmanın Önemi

Bu konunun seçilme amaçlarından biri içinde bulunduğumuz korona virüs hastalığından dolayıdır. Güncelliğini koruyan bir konu olma sıfatını koruyacağını

düşünüldüğünden bu konu seçilmiştir. Kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme boyutu ele alınmıştır. Yeni dönemde salgın hastalıklar, sağlık harcamaları ile ilgili birçok makale, tez yazılacağı aşikâr. Yaptığımız çalışmaların literatüre katkısı olması düşünülmektedir. Ayrıca çıkan sonuca bağlı olarak sağlık harcamaları desteklenmeli veya yeni sağlık ile ilgili politikalar önerilmelidir.

### 3.4.4. Araştırmanın Amacı

Sağlık insanlık tarihi açısından her zaman önem arz edenen konulardan biridir. Bir haktır. Salgın hastalıklarla ve krizle mücadele dönemlerinde yapılan harcamaların ülkeler açısından verilere bakılarak ağır bir yük oluşturduğu yorumu yapılabilir. Bu gibi durumların yaşandığı zamanlarda doğru politikalar ile bu ağır yük hafifletilmektedir. Salgın veya kriz dönemlerini en az hasarla atlatan toplumların ekonomik gelişmeleri de daha yerinde ve hızlı olacaktır. Nihai amaç olarak; kriz ve salgın dönemlerinin yaşandığı zamanlarda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye bir etkisi olup olmadığı hakkında araştırılma yapılmasıdır

### 3.4.5. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Araştırmanın kavramsal çerçevesi başlığında Kapsam ve Sınırlılık, Varsayımlar ve Veri Toplama Tekniği başlıklarına yer verilmiştir.

#### 3.4.5.1. Kapsam ve Sınırlılık

Çalışmada kapsam olarak ülkelerin kriz ve salgın dönemlerinde gerçekleşen sağlık harcamaları sonucunda ekonomik büyümede ne gibi değişiklikler olacaktır. Bunun yanında ülke kıyaslaması da yapılacaktır. OECD ülkeleri ve Türkiye kıyaslaması yapılacaktır. Toplam 37 ülke yer almaktadır. 2000-2018 dönemleri verilerinden yararlanılmıştır.

#### 3.4.5.2. Varsayımlar

Literatürdeki çalışmalardan yola çıkarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu varsayılmaktadır. Çalışmada varsayılan konu kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisinin ne yönde olduğu kanaatine varmaktır. Bu konu incelenirken ülkelerin istatistiklerinden faydalanarak kıyaslama yapılacaktır. Kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamaları

ekonomik büyüme arasında bir ilişki olup olmadığı hakkında bir varsayım üzerine odaklanılmıştır.

### 3.4.5.3. Veri Toplama Tekniği

Modelde kullanılan değişkenler farklı veri tabanlarından alınmıştır. Bu veri tabanlarının detayı konu başlıklarının altında verilmiştir.

**Tablo 10.** Çalışmaya Dahil Edilen OECD Ülkeleri

| | **Ülkeler** | | **Ülkeler** |
|---|---|---|---|
| 1 | Türkiye | 20 | İtalya |
| 2 | ABD | 21 | İzlanda |
| 3 | Almanya | 22 | Japonya |
| 4 | Avusturalya | 23 | Kanada |
| 5 | Avusturya | 24 | Kolombiya |
| 6 | Belçika | 25 | Letonya |
| 7 | Çekya | 26 | Litvanya |
| 8 | Danimarka | 27 | Lüksemburg |
| 9 | Estonya | 28 | Macaristan |
| 10 | Finlandiya | 29 | Meksika |
| 11 | Fransa | 30 | Norveç |
| 12 | Kore | 31 | Polonya |
| 13 | Hollanda | 32 | Portekiz |
| 14 | İngiltere | 33 | Slovakya |
| 15 | İrlanda | 34 | Slovenya |
| 16 | İspanya | 35 | Şili |
| 17 | İsrail | 36 | Yeni Zelanda |
| 18 | İsveç | 37 | Yunanistan |

| | |
|---|---|
| 19 | İsviçre |

### 3.5. BULGULAR

Çalışmada kullanılan kişi başına düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), kişi başına düşen sağlık harcaması ve ölüm oranı verileri World Bank (WB) veritabanından elde edilmiştir. Testleri uygulamak için ise E-Views ve STATA paket programlarından yararlanılmıştır.

**Tablo 11.** Modelde Kullanılan Değişkenler

| Değişkenin Sembolü | Değişken |
|---|---|
| LOG_GDP | Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ($)-Logaritmik |
| LOG_HEALT_EXP | Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması ($)-Logaritmik |
| LOG_MORT_RATE_NEO | Ölüm Oranı (Yeni doğan)-Logaritmik |
| DUMMY_KRIZ | Ekonomik Kriz |
| DUMMY_SALGIN | Salgın |

Yatay kesit bağımlılığını test edebilmek amacıyla öncelikli olarak rassal ve sabit etkili regresyon modelleri tahmin edilmiştir. Model formu şu şekildedir:

$$LOG_GDP_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{LOG_HEALT_EXP}_{it} + \beta_2 \text{LOG_MORT_RATE_NEO}_{it} + \beta_3 \text{DUMMY_KRIZ}_{it} + \beta_4 \text{DUMMY_SALGIN}_{it} + u_{it} \quad (1)$$

#### 3.5.1. Panel Verilerde Yatay Kesit Bağımlılığı ve Birim Kök Testi

Rassal ve sabit etkili modellerden hangisinin geçerli olduğunu tespit etmek için Hausman (1978) Testi uygulanmıştır. Hausman (1978) Testine yönelik hipotezler şöyledir:

$H_0$: *Rassal etkili model geçerlidir.*

$H_1$: *Sabit etkili model geçerlidir.*

**Tablo 12.** Hausman Testi Sonuçları

| İstatistik Değeri | Olasılık Değeri |
|---|---|
| 1.99 | 0.3699 |

**Not:** Olasılık değerlerinin 0,05'den küçük olması durumu H0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Hausman testi sonucuna olasılık değeri 0.05'den büyüktür. Bu sonuca göre rassal etkili modelin geçerli olduğu kanıtlanmıştır.

Panel verilerde birim kök testleri birinci ve ikinci nesil birim kök testleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Birinci nesil panel birim kök testleri yatay kesitler arası bağımlılığın olmadığı varsayarken; ikinci nesil birim kök testleri ise yatay kesit bağımlılığını dikkate almaktadır. Bu nedenle, birim kök testine geçmeden önce yatay kesit bağımlılığı test edilmelidir.

Yatay kesit bağımlılığı incelenirken, yıl sayısının (T), ülke sayısından (N) küçük olup olmadığı bilgisiyle testler uygulanır. Bu çalışmadaki panel veri kapsamında, yıl sayısı (T=19) ülke sayısından (Y=37) küçük olduğu için Friedman (1937) ve Pesaran (2004) tarafından geliştirilen testlere yer verilmiştir.

Yatay kesit bağımlılığı testi için hem rassal hem de sabit etkili model sonuçlarına yer verilmiştir. Yatay kesit bağımlılığı için Friedman (1937) ve Pesaran (2004) tarafından geliştirilen testler kullanılmıştır. Bu testlere yönelik hipotezler şöyledir:

$H_0$: Yatay kesit bağımlılığı yoktur.

$H_1$: Yatay kesit bağımlılığı vardır.

**Tablo 13.** Friedman (1937) ve Pesaran (2004) Yatay Kesit Bağımlılığı Test Sonuçları

| **Sabit Etkiler Tahmincisi** | | |
|---|---|---|
| **Test** | **İstatistik Değeri** | **Olasılık Değeri** |
| Friedman | 139.173 | 0,000*** |
| Pesaran CD | 21.739 | 0,000*** |
| **Rassal Etkiler Tahmincisi** | | |
| **Test** | **İstatistik Değeri** | **Olasılık Değeri** |
| Friedman | 143.365 | 0,000*** |
| Pesaran CD | 23.153 | 0,000*** |

**Not:** Olasılık değerlerinin 0,05'den küçük olması durumu H0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Değerlerin yanındaki * (***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

Tablo 13'de Friedman (1937) ve Pesaran (2004) rassal ve sabit etkili modellerde yatay kesit bağımlılığı testlerin sonuçlarına yer verilmiştir. Test sonuçları hem sabit hem de rassal etkiler modellerinde H0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Bu durum ise ülkeler arasında güçlü bir etkileşim olduğunu göstermektedir. Devam eden analizlerde yatay kesit bağımlılığını dikkate alan testlerin kullanmasına karar verilmiştir, aksi takdirde bulunan sonuçlar doğru sonuçları yansıtmayacaktır.

Modelin doğru sonuçlara ulaşabilmesi için yatay kesit bağımlılığını dikkate alan ikinci nesil birim kök testlerinden, Pesaran (2007) testi değişkenlere uygulanmıştır. Testte $H_0$ hipotezinin kabulü birim kökün varlığını; $H_0$ hipotezinin reddedilmesi ise, serinin durağan olduğunu ifade etmektedir.

$$H_0: \beta_i = 0 \; her \; i \; için,$$

$$H_1: \beta_i < 0, i = 1,2, \ldots., N_1, \beta_i = 0 \;\; i = N_1 + 1, N_1 + 2, \ldots., N$$

$$\Delta y_{it} = a_i + b_i y_{i,t-1} + c_i \bar{y}_{t-1} + d_i \Delta \bar{y}_t + e_{it} \quad i = 1,2, \ldots, N \; ve \; t = 1,2, \ldots T$$

(2)

**Tablo 14.** Pesaran (2007) Birim Kök Testi Sonuçları

| Değişkenler | Düzey | | Birinci Fark | |
|---|---|---|---|---|
| | Sabit | Trend | Sabit | Trend |
| LOG_GDP | -0.21 | 1.23 | -8.97*** | -4.44*** |
| LOG_HEALT_EXP | 0.17 | 1.00 | -8.39*** | -4.60*** |
| LOG_MORT_RATE_NEO | -0.70 | -0.39 | -11.9*** | -8.89*** |

**Not:** Olasılık değerlerinin 0,05'den küçük olması durumu H0 hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. Değerlerin yanındaki * (***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

Tablo 14'de, Pesaran (2007) ikinci nesil birim kök testi sonuçlarına yer verilmiştir. OECD ülkeleri için uygulanan birim kök testi sonuçlarına göre, gayri safi yurt içi hâsıla, sağlık harcamaları ve ölüm oranı değişkenleri birinci farkları alındığında durağan hale gelmektedir.

### 3.5.2. Panel Eşbütünleşme Testi ve Katsayı Tahmini

Bu çalışmanın diğer bölümlerinde olduğu gibi bu noktada da yatay kesit bağımlılığı dikkate alınmıştır. Uzun dönemli katsayıları bulmak için öncelikle değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olup olmadığı araştırılmalıdır. Bu nedenle değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişki için Westerlund (2007) eşbütünleşme testi uygulanmıştır.

Westerlund (2007), grup istatistikleri ($G_t$ , $G_a$) ve panel istatistikleri ($P_t$ , $P_a$) olmak üzere iki eşbütünleşme testi sunmaktadır. Grup ve test istatistiklerini elde etme süreci üç adımda gerçekleştirilir. Elde edilen test istatistikleri kritik değerlerle karşılaştırılarak eşbütünleşmenin olup olmadığına yönelik kararlar alınır. Bu testte $H_0$ hipotezinin kabulü değişkenlerde uzun dönemli ilişkinin olmadığını, $H_0$ hipotezinin reddi ise uzun dönemli ilişkinin varlığını kanıtlamaktadır.

**Tablo 15.** Westerlund (2007) Eşbütünleşme Testi Sonuçları

| İstatistik | Değer | Z değeri | Dayanıklı (Robust) Olasılık Değerleri |
|---|---|---|---|
| $G_t$ | -2.983 | -6.263 | 0.000*** |
| $G_a$ | -4.315 | 4.665 | 0.000*** |
| $P_t$ | -13.843 | -3.315 | 0.000*** |
| $P_a$ | -3.736 | 2.316 | 0.000*** |

**Not:** Değerlerin yanındaki **** (***p<0.01) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

Westerlund eşbütünleşme testinin diğer eşbütünleşme testlerinden farkı, boostrap testleri kullanması ve böylece dayanıklı (robust) olasılık değerlerini hesaplamasıdır. Böylece yatay kesit bağımlılığı dikkate alınır ve hatalı sonuçlara varılmaz.

Tablo 15'de yer alan eşbütünleşme testi sonuçları, $H_0$ hipotezinin reddedildiğini; gayri safi yurt içi hâsıla, sağlık harcamaları ve ölüm oranı değişkenleri arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığı göstermektedir.

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının, krizlerin ve salgınların ekonomik büyüme üzerindeki etkisi tahmin etmek amacıyla Genişletilmiş Ortalama Grup (Augmented Mean Group) tahmincisi kullanılmıştır. Bu yöntem yatay kesit bağımlılığını dikkate alması açısından günümüzdeki modern tahmincilerden biridir. Ülkeler arası korelasyonu dikkate almayan sabit ve rassal etkili tahminciler, bu çalışmada kullanılan veri seti için yeterli açıklama gücüne sahip değildir. Bu yöntemin diğer özelliklerinden biri de Ortalama Grup (Mean Group) tahmincisine benzer şekilde hem paneldeki ülkelere ait ortalama katsayıları hem de ülkelere ait katsayıları tahmin edebilmektedir. Böylece yapılana analizlerde daha derin bulgulara ulaşılabilmektedir.

AMG tahmincisi Eberhardt ve Bond (2009) tarafından geliştirilmiştir. Monte Carlo simülasyonunu kullanarak ve ortak dinamik etki (common dynamic effect) değişkenini (hem ülkeye özgü hem de ortalama) bağımsız değişken olarak modele dahil ederek yatay kesit sorununa çözüm getirmektedir.

Eberhardt ve Bond (2009) tarafınca geliştirilen modelin matematiksel formülasyonu şöyledir:

$$y_{it} = \beta_i' \boldsymbol{x_{it}} + u_{it} \qquad u_{it} = \alpha_i + \lambda_i' f_t + \varepsilon_{it} \tag{3}$$

$$x_{mit} = \pi_{mi} + \delta_{mi}' g_{mt} + \rho_{1mi} f_{1mt} + \ldots + \rho_{nmi} f_{nmt} + v_{mit} \tag{4}$$

$$m = 1, \ldots, k \qquad ve \qquad f_{.mt} \subset f_t$$

$$f_t = \varphi' f_{t-1} + \varepsilon_t \qquad ve \qquad g_t = \kappa' g_{t-1} + \varepsilon_t \tag{5}$$

Bu yöntem iki aşamalı bir süreç izlemektedir. Birinci aşamada ele alınan değişkenlerin birinci farkları alınır ve modele zaman kuklaları eklenir. Sonrasında ise en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilir. İkinci aşamada, birinci aşamada tahmin edilen kukla değişken katsayıları Denklem (1)'de formüle edilen modele eklenir ve tekrardan tahmin edilir. Bu yöntemin, benzer yöntemlere göre en önemli farkı, yatay kesit bağımlılığını ortak dinamik etki altında tahmin etmesidir (Büberkökü, 2016: 188).

**Tablo 16.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Ortalama Grup Sonuçları

| Değişken | Katsayı | Standart Hata | z İstatistiği | Olasılık |
|---|---|---|---|---|
| LOG_HEALT_EXP | 0.78 | 0.039 | 20.1 | 0.000*** |
| LOG_MORT_RATE_NEO | -0.20 | 0.190 | -1.08 | 0.278 |
| DUMMY_KRIZ | -0.03 | 0.006 | -5.70 | 0.000*** |
| DUMMY_SALGIN | -0.05 | 0.003 | -15.46 | 0.000*** |
| CDP[1] | 0.95 | 0.072 | 13.14 | 0.000*** |
| Trend | -0.009 | 0.006 | -1.35 | 0.176 |
| C | 4.68 | 0.545 | 8.60 | 0.000*** |

**Not:** Değerlerin yanındaki * (***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

Tablo 16'da OECD ülkeleri, AMG tahmincisi ortalama grup sonuçlarına yer verilmiştir. Tahminci sonuçlarına göre, sağlık harcamalarında meydana gelen bir artışın kişi başına düşen GSYH üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca katsayının olasılık değerinin 0.01'den küçük olması, istatistiki olarak

[1] CDP değişkeninin modele dahil edilmesiyle yatay kesit bağımlılığı dikkate alınmıştır.

anlamlılığını da kanıtlamaktadır. Sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik (%10) artışın kişi başına düşen GSYH'yı %0.78 (%7.8) artırdığı tespit edilmiştir. Ölüm oranı katsayısının işareti negatif yönlü iken istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır. Daha derin bir analiz için ülkeye özgü katsayılara bakılacaktır.

Ekonomik kriz ve salgın kukla değişkenlerinin katsayılarının negatif olduğu görülmektedir. Ekonomik kriz ve salgın durumunda kişi başına düşen gelirin azalması, iktisadi açıdan anlamlı bulunmuştur. Katsayıların olasılık değerleri 0.01'den düşüktür. Bu durum ise istatistiki olarak güçlü bir anlamlılığa işaret etmektedir.

**Tablo 17.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Sonuçları- Ülkelere Özgü Katsayılar

| **Ülke** | **LOG_HEALT_EXP** | **LOG_MORT_RATE_NEO** | **DUMMY_KRIZ** | **DUMMY_SALGIN** | **CDP** | **TREND** | **C** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ABD | 0.15 | 0.26 | -0.01* | -0.04*** | 0.66*** | 0.02*** | 8.77*** |
| Almanya | 0.87*** | -0.20* | -0.03*** | -0.05*** | 0.81*** | -0.00*** | 3.52*** |
| Avustralya | 0.76*** | -1.98*** | -0.003 | -0.08*** | 1.62*** | -0.04*** | 6.82*** |
| Avusturya | 0.88*** | 0.33*** | -0.01*** | -0.03*** | 0.68*** | 0.004 | 2.88*** |
| Belçika | 0.71*** | 0.02 | -0.01** | -0.05*** | 0.98*** | -0.001 | 4.63*** |
| Çek Cum. | 0.86*** | 0.02 | -0.01 | -0.08*** | 1.41*** | -0.004 | 3.69*** |
| Danimarka | 0.71*** | -0.10 | -0.04*** | -0.06*** | 0.97*** | -0.001 | 4.88*** |
| Estonya | 0.90*** | -0.41 | -0.13*** | -0.07*** | 1.19** | -0.05 | 4.36*** |
| Finlandiya | 0.80**** | 0.56*** | -0.01** | -0.04*** | 0.71*** | 0.01*** | 3.61*** |
| Fransa | 0.91*** | 0.23** | -0.02*** | -0.04*** | 0.76*** | -0.00*** | 2.8*** |
| Güney Kore | 0.80*** | 0.02 | -0.06*** | -0.04 | 0.64 | -0.02* | 4.45*** |
| Hollanda | 0.81*** | 0.54*** | 0.01 | -0.06*** | 1.05*** | 0.007** | 3.20*** |
| İngiltere | 0.68*** | 0.21 | -0.06*** | -0.07*** | 0.91** | -0.004 | 4.78*** |
| İrlanda | -0.02 | -1.63 | -0.17** | -0.07 | 0.72 | -0.01 | 12.88*** |
| İspanya | 0.74*** | -0.20 | -0.03** | -0.04*** | 0.82** | -0.01 | 4.73*** |
| İsrail | 1.13*** | -0.45** | 0.001 | -0.00 | -0.09 | -0.023* | 2.22** |
| İsveç | 0.66*** | -0.78*** | -0.01 | -0.06** | 1.08** | -0.02*** | 5.85*** |
| İsviçre | 1.06*** | 0.66 | 0.01 | -0.05*** | 0.89*** | -0.007 | 0.98 |
| İtalya | 0.83*** | 0.05 | -0.02*** | -0.03** | 0.55** | -0.002 | 3.75*** |

**Not:** Değerlerin yanındaki * (***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

**Tablo 18.** OECD Ülkeleri AMG Tahmincisi Sonuçları- Ülkelere Özgü Katsayılar (Tablo 17'nin Devamı)

| Ülke | LOG_HEALT_EXP | LOG_MORT_RATE_NEO | DUMMY_KRIZ | DUMMY_SALGIN | CDP | TREND | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| İzlanda | 0.75*** | 0.05 | -0.04** | -0.09*** | 1.37*** | 0.01* | 4.37*** |
| Japonya | 0.74*** | 0.30* | 0.01 | -0.04** | 0.92*** | -0.005 | 4.50*** |
| Kanada | 0.88*** | -0.42 | -0.04*** | -0.05*** | 0.91*** | -0.01*** | 3.99*** |
| Kolombiya | 1.06*** | -5.75*** | -0.07*** | -0.02 | -0.16 | -0.20*** | 17.6*** |
| Letonya | 0.66*** | 0.77*** | -0.06*** | -0.09*** | 2.23*** | 0.07*** | 3.21*** |
| Litvanya | 0.94*** | 0.18 | -0.11*** | -0.08*** | 1.16** | 0.005 | 2.93*** |
| Lüksemburg | 0.41*** | -0.78*** | -0.04*** | -0.09 | 1.43*** | 0.009** | 8.22*** |
| Macaristan | 0.77*** | -0.18 | 0.02 | -0.01** | 0.87** | 0.005 | 4.29*** |
| Meksika | 1.05*** | 1.04*** | -0.02 | -0.05** | 0.82** | 0.01*** | 0.05 |
| Norveç | 1.04*** | 0.12 | 0.006 | -0.09*** | 1.59*** | -0.01 | 2.02** |
| Polonya | 0.77*** | -0.21 | -0.01 | -0.08*** | 1.36*** | -0.002 | 4.54*** |
| Portekiz | 0.77*** | 0.01 | -0.02** | -0.04*** | 0.70*** | 0.002 | 4.01*** |
| Slovak Cum. | 0.43*** | -0.10** | -0.04* | -0.04* | 1.01** | -0.01 | 7.98*** |
| Slovenya | 0.95*** | 0.67** | -0.03** | -0.06*** | 1.08*** | 0.03** | 2.12*** |
| Şili | 1.13*** | 1.40 | -0.04 | -0.05 | 1.51** | -0.01 | -0.44 |
| Türkiye | 0.76*** | -1.19** | -0.06** | -0.05* | 0.71 | -0.06** | 7.82*** |
| Yeni Zelanda | 0.80*** | -0.05 | -0.08** | -0.012 | 0.038 | -0.002 | 4.10*** |
| Yunanistan | 0.89*** | 0.23 | -0.04*** | -0.08*** | 1.10*** | 0.003 | 3.04*** |

**Not:** Değerlerin yanındaki * (***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1) işareti test sonuçlarının anlamlılığını ifade etmektedir.

Tablo 16 ve 17'de OECD ülkeleri, AMG tahmincisi, ülkeye özgü katsayılara yer verilmiştir. Sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSYH üzerindeki etkisi incelendiğinde, katsayıların 37 ülkeden 35'inde istatistiki ve iktisadi olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Katsayıların işaretinin pozitif ve olasılık değerlerinin 0.01'den

düşük olması, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan doğrusal-pozitif ilişkiyi kanıtlamaktadır. Yalnızca ABD ve İrlanda ülkelerinde katsayıların istatistiki olarak anlamsız olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ölüm oranının, kişi başına düşen GSYH üzerindeki etkisi incelendiğinde ise, 16 ülke katsayısının istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu değişkenin sosyo-ekonomik çerçevede değerlendirilmesi gerekmektedir. Ölüm oranının iktisadi büyüme ile negatif-doğrusal bir ilişkide olması beklenmektedir. Gelişen sağlık teknolojileri ile birlikte ölüm oranları, gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün düşmeye devam etmekte, gelişmiş ülkelerde ise durağan bir çerçevede ilerlemektedir. Bu durağanlığın temel nedeni ise, gelişmiş ülkelerin yüksek başarım oranıyla ölüm oranını halihazırda minimize etmiş olmalarıdır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, ölüm oranı açısından yeterli seviyede açıklayıcı bilgi sağlayamamıştır. Bunun temel nedenlerinden biri de çalışmaya dahil edilen yıl sayısının görece az olması, yani veri kısıtlamasıdır. 8 OECD üye ülkesinde katsayının negatif; 7 ülkede ise katsayının pozitif ve istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer ülke katsayıları ise istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur. Bu değişken özelinde bir bütünlük sağlanamamıştır.

Kukla değişkenlerin katsayıları ve istatistiki-ekonomik olarak sağladığı bilgiler bu çalışmanın en önemli noktalarından biridir. İlk olarak ekonomik kriz kukla değişkeni incelendiğinde, 24 ülkede katsayının negatif ve istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmektedir. İstatistiki olarak anlamsız çıkan diğer katsayıların çoğu negatifken, yorumlanması doğru olmayacağından hesaba katılmamıştır.

Salgın kukla değişkeninin, 29 ülkede ekonomik büyümeye negatif etki ettiği tespit edilmiştir. Katsayıları negatif ve istatistiki olarak anlamlı olan ülkelerin çoğunun Avrupa Birliği'nde olması dikkatleri bu noktaya yoğunlaştırmaktadır. Zira Avrupa Birliği hem ekonomik hem de sosyal açıdan entegre bir birlik olduğundan, herhangi bir kriz durumunda birlik içerisinde etkileri çok hızlı yayılmaktadır.

## SONUÇ

Sağlık, insanlık tarihi boyunca hem sosyal hem de ekonomik olarak önemli bir konu olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Sağlık kavramı hiçbir dönemde arka plana atılamayacak bir kavramdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri farklı olmasına rağmen hiçbir ülke sağlık kavramı ile ilgili sorunları tamamen çözmüş durumda değildir. Devletlerin sağlık kavramına yaklaşımı da o ülkenin nüfusuna (nüfusun yaşlılık oranı), ekonomik yapısına, kalkınma programlarına göre değişmektedir.

Bu çalışmada sağlık kavramı üzerinden yola çıkarak sağlık kavramı, sağlık hizmetleri kavramı ve sınıflandırılması, sağlık harcamalarının tanımı, finansmanı ve etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Bu konulara ek olarak kriz ve ekonomik büyüme konuları hakkında bilgiler verilerek değerlendirmeler yapılmıştır. Sağlık ile ilgili gösterge oranlarının yüksek olması ekonomik gelişmişlik düzeyiyle ilişkilendirilmiştir. Yapılan araştırılmalar sonucu hemen hemen her ülkenin yıllar itibariyle sağlık harcamaları artmıştır. Sağlık harcamalarının artmasının sebebi dönemler itibariyle yaşanan salgınların etkisinin olduğu sonucuna da varılmıştır. Salgınların yaşanması veya yaşlı nüfusun artması da sağlığa olan talebi artırmıştır. Türkiye dahil olmak üzere toplam 37 OECD ülkesinin 2000- 2018 yılları arasındaki veriler kullanılarak araştırılması sonucunda Türkiye, diğer OECD ülkeleri arasında sağlık harcamaları daha düşük seviyelerdedir. Yapılan analizlere göre, sağlık harcamalarındaki artışın kişi başı GSYH üzerinde pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan testler sonucunda istatistiki olarak anlamlılığı da kanıtlanmıştır. Sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik (%10) artışın kişi başına düşen GSYH'yı %0.78 (%7.8) artırdığı tespit edilmiştir.

Ekonomik kriz ve salgın kukla değişken olarak analize dahil edilmiştir. Kriz ve salgın değişkenlerinin katsayılarının negatif olduğu görülmüştür. Ekonomik kriz ve salgınların yaşandığı durumlarda kişi başına düşen gelirin azalması, iktisadi açıdan anlamlı bulunmuştur ve güçlü bir anlamlılığı olduğu kanıtlanmıştır. Sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSYH üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bunun sonucunda katsayıların 37 ülkeden 35'inde istatistiki ve iktisadi olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Katsayıların işaretinin pozitif ve olasılık değerlerinin de düşük çıkması sonucunda sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan doğrusal-pozitif ilişkiyi kanıtlanmıştır. Ancak ABD ve İrlanda'da katsayıların istatistiki olarak anlamsız olduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında ölüm oranı değişkeninin, kişi başına düşen

GSYH üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda toplam 16 ülkenin katsayılarının istatistiki olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu değişkenin sosyo-ekonomik çerçevede değerlendirilmesi önerisi verilmektedir. Ölüm oranının, ekonomik büyüme ile negatif-doğrusal bir ilişkide olması beklenirken; sağlık teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün düşmeye devam etmektedir. Gelişmiş ükelerde durum böyleyken gelişmiş ülkelerde ise ölüm oranı durağan bir çerçevede ilerlediği sonucuna varılmıştır. Ancak bu çalışmada elde edilen sonuçlar çerçevesinde, ölüm oranı açısından yeterli seviyede açıklayıcı bilgi sağlayamamıştır. Çalışmaya dahil edilen yıl sayısının görece az olması bunun sebeplerinden biridir. 8 OECD üye ülkesinde katsayının negatif olmasının aksine 7 ülkede ise katsayının pozitif ve istatistiki açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kalan 22 ülke katsayıları ise istatiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak bu değişken üzerinde bir bütünlük sağlanamamıştır.

Kriz ve salgın durumlarının kukla değişken olarak analize tabi tutulduğu daha önce belirtilmiştir. Kukla değişkenlerin katsayıları ve istatistiki-ekonomik olarak sağladığı bilgiler bu çalışmanın en önemli noktalarından biridir. Yapılan analizler sonucunda kriz kukla değişkeninin 24 ülkede negatif çıktığını ve istatiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılırken salgın kukla değişkeninde ise 29 ülkede ekonomik büyümeye negatif etki yaptığı sonucuna varılmıştır. Anlamsız çıkan diğer katsayıların çoğu negatifken, yorumlanması doğru olmayacağından hesaba katılmamıştır.

Sonuç olarak Türkiye, sağlık harcamaları dikkate alınırsa OECD ülkeleri arasında daha alt sıralarda yer almaktadır. Fakat her ülkede olduğu gibi sağlık harcamaları artmaktadır. Kriz ve salgınların da ülkenin büyümesine negatif etki yaptığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının daha düzenli ve planlı yapılması gerekmektedir. Sağlık ile ilgili yatırımların ise daha sistematik şekilde yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde ekonomik büyümeye olumsuz yönde etki edeceği bilinen bir gerçektir.

**KAYNAKÇA**


Akar, S. (2014). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin incelenmesi", Yönetim ve Ekonomi Dergisi, C: 21, No:1, ss. 311-322.

Akdur, R. (2011). "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, C: 2, No: 40.

Akın, C. S. (2007). "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları", Adana.

Aksakoğlu G. ve Ellidokuz H. (1996). "Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri" , İzmir: Açılım Yayıncılık, ss. 80-98.

Aksoy, Ö. (2010). "1990 Sonrası Dönemde Yaşanan Finansal Krizlerin Türkiye'nin Makroekonomik Dengeleri Üzerindeki Etkileri", Yüksek Lisans Tezi.

Aktan, C. C. ve Şen, H. (2001). "Ekonomik Kriz: Nedenler ve Çözüm Önerileri", Yeni Türkiye Dergisi Ekonomik Kriz Özel Sayısı, C: 7, No: 42, ss.1225–1230.

Aliden, F. (2019). "Küresel Ekonomik Krizler ve Oluşturduğu Etkileri Önleyici Vergi Politikalarının Türk Vergi Sistemine Yansımaları: 2000 Sonrası Dönem", Isparta.

Alp, A. (2001). "Bankacılık Krizleri ve Krize Karşı Politika Önerileri", Yeni Türkiye Dergisi Ekonomik Kriz Özel Sayısı I, Eylül- Ekim, Yıl: 7, No: 41.

Alper, C. E. (2001). "The Turkish Liquidity Crisis of 2000", Russian and East European Finance and Trade, Aremonk, C: 37, No: 6, ss. 58-80.

Aybar, S., Özgöker, U. ve Akman, V. (2009). "Uluslararası Finansal Kriz ve Siyasi Sonuçları", Maliye Finans Yazıları, Yıl:23, No:83, Nisan, ss. 31-44.

Aygün, A. (2020). "Seçili OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Ekonometrik Analizi", Aydın.

Ayhan, B. (2004). "Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği", Sakarya.

Baltagi, B. H. (2008). "Econometric Analysis of Panel Data", U.K: John Wiley and Sons., Ltd.

Barro, R. J. (1990). "Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth", The Journal of Political Economy, 98/1990, No: 5.

Barro, R. J., Sala-ı Martin. X. (1995). Economic Growth, Mc-Graw Hill, USA.

Başar, S. Künü, S. ve Bozma, G. (2016). "Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi , ss. 189-204.

Başer, E. (2017). "Sağlık Harcamaları Üzerine Ekonometrik Yaklaşımlar", Ankara.

Bayazıt, Y. (Eylül-Ekim 2005). "Bir İnfluenza Pandemisine Hazır Mıyız? ", Aylık Epidemiyoloji Raporu, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı ve TSHGM, No:5.

Baykal, C. M. (2007). "Hukuki Boyutlarıyla Finansal Krizler", Türkiye Bankalar Birliği Bankacılar Dergisi, Mart, Yıl: 18, No: 60, ss. 34-35.

Baylan, C. A. (2015). "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.

Belek, İ. (2009). Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü, Yazılama Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul.

Biggs, B. King, L. Basu, S. ve Stuckler, D. (2010). "Is Wealthier Always Healthier? The Impact Of National Income Level, Inequality and Poverty on Public Health in Latin America", Social and Medicine, C: 71, No: 2, ss.266-273.

Bilginoğlu, M. A. ve Dumrul, C. (2012). "Türk Ekonomisinin Ekonomi Bağımlılığı Üzerine Bir Eş-Bütünleşme Analizi", Journal of Yasar University, C: 26, No: 7, ss. 4394.

Boratav, K. (2000). "Dış Borca Yöneliş Bir Tuzak", TOBB Ekonomik Forum Dergisi, C: 7, No: 2, ss. 24-25.

Boz, C. ve Sur, H. (2015). "Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi", Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi, Yıl: 5, No: 9, ss. 23-46.

Brown, S. P. A. ve Yücel, M. K. (2002). "Energy Prices and Aggregate Economic Activity: An Interpretative Survey.", Quarterly Review of Economics and Finance, 42, ss. 1-28.

Büberkökü, Ö. (2016). “Ekonomik Büyüme ve Turizm İlişkisi: Yatay Kesit Bağımlılığına Karşı Dirençli Panel Nedensellik ve Eşbütünleşme Testlerine Dayalı Küresel Bir Analiz”, Ekonomik Yaklaşım, C: 27, No: 100, ss. 177-206.

Carrin, G. ve James, C. (2005). "Key Performance Indicators for the Implementation of Social Health Insurance" , C: 4, No: 1, ss.15-22.

CDC, (2004). “Basic Information About SARS”, Centers for Disease Control and Prevention, January, ss. 1-3.

CDC Centers for Disease Control and Prevention (2019). 40 Years of Ebola Virus DiseasearoundtheWorld,(Çevirimiçi)https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/chronology.htm, 10 Mayıs 2021

Ceylan, R. ve Kızıl, B. C. (2018). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği", Journal Of Yasar University , ss.197-209.

Cinel, E. A. (2020). "Covid-19’un Küresel Makroekonomik Etkileri ve Beklentiler. Politik Ekonomik Kuram" , ss.124-140.

Clark, William R. (2008). "Bracıng For Armageddon?", Oxford University Press, ss.1-211.

Cohen, Myron, S. Nick, Hellmann, Jay, A. Levy, Kevin, Decock, Joep, Lange (2008). “The Spread, Treatment, and Prevention Of HIV-1: Evolution of a Global Pandemic”, The Journal of Clinical Investigation, Volume: 118 No: 4 April, ss. 1244-1254.

Cura, S. (2012). “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, ss. 183.

Çağlar, S. Ö. (2010). "Küresel Ekonomik Krizler ve Türkiye’deki Reel Sektör Üzerine Etkileri: Otomotiv Sektörü Örneği".

Çalışkan, Ş. Karabacak, M. ve Meçik, O. (2018). "Türkiye’de Uzun Dönemde Eğitim ve Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme İlişkisi" , Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , ss. 75-96.

Çalışkan, S. E. (2019). "Health Spendıng and Economıc Growth" .

Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ağustos, Ankara, ss. 359.

Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2009). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, Mpra, Munich Personal Repec Archive, Mpra Paper No: 42362, ss. 1-40

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

Çulha D. E. (2019). "Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma (2003-2017)", Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Dağdemir, Ö. (2005). "Sağlık ve Ekonomik Büyüme: 1960-2005 Döneminde Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi" , Ankara Üniversitesi SBF Dergisi , ss. 76-96.

Delice, G. (2003). "Finansal Krizler: Teorik ve Tarihsel Bir Perspektif ", Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20, ss. 57–81.

Demir, İ. (2008). “OPEC: Güçlü Bir Kartel?”, SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, No: 18.

Demirdizen, C. (2011). "1929 Krizi ve 2008 Küresel Ekonomik Krizlerinin Karşılaştırmalı Analizi", Ankara.

DİE, (2003). 1923-2002 İstatistik Göstergeler, DİE Matbaası, Ankara.

Domar, D. E. (1946). “Capital Expansion, Rate of Growth, and Employment”, Econometrica, Vol: 14, No: 2, April, ss. 137-147.

Dreger, C. ve Reımers H. E. (2005). "Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis" Iza Discussion Paper, 1469, ss. 1-20.

Duman, E. (2011). "Krizlerin Anatomisi: 1929 Ekonomik Buhranı ve 2008 Küresel Krizinin Karşılaştırılması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Balı, Karaman.

Eberhardt, M. ve Bond, S. (2009). “Cross-Section Dependence in Nonstationary Panel Models: A Novel Estimator" , Mpra Paper No. 17692, University Library Of Munich, Germany.

Efegil, E. (2012). “İran’ın Dış Politika Yapım Sürecini Etkileyen Unsurlar", Ortadoğu Analiz, Aralık, C: 4, No: 48, ss. 60.

Ekiz, A. K. (2013). "Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği" , Trabzon.

Ercan, Y. N. (2002). "İçsel Büyüme Teorisi: Genel Bir Bakış", Planlama Dergisi, Özel Sayı, DPT'nin Kuruluşunun 42. Yılı, ss. 129-138.

Erdem, V. (2001). "Türkiye'de Ekonomik Krizler", Yeni Türkiye Dergisi, Yıl: 7, No: 41.

Erdoğan, B. (2006). "Gelişmekte Olan Ülkelerde Finansal Krizler ve Finansal Kriz Modelleri", Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

Eren, N. (1989). "Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü" , Hütf Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No: 89/47, Kısa Dizi No: 8, Ankara.

Fener, F. (2012). "2008 Küresel Mali Kriz ve Krizin Türkiye'de İstihdam Üzerine Etkileri", Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Şanlıurfa.

Freyssınet, J. (1985). "Azgelişmişlik İktisadı", Çevirenler: M. Ali Kılıçbay-Tezer Öçal, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Friedman, M. (1937). "The Use Of Ranks to Avoid the Assumption of Normality İmplicit in the Analysis of Variance", Journal of the American Statistical Association C: 32, No: 200, ss. 675-701.

Govindaraj, R. Reich, Micheal R., Cohen, Jilliam, C. (2000). "World Bank Pharmaceuticals", World Bank, Washington.

Göçer, İ. (2013), "Seçilmiş OECD Ülkelerinde Bütçe Açıklarının Sürdürülebilirliği: Yatay Kesit Bağımlılığı Altında Panel Eş-Bütünleşme Analizi", Journal of Yasar University, C: 30, No: 8 , ss.5086-5104

Görgün, S. (1993). Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, SBF Yayınları, İstanbul

Gujarati, D. N. (2004). "Basic Econometrics, Fourth Edition", New York: The Mcgraw-Hill.

Gür, L. (2015). "1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye- OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma", Isparta .

Gürlan, M. C. (2008). "Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması", Kırıkkale.

Güvel, E. A. (2011). Ekonomik Büyüme Kuramları, Ulusların Zenginliğinin Dinamikleri, Karahan Yayınları: 157, I. Baskı, Karahan Kitabevi, Kasım, Adana, ss. 174.

Hansen, P. ve King, A. (1996). "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach" , Journal of Health Economics, 15, ss. 127-137

Hausman, J. (1978). " Specification Tests in Econometrics" , Econometrica, 46, ss. 1251-1271.

Hayran, O. (1997). "Hastane Yöneticiliği" , Edt. Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Basımevi, İstanbul.

Hiç, M. (1994). Büyüme ve Gelişme Ekonomisi, Filiz Kitabevi, İstanbul.

IMF, (International Monetarry Fund). (1998). "Chapter IV: Financial Crisis: Characteristics and Indicators of Vulnerability", in World Economic Outlook.

IMF, (International Monetarry Fund), (2002). "Eye of the Storm: New-Style Crises Prompt Rethink About Prevention and Resolution Measures" Finance & Development, IMF, December 2002, ss. 4-7.

Issawi, C. (1978). "The 1973 Oil Crisis and After", Journal of Post Keynesian Economics, C: 1, No: 2, 1978, ss. 3.

Işık, S. Duman, K. ve Korkmaz, A. (2004). "Türkiye Ekonomisinde Finansal Krizler: Bir Faktör Analizi Uygulaması", Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Dergisi, C: 19, No: 1, ss. 45–69.

İlseven, N. (1991). "Petrol Sorunu Ortadoğu Sorunları ve Türkiye", (ed. Haluk Ülman). Ankara: Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı Yayınları.

İnce, Ö. (2006). "Yeni Büyüme Teorileri; Türkiye İçin Bir Uygulama", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

İstanbulluoğlu, H. (2010). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", Dirim tıp Gazetesi.

İşler, D. B. (2004). "Türkiye'de Finansal Krizleri ve Çözüm Önerisi Olarak: E-Ticaret Uygulamaları", Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta.

İyibozkurt, E. (2001). "Türkiye'nin Ekonomik Krizi ve Çözüm", Yeni Türkiye Dergisi, Yıl: 7, No: 41.

İzgi, Ç. (2019). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi", Malatya.

Kamacı, A. ve Yazıcı, H. U. (2017). "OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", Sakarya İktisat Dergisi , ss. 52-69.

Karadağ, S. Ç. (2020). "Kamu Maliyesi Gözünden Gelişmekte Olan Ülkelerden Kamu Harcamalarının Belirleyicileri Üzerine Ampirik Bir Analiz", Selçuk Zirvesi 2. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi, Konya, ss. 158-174.

Karanikolos, M. Heino, P, Mckee, M. Stuckler, D. ve Legido-Quigley, H. (2016). "Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income OECD Countries", A Narrative Review, ss. 208-240.

Karaege, Ö. (2001). "Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu", Celal Bayar Üniversitesi İibf Dergisi, C:8, ss. 2, 107-124.

Karagöz, S. (2015). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları", İstanbul.

Karagül, M. (2002). "Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu" , Ankara, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, No:37.

Kaya, V. ve Yılmaz, Ö. (2006). "Bölgesel Enflasyon Bölgesel Büyüme İlişkisi: Türkiye İçin Zaman Serisi ve Panel Veri Analizleri" İktisat İşletme ve Finans, C: 21, No: 247, ss. 62-78.

Kaya, D. G. (2020). "Koronavirüs Pandemisinin Küresel Ekonomideki İzleri", Kamu Finansman Dengesi, Ticaret Hacmi, Enflasyon, İşsizlik Ve Ekonomik Büyüme. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi .

Kazgan, G. (2010). "Türkiye'de 2008 Krizi ve Sonrası İçin Beklentiler", Editörler: Nevin Çoşar ve Melike Bildirici, Tarihi, Siyasi, Sosyal Gelişmelerin Işığında Türkiye Ekonomisi 1908-2008, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, ss.21-39.

Kısa, P. (2012). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi: Türkiye Örneği", Uşak, Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kibritçioğlu, A. (2001). "Türkiye'de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969-2001", Yeni Türkiye Dergisi, Ekonomik Kriz Özel Sayısı, C: 7, No: 41, ss. 174–182.

Kirmanoğlu, H. ve Arıkboğa, A. (2003). "Türkiye'de Kamu Borç Servisinin Bütçe İçi Etkileri: 1950-2001", 18. Türkiye Maliye Sempozyumu, Girne, KKTC, ss. 463-472.

Konuk, N. A. (2012). "1980'den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)", Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Koyıng, C. ve Young-Hsıang, Y. (2006). "Economic Growth, Human Capital İnvestment, and Health Expenditure : A Study of OECD Countries", Hitotsubashi Journal of Economics, C: 47, No: 1, ss. 1-16..

Kucak, A. (2017). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi" , Ekonometrik Bir Analiz, Gaziantep.

Lameire, N. Joffeand, P. ve Wiedmann, M. (1999). "Healthcare Sistems-An International Review" , An Overview. Nephrol Dial Transplant, 14 (suppl 6), ss.3-9.

Lange, B. (2007). "The Stock Market Crash of 1929: The End of Prosperity". Infobase Publishing.

Liu, Y. Çelik, Y. ve Şahin, B. (2005). "Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları", Sağlıkta Umut Vakfı.

Maddala, G. S. (1992). "Introduction to Econometric", Second Edition, Macmillan Publishing Company, New York.

Mazgit, İ. (1998). "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Memişoğlu, D. ve Durgun, A. (2011). "2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye'de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , ss. 81-100.

Minibaş, T. (1992). "Azgelişmiş Ülkelerde Kalkınmanın Finansman Politikaları ve Türkiye", Der Yayınları, İstanbul

Musgrave, R. A. (1969). "Fiscal Systems. London", Yale University Press.

Muskhin, S. J. (1962). “Health As an Investment”, The Journal of Political Economy, Volume: 70, No.5, Part 2.

Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi, İstanbul.

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

Nikiforuk, A. (2001). "Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi", İstanbul.

OECD Health Data CD-Rom (2005). Updated October, 2005.

Orkunoğlu, I. F. (2009). "Domuz Gribi Ekonomisinin Türkiye'ye Maliyeti", Mevzuat Dergisi.

Öksüzkaya, M. (2013). “Seçilmiş AB Ülkeleri İçin Gelir-Tüketim İlişkisi: Panel Veri Yaklaşımı”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, Adana, ss. 20.

Öner, H. (2018). "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi", Elazığ.

Özavcı, M. (2019). "Kamu Politikası Aracı Olarak Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi", Ardahan.

Özdemir, O. (2002), “Durgun Durum Büyümeden İçsel Büyümeye”, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C: 3, No: 1, ss. 1-16.

Özel, H. A. (2012). “Ekonomik Büyümenin Teorik Temelleri”, Çankırı Kara Tekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C: 2, No: 1, Bahar, ss. 63-72.

Özer, Ö., Gözlü, M. ve Karsavuran, S. ve Gözlü, K. (2014). "Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", Akademik Bakış Dergisi, 42, ss. 1- 15.

Özgüven, A. (1988). İktisadi Büyüme İktisadi Kalkınma Sosyal Kalkınma Planlama ve Japon Kalkınması, Filiz Yayınları, İstanbul

Özsağır, A. (2008). “Dünden Bu Güne Büyümenin Dinamiği”, KMÜ İİBF Dergisi, Yıl: 10, No: 14, Haziran.

Öztek, Z. (1998). Halk Sağlığı Sözlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, ss. 425.

Öztek, Z. (2001). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı: 1, Yıl: 7, No: 39, Mayıs-Haziran 2001.

Öztürk, S. ve Saygın, S. (2017). "1973 Petrol Krizinin Ekonomiye Etkileri ve Stangflasyon Olgusu", Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, C: 6, No: 12, ss. 6.

Parasız, İ. (1995). Kriz Ekonomisi (Hiper Enflasyon ve Yüksek Enflasyonla Mücadelede Ünlü İstikrar Politikaları ve 5 Nisan 1994 Kararları), Ezgi Kitabevi, Bursa.

Parasız, İ. (2007). Modern Bankacılık Teori ve Uygulama. Bursa, Ezgi Kitabevi.

Parasız, İ. (2008). Ekonomik Büyüme Teorileri, Ezgi Kitabevi Yayınları, 3. Baskı, Bursa, ss. 250.

Paya, M. (2013). Küresel Ortamda İktisat Politikaları. İstanbul, Türkmen Kitabevi.

Pazarlıoğlu, V. ve Gürler, Ö. K. (2007). “Telekomünikasyon Yatırımları ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Yaklaşımı”, Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, C: 44, No: 508, ss. 35-43.

Pesaran, M. Hashem, (2004). “General Diagnostic Tests for Cross Section Dependence in Panels” Center For Economic Studies & Ifo Institute for Economic Research Working Paper No: 1229.

Pesaran, M. Hashem, (2007). “A Simple Panel Unit Root Test in The Presence of Cross Section Dependence” Journal of Applied Econometrics, C: 22, No: 2, ss. 265-312.

Peterson, W. C.(1994). Gelir, İstihdam ve Ekonomik Büyüme, (Çev: Talat Güllap), Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.F Yayını, No: 98, Erzurum.

Pusti, M. (2013. "Krizlerin Anatomisi ve Türkiye’de 2001-2008 Finansal-Ekonomik Krizleri Üzerine Bir İnceleme", Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

Rana, P.B. (2002). "Monetary and Financial Cooperation in East Asia: The Chiang Mai Initiative and Beyond", ERD Working Paper Series, No: 6.

Rebelo, S. T. ve King, R. G. (1993). "Transitional Dynamics and Economic Growth in the Neoclassical Model", American Economic Review, Volume: 83, No:4, ss. 908-931.

Reıngold, A. (January-March 1998). "Outbreak Investigations-A Perspective", Emerging Infectious Diseases, No: 1.

Romer, P. M. (1986). "Increasing Returns and Long-Run Economic Growth" Journal Of Political Economy, Volume: 94, No: 5, ss. 1002-1037.

Romer, P. M. (1994). "The Origins of Endogenous Growth", The Journal of Economic Perspectives, Volume: 8, No: 1, Winter, ss. 3-22.

Ron, A. Abel-Smith, B. Tamburi, C. (1990). "Health Insurance in Developing Countries", The Social Security Approach. Isted. Ceneva: ILO; 1990, ss. 21-33.

Saçu, Barlin, F. (2010). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri", Balıkesir.

Sadıklar, C. T. (2001). "Türkiye'deki Son 20 Yılın Ekonomik Krizleri Konusunda Bir Değerlendirme", Yeni Türkiye Dergisi, Yıl: 7, No: 41.

Sağlık Bakanlığı (2005a). "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans Ve Laboratuar Rehberi", Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2021). Ebola, (Çevirim içi) http://www.seyahatsagligi.gov.tr/site/HastalikDetay/Ebola, 02 Mayıs 2021.

Salman, G. (2017). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri", 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi, Manisa.

Sarıgül, Ö. (2019). "Eğitim Harcamaları, Sağlık Harcamaları ve Milli Gelir İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Panel Bootstrap Modelleri", İstanbul.

Selim, S. Uysal, D. ve Eryiğit, P. (2014). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , ss. 13-24.

Sen, A. (1987). Standard of Living, New York: Cambridge University Press

Seyidoğlu, H. (2006). "İktisat Biliminin Temelleri", İstanbul, Güzem Can Yayınları No:21.

Seyitoğlu, H. ve Yıldız, R. (2006). Ekonomik Kriz Öncesi Erken Uyarı Sistemleri, Arıkan Kitabevi, İstanbul.

Smith, A. (2006). "Ulusların Zenginliği 1, (Çev.:Metin Saltoğlu)", Palme Yayıncılık, Ankara.

Somunuğlu, S. (2012). "Sağlık- Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi", Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Editör: Mehtap Tatar), Anadolu Üniversitesi, Tc Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599, Eskişehir, ss. 2-26.

Söğüt, Y. (2019). "Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1988-2016)", Kars, Kafkas Üniversitesi.

Susam, N. ve Bakkal, U. (2008). "Kriz Süreci Makro Değişkenleri ve 2009 Bütçe Büyüklüklerini Nasıl Etkileyecek?", Maliye Dergisi, No: 155, Temmuz-Aralık, ss. 72-88.

Şahbudak, E. ve Şahin, D. (2015). "Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi: BRIC Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi , ss. 154-160.

Şahinöz, A.(2002). "Türkiye-AB İlişkilerinde Neredeyiz?", İktisat-İşletme ve Finans Dergisi, Temmuz, Yıl: 17, No: 196.

Tanyıldızı, Ö. D. (2017). "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi", Fırat Üniversitesi. İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi , ss. 89-119.

Tatar, M. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi" Sosyal Güvenlik Dergisi..

Tatoğlu, Ferda (2012), "İleri Panel Veri Analizi", Beta Basım A. Ş., İstanbul, ss. 199-233-240.

Tengilimoğlu, D. vd. (2009). "Sağlık İşletmeleri Yönetimi", (1. Baskı), Nobel Basımevi, Ankara.

Tengilimoğlu, D. (2012). "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Siyasal Kitapevi, Ankara, ss. 432.

Tezcan S. (1992). "Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi" , Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, ss. 134-160.

Tezcan S. Akın L. Aktulay G. Altıntaş H. Doğan B. Özcebe H. ve Şahin N. (1995). "Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Epidemiyolojinin İlkeleri", Uygulamalı Epidemiyoloji ve Biyoistatistiğe Giriş, Ders 6, Salgın İncelemesi, Cdc.

The Economist, (2009). The Cost of Swine Flu, (Çevirim içi) https://Www.Economist.Com/News/2009/ 07/27/The-Cost-Of-Swine-Flu, 5 Mayıs 2021.

The World Bank, World Development Indicators, (Çevirim içi) https://Data.Worldbank.Org/, 03 Ocak 2021.

Tıraş, H. H. (2018). "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri", Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

TİSK, (2009). İşsizlikle Mücadele: Ülke Uygulamaları ve Türkiye İçin Öneriler, Türkiye işverenler Sendikaları Konfederasyonu.

Togan, S. (2001). "Kasım ve Şubat Krizleri Üzerine, Yeni Türkiye", C: 7, No: 41, ss. 511-517.

Tokalaş, S. (2006). ”Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, Marmara Üniversitesi SBE, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul.

Tokay, M. (2000). "Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Tuncel, N., Türkan, C., Müeyyet, P. (1993). "Halk Sağlığı Hemşireliği", Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 568, Eskişehir.

Turan, Z. (2011). "Dünyadaki ve Türkiye’deki Krizlerin Ortaya Çıkış Nedenleri ve Ekonomik Kalkınmaya Etkisi", Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, C: 4, No: 1, ss. 56-80.

Turgut, A. (2006-2007). "Türleri, Nedenleri ve Göstergeleriyle Finansal Krizler", TÜHİS İş Hukuku Dergisi, C: 20, No: 4-5, ss. 35-46.

Türk, A. Ak Bingül, B , Ak, R. (2020). ” Tarihsel Süreçte Yaşanan Pandemilerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri ” Gaziantep Unıversıty Journal of Socıal Scıences Specıal Issue, ss. 612-632.

Türker, M. T. (2000). "İktisadi Büyümede Beşeri Sermaye ve Türkiye'nin Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayenin Gelişimi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)", Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2011). "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü", Ankara: Bakanlık Yayınları.

Türkseven, Ç. (2019). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Etkinlik Analizi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması", Ankara.

Uygur, E. (2001). "Krizden Krize Türkiye: 2000 Kasım ve 2001 Şubat Krizleri", Türkiye Ekonomi Kurumu Tartışma Metini, No: 2001/1, Ankara.

Ünal, E. (2013). "Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi", Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, ss. 160.

Ünsal, E.M., (2010). Mikro İktisat, Gözden Geçirilmiş 8. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, ss. 755.

Yaman, Ö. (2010). "Finansal Krizler ve Erken Uyarı Sitemleri. Yüksek Lisans Tezi", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finans ve Bankacılık Anabilim Dalı, İstanbul.

Yavuz, A. (2008). "Küresel Krizin İstihdama Etkisi", İstanbul Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Sosyal Siyaset Konferansları, ss. 13-14.

Yay G. G. (2001). "İstikrar Politikaları ve Ekonominin Sorunları: Mali Sektör", İktisat Dergisi (410-411), 2001, ss. 33-59.

Yereli, A. B., Kobal, Ve Köktaş, A.M. (2016). Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler, (Çevirim içi) http://Ahmetburcinyereli.Com/Beykon10, 18 Nisan 2021.

Yıldırım, H. H. (2000). "Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejiler", I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi.

Yıldırım, K., Kahraman, D. ve Taşdemir, M. (2014). Makro Ekonomi, Seçkin Yayıncılık, 12. Baskı, Ankara.

Yıldırım, S. (1994). "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", Dpt Uzmanlık Tezleri, Yayın No: Dpt :2350, Ankara.

Yıldırım, S. (2020). "Sağlık Harcamaları ve Yatırımlarının Makroekonomik Göstergelerle İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme", Sivas.

Yılmaz, D. (2008). "Küresel Mali Kriz ve Türkiye Ekonomisine Etkileri: Nasıl Başladı Hangi Aşamadayız? " , TCMB, Ankara.

Yılmaz, D. (2016). "Küresel Ekonomik Krizlerin Lojistik Firmalarına Etkileri: Bir Çözüm Önerisi Olarak Kümelenme Modeli".

Yılmaz, Ö. G. (2005). "Türkiye Ekonomisinde Büyüme İle İşsizlik Oranları Arasındaki Nedensellik İlişkisi", İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi, 2, ss. 63-76.

Yılmaz, S. (2012). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması", Isparta.

Yücel, F. ve Kalyoncu, H. (2010). "Finansal Krizlerin Öncü Göstergeleri ve Ülke Ekonomilerini Etkileme Kanalları: Türkiye Örneği", Maliye Dergisi, 159, ss. 53–69.

Yülek, A. M. (1997). "İçsel Büyüme Teorileri, Gelişmekte Olan Ülkeler ve Kamu Politikaları Üzerine", Hazine Dergisi, Nisan, No: 6, ss. 1-15.

Westerlund, J. (2007). "Testing for Error Correction in Panel Data" Oxford Bulletin Of Economics and Statistics, C: 69, No: 6, ss. 709-748.

WHO, (2009). The Financial Crisis and Global Health, Report of a High-Level Consultation, ss. 25-26.

WHO, (2009). Alma-Ata Deklerasyonu, Dünya Sağlık Örgütü Web Sayfası, (Çevirim içi) http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata, 29 Mart 2021