

TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ İNSANI GELİŞİM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

*Arman Zafer YALÇIN**
*Fatih ÇAKMAK***

Alınış Tarihi: 12 Ekim 2015

Kabul Tarihi: 19 Ağustos 2016

Öz: Günümüzde sağlık harcamaları, ekonomik kalkınmanın en temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Tüm dünyada devletler, kendi sağlık sistemlerini geliştirerek hem insani gelişim yolunda, hem gelir dağılımında adaletin sağlanmasında ilerlemeye çalışmaktadırlar. Türkiye'de son yıllarda kamu sağlık harcamalarında önemli miktarda artış yaşanmıştır. Bu çalışmada, artan kamu sağlık harcamalarının insani gelişim düzeyi üzerinde olumlu bir etkisinin olup olmadığı regresyon analizi ile incelenmiştir. Bu amaçla, çalışmada 1991-2013 yıllarına ait kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı, hekim başına düşen kişi sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısı kullanılmıştır. Anılan dönemde kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmış ve gerek toplam sağlık harcamalarının gerekse de kamu sağlık harcamalarının OECD ortalamasının çok altında olması nedeniyle daha çok yataklı tedavi kurumuna ve sağlık personeline ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Sağlık Harcamaları, İnsani Gelişme, İnsani Gelişme Endeksi.

THE IMPACT OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURES ON HUMAN DEVELOPMENT IN TURKEY

Abstract: Nowadays the health expenditures are considered as one of the fundamental indicators of economic development. Improving own health systems, countries all around the world struggle to advance in both human progress and providing equality in income distribution. A dramatic increase has taken place in public health expenditure in recent years. In this study, it is examined by regression analysis whether there is positive effect rising public health expenditures on human progress. With this aim, the figures belonging to the period between 1991-2013 years such as the rate of public health expenditures to GDP the number of people per doctor and the number of health organization with bed have been utilized. It has been concluded that public health expenditure during the period had a significant impact on human progress and impatient treatment organizations and health staff are more needed because both total health expenditure and public health expenditure are under the OECD average.

Keywords: Public Health Expenditures, Human Development, Human Development Index.

*Yrd. Doç. Dr. Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Meslek Yüksek Okulu, Muhasebe ve Vergi Bölümü

**Arş. Gör. Kastamonu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Bankacılık ve Finans Bölümü

I. Giriş

Sağlık hizmetlerinin en önemli iktisadi özelliklerinden biri, sahip olduğu dışsallık özelliğidir. Sağlık hizmetleri, yapısı gereği hem hizmeti alan bireye, hem de bireyin çevresinden başlayarak tüm topluma yayılan pozitif dışsallık yaymaktadır. Bu anlamda, devletin sağlık sektörüne müdahale etmesi veya faaliyette bulunmasının gerekçelerinden birisi olarak sağlık hizmetlerinin yaymış oldukları dışsallıklar gösterilmektedir (Stiglitz, 1988). Piyasa tercihlerine bırakıldığında yetersiz miktarda sağlık hizmeti üretileceğinden etkin üretim gerçekleştirilemez, birey ve toplum açısından refah kayıpları ortaya çıkar (Aktan ve Işık, 2007). Sağlık hizmetlerinin yoğun pozitif dışsallık yaymaları aynı zamanda devletlerin kalkınma amacıyla sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmaları sonucunu doğurmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin iktisadi özelliklerinden bir diğeri de, sağlık hizmetlerinin kamusal özellikleridir. Sağlık hizmetleri içinde koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal olarak tanımlanırken, diğer tür sağlık hizmetleri ise yarı kamusal mallar olarak değerlendirilmektedir. Yani, sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri dışındakileri piyasada alınıp satılabilen türdendir (Şenatarlar, 2003). Dolayısıyla da, geliri yetersiz olanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için devletin müdahalesi, gelir dağılımında adaletin sağlanması bakımından önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomide bu denli etkili olması, devletin sağlık harcamaları yoluyla bu alana etkin bir şekilde müdahalesini gerekli kılmaktadır. Tüm dünyada devletler kendi sağlık sistemlerini geliştirerek hem insani gelişme yolunda, hem de gelir dağılımında adaletin sağlanmasında ilerlemeye çalışmaktadırlar. Sağlık ile insani gelişme arasındaki ilişki, son yıllarda kalkına söylemindeki değişimin önemli yansımalarından birini oluşturmaktadır. 1990'lı yıllara kadar, dünyada kalkınmanın en önemli dinamiği olarak fiziki sermaye yatırımları ve sermaye birikimi görülürken, 1990'lı yıllardan itibaren fiziki sermaye yatırımları ve sermaye birikimi dışında beşeri sermaye unsurları da kalkınmanın önemli dinamikleri olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık ise, en önemli beşeri sermaye unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'de beşeri sermayenin en önemli bileşenlerinden sağlığın ve bunun doğal uzantısı olarak kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini teorik ve ampirik olarak incelemektir. Çalışmada bu amaçla, öncelikle sağlık harcamaları ile insani gelişim arasındaki ilişki teorik olarak ortaya konulacak ve Türkiye'nin 1991-2013 arasındaki kamu sağlık harcamalarının gelişimi, doktor sayısı, hasta yatak sayısı ve yataklı tedavi kurumlarındaki gelişmeler TÜİK ve UNDP raporlarından derlenen sayısal verilerle desteklenerek ortaya konulacaktır. Çalışmanın son bölümünde ise, kamu sağlık harcamaları ile insani gelişim arasındaki ilişki regresyon analizi yöntemiyle incelenecektir. Özellikle Türkiye'de hekim sayısında ve yataklı tedavi kurumu sayısındaki artışın insani gelişime ne kadar etkisi olduğu konusunda literatür eksikliği göz önünde

bulundurularak, çalışmada bu eksikliğin giderilmesine katkıda bulunma ve bundan sonra kamu sağlık harcamaları ile insani gelişim ilişkisi üzerine yapılan teorik ve ampirik çalışmalarda yol gösterici olma amacı güdülmüştür.

II. Literatür Taraması

Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerini etkileyen faktörlerin ekonometrik yöntemlerle analiz edilmesi son yıllarda önemli bir gelişme göstermiştir. Bu gelişmede, veri toplama imkânlarında ve bilgisayar destekli ekonometrik modelleme yöntemlerindeki gelişmeler oldukça önemli bir rol oynamıştır. Bu sayede ülkeler, özellikle ekonomi politikalarının makro ve mikro düzeydeki etkinliklerini ölçebilme imkânı elde edebilmektedirler.

Özellikle 1990'lı yılların sonu ve 2000'li yılların başlarından itibaren, gerek ülke düzeyinde gerekse de bölgesel ve küresel düzeyde sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini ölçmeye çalışan çok sayıda ampirik çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar, çalışmamızın sonuçlarının hem diğer ülke çalışmalarıyla karşılaştırılması, hem de kullandığımız metodun bizi bilimsel bir sonuca ulaştırmasının test edilmesi açısından son derece önemlidir.

Ak (2012), zaman serisi analizi yöntemi ile yaptığı çalışmada, Türkiye'de 1990-2010 döneminde yapılan kamu sağlık harcamalarının doğumda yaşam beklentisini arttırdığını, bunun da insan sermayesine ciddi bir katkı yaparak uzun dönemli ekonomik büyümeyi olumlu etkilediğini belirtmektedir. Tek bir ülke düzeyinde yapılan başka bir çalışmada Razmi (2012), İran'da 1990- 2009 yılları arasında yapılan kamu sağlık harcamalarının, ülkenin insani gelişim düzeyi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisinin olduğunu açıklamaktadır. ABD için zaman serisi analizi yöntemi kullanılarak yapılan bir çalışmada, Das ve Martin (2010: 150-159) ABD'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak uzun dönemde kişi başına gelir artışında önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.

Çevik ve Taşar (2013), ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre sınıflandırarak kesit regresyon yöntemiyle yaptıkları araştırmada, az gelişmiş ülkelerde yapılan sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelere göre insani gelişim üzerinde daha etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine bu çalışmada, az gelişmiş ülkelerde yapılan sağlık harcamalarının özellikle bebek ve 5 yaş altı çocuklardaki ölüm oranlarında ciddi bir düşüşe yol açtığı belirtilmektedir.

Doğan ve Tatlı (2014), Türkiye'nin çok yüksek İGE grubuna geçmesini sağlayabilecek önemli diğer bir politikanın da kişi başına düşen milli gelirin artırılması ve ortalama sağlıklı yaşam süresini artıran etkili sağlık politikaların uygulanması olduğunu ifade etmişlerdir.

Çetin ve Ecevit (2010), sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini panel regresyon analizi ile incelemiştir. Çalışmada her ne şekilde olursa olsun sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanması, yani sağlık alanında daha etkin ve verimli yatırımların gerçekleştirilmesi ülkenin beşeri sermaye düzeyini geliştirerek, verimliliğin ve teknolojik yeniliklerin

gerçekleşmesine hizmet edeceğini, ekonomik büyüme ve kalkınmayı hızlandırabilecek ve toplumsal refahın artmasını sağlayabileceğini ifade edilmiştir.

Guisan ve Exposito (2010), Afrika'dan 38 ve Asya'dan da 30 ülkeyi ve 1990-2007 dönemini kapsayan, tekli regresyon analizi yöntemi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, kamu sağlık harcamalarının sosyo-ekonomik kalkınma üzerindeki etkisinin çok sayıda Afrika ülkesinde ve az sayıdaki Asya ülkesinde düşük düzeyde bir etkiye sahip olduğunu, buna karşılık eğitim harcamalarındaki artışın sosyo-ekonomik kalkınma üzerinde sağlık harcamalarına göre daha etkili olduğu vurgulanmaktadır.

Baltagi ve Moscone (2010), 20 OECD ülkesinin 1971 ve 2004 yılları arasındaki sağlık harcamalarını ve kişi başına gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Panel veri analizi yöntemiyle gerçekleştirilen bu çalışmada, sağlık harcamalarının uzun dönemde kişi başına gelir ve refah artışının OECD ülkeleri için bir gerçeklik olduğunu belirtilmektedir. Opreana ve Mihaiu'nun (2011) AB'nin 27 ülkesini kapsayan çalışmasında, kamu sağlık harcamalarının etkinliği ve insani gelişim üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi yöntemiyle ölçülmüştür. Kamu sağlığı için oldukça yüksek düzeylerde kaynak ayıran AB ülkelerinde, kamu sağlık sisteminin etkinliği ve insani gelişim düzeyi arasında oldukça yüksek ve anlamlı bir ilişkinin olduğu anlaşılmıştır.

İnsani gelişimin incelendiği çoğu çalışmada genel kamu harcamaları ele alınmıştır. Doğrudan sağlık harcamalarıyla insani kalkınmanın karşılaştırmalı incelendiği ampirik çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Kamu sağlık harcamaları ve insani gelişim arasındaki ilişkinin ortaya konmasına yönelik çalışmalarda kamu sağlık harcamalarının özellikle az gelişmiş ülkelerin insani gelişmişlik düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğu, buna karşılık gelişmiş ülkelerde ise kişi başına geliri arttırıcı etkide bulunarak uzun dönemde insani gelişim üzerinde olumlu etki yaptığı gözlenmektedir.

III. İnsani Gelişme ve Sağlık İlişkisi

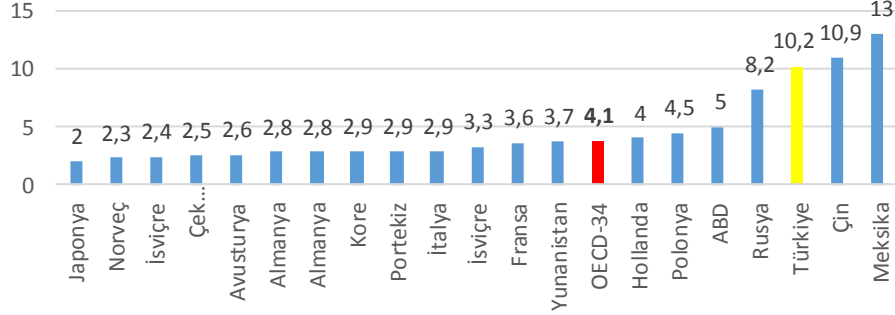
Ekonomik büyüme ve gelişme arasındaki ilişki, uzun yıllardır yoğun olarak tartışılan bir konudur. Bu tartışmanın en önemli nedeni, hiç kuşkusuz ki, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ekonomik büyümenin faydalarının, o ülkelerdeki insanların önemli bir bölümü için refah ve fırsat yaratmamasıdır (Günsoy, 2005). Bu durum, ekonomik büyüme ve gelişmenin insani boyutlarının sorgulanması açısından önemli bir zemin oluşturmuştur. 1990'lı yıllardan itibaren gelişmenin insani boyutlarını ön plana çıkarmayı amaçlayan insani gelişim kavramıyla birlikte artık gelişme kriterlerinin boyutları da değişmiştir. İlk defa 1990 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayınlanan İnsani Gelişme Raporu ile birlikte dünyada insan merkezli gelişme önemli bir kavram haline gelmeye başlamıştır. Bu durum 1998 yılı UNDP raporunda "*Gelir insanların edinmek istedikleri önemli bir*

fırsattır fakat yaşamlarının toplamı da değildir” (UNDP, 1998) ifadesiyle de açıkça belirtilmiştir. UNDP, insani gelişme kavramını temel alan, insan ve toplum yaşamının farklı yönlerini kapsayacak şekilde ele alarak 1990 yılından itibaren İnsani Gelişme Endeksini (İGE) geliştirmiştir.

Sağlık, eğitim, cinsiyet eşitliği ve kişi başına gelir unsurlarına dayalı olan İGE, bu anlamda kalkınma iktisadının kapsamını oldukça genişletmiştir. Böylece, 1990’lı yıllardan itibaren ülkelerin kalkınmışlık göstergelerinin boyutları da değişmiştir. Zira 1990’lı yıllardan önce, özellikle 1930 ve 1970 arası dönemde, önemli olan bir bütün olarak milli gelirin artırılmasıydı. Daha sonraki yıllarda gelir artışının sağlıklı bir ekonominin tek göstergesi olmadığı, önemli olanın gelirin miktarı kadar gelirin adil dağılımı olduğu anlaşılmaya başlandı. Bu görüşün ön plana çıkmasının nedeni, 1970’li yıllarda az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızlı bir büyüme sürecinin yaşanması, buna karşılık işsizlik ve yoksullukta buna paralel artışın olmamasıdır (Han ve Kaya, 1997). Bu anlamda, gelişme kavramının içeriği çok önemli bir değişim gösterirken, temel ihtiyaçların karşılanması, gelir dağılımı, yoksulluk ve işsizlik gibi daha önce üzerinde durulmayan konulara ağırlık verilmeye başlanmış ve gelişmenin sadece ekonomik değil, insani ve toplumsal boyutlarının da en az ekonomik yönü kadar önemli olduğu ortaya konulmuştur (Griffin ve Knight, 1992).

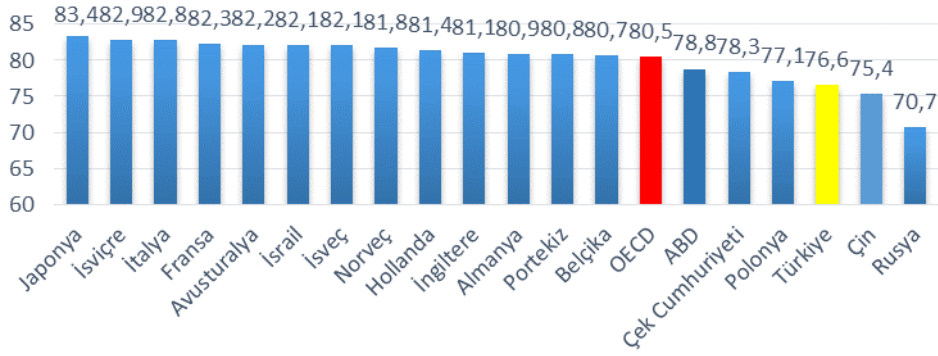
Sağlık, insani gelişmişliğin en önemli üç bileşeninden biridir. İGE hesaplanırken sağlık bileşeni olarak ortalama yaşam süresi indeksi kullanılmaktadır. Bu anlamda, toplumun genel sağlık düzeyi ortalama yaşam süresini etkilemektedir. Genel sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında karşılıklı pozitif bir ilişkinin var olduğu kabul edilmektedir. Toplumun genel sağlık düzeyi iyileştirildiği takdirde, çok önemli bir takım ekonomik faydalar ortaya çıkmaktadır (Mazgit, 2002).

Bir ülke toplumunun ne kadar sağlıklı bir toplum olduğu incelenirken, meseleye iki açıdan bakmak gerekir. Birincisi, toplumun genel sağlık düzeyi, ikincisi ise, bireylerin ve toplulukların sağlık düzeyini etkileyen etken ve değişkenlerin ne olduğudur. Toplumun sağlık düzeyini; okuryazarlık, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, temiz içme suyuna ve kanalizasyon hizmetlerine erişim imkânı ve iklim koşulları gibi faktörler belirlemektedir. Sağlık harcamalarının düzeyi, hastanede kalış süresi, bin kişiye düşen doktor ve hastane yatak sayısı vb. veriler, sağlık hizmetlerini etkileyen temel değişkenlerdir (UNDP, 1998).



Şekil 1: OECD Ülkelerinde Her 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Oranı, 2013:
(Health at a Glance, OECD Indicators 2015)

OECD'nin 2015 yılı içerisinde yayınlamış olduğu raporunda son olarak 2013 yılı verilerine yer vermiştir. Şekil 1.'de 2013 verilerine göre OECD-34 ülkelerinde bebek ölüm oranı ortalaması 4,1 iken, Türkiye'de bu oran 10,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, ortalamanın oldukça üzerindedir. Ancak, son yıllarda bebek ölümlerinde yıllık ortalama düşüş hızı, OECD ortalamasının üzerinde gerçekleşmiştir. Bu olumlu gelişmede, özellikle yoksulluk oranının yüksek ve temel hizmetlere erişimin düşük olduğu geri kalmış bölgeleri hedef alan kamu sağlık politikaları önemli rol oynamıştır (Deloitte, 2012).



Şekil 2: OECD Üyesi Ülkelerde Doğumda Yaşam Beklentisi 2013:
(Health at a Glance, OECD Indicators 2015)

Şekil 2, OECD üyesi ülkelerde insani gelişimin diğer önemli göstergelerinden biri olan doğumda yaşam beklentisini göstermektedir. 2009 yılı verilerine göre, OECD üyesi ülkelerde doğumda ortalama yaşam beklentisi 80,5 yıl olarak hesaplanmıştır. Türkiye ise, yaşam kalitesinin geliştirilmesine

yönelik çabalar sonucu doğumda yaşam beklentisini 75,4 yıla yükseltmiştir. Bu rakam, ilk bakışta OECD üyesi ülkelerin gerisinde gözükebilir. Ancak, son yıllardaki olumlu gelişmeler ve doğru politikalar sayesinde Türkiye'nin yaşam süresi artış oranı OECD üyesi ülkeler arasında ortalama yaşam süresi artış oranına göre, daha yüksektir.

IV. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları

Bir ülkedeki toplam sağlık harcamalarını sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu ve özel sektörün yeri, nüfusun sosyo-ekonomik özellikleri, sağlık hizmetlerinin nispi fiyatı ve sağlık sisteminin kapasitesi (her yüz hastaya düşen sağlık personeli ve yatak sayısı, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji düzeyi) gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında gelir, özel bir öneme sahiptir. Sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkiyi bilmek, sağlık hizmetlerinin milli gelirdeki değişimlere nispi olarak nasıl tepki vereceğini tahmin etmeyi mümkün kılmaktadır (Sülkü, 2011).

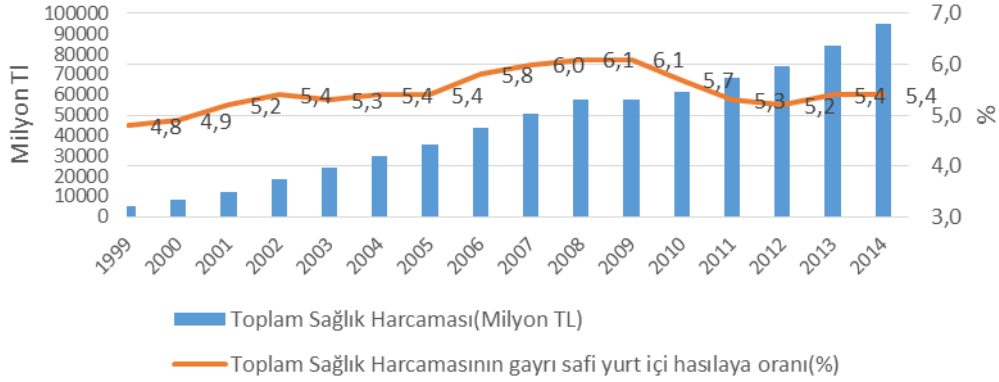
Genel olarak gelir, sağlık hizmetlerini satın alabilme gücünü gösteren bir faktördür. Bunun yanında sağlık harcamaları ile GSYİH arasında doğru yönlü pozitif bir ilişkinin varlığı iktisat literatüründe genel kabul görmektedir. Dolayısıyla, sağlık harcamaları ve bu harcamaların GSYİH içindeki payı, bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliğini ortaya koyan temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir.

Tablo 1. Kamu Sağlık Harcamalarının
Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(%)

Yıl	%	Yıl	%
1999	61,1	2007	67,8
2000	62,9	2008	73,0
2001	68,1	2009	81,0
2002	70,7	2010	78,6
2003	71,9	2011	79,6
2004	71,2	2012	76,8
2005	67,8	2013	78,5
2006	68,3	2014	77,4

*(TUİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2014)

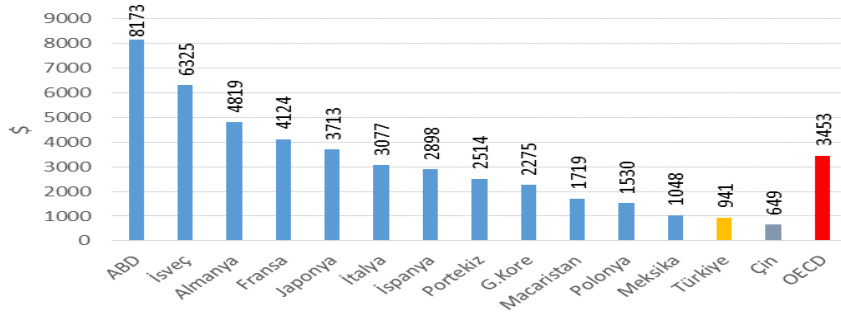
Tablo 1 incelendiğinde Türkiye'de mevcut sağlık sistemi ile ilgili bazı önemli noktalar göze çarpmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 2014 yılı itibariyle % 77,4'tür. Bu oran OECD ortalamasının üzerindedir. Ayrıca, toplam sağlık harcamaları içinde kamu payı gelişimine bakıldığında, 1999'da bu oran % 61,1 iken 2014'de % 77,4'e yükselmiştir. Sağlıkta kamunun payının artışının özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) uygulamaya başlamasından sonra yüksek oranda artmaya başlaması oldukça dikkat çekmektedir.



Şekil 3: Kamu Sağlık Harcamaları ve GSYİH İlişkisi:
(TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2014)

Ayrıca, GSYİH ve kamu sağlık harcamalarının gelişimine baktığımızda, 2004 yılından itibaren kamu sağlık harcamalarındaki artış hızının GSYİH artış hızını geçtiği Şekil 3'te görülmektedir. Ancak, 2009 yılında küresel krizle bağlantılı olarak Türkiye ekonomisinde meydana gelen % 4,7'lik daralma, beraberinde kamu sağlık harcamalarının da azalması sonucunu doğurmuştur.

Kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini sorgularken dikkat edilmesi gereken diğer bir hususta, kişi başına düşen sağlık harcamalarının gelişimidir. Bir ülkenin milli gelir seviyesi ile kişi başına düşen sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamaları arasında aynı doğrultuda bir ilişki beklenmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan ülkeler, daha fazla sağlık harcaması yapma eğilimindedirler. Şekil 4.'de görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerdeki kişi başına sağlık harcamaları, gelişmekte olan ülkelere oranla daha yüksek seviyededir.



Şekil 4: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları, 2013:
(Health at a Glance, OECD Indicators 2015)

Şekil 4'ten de görülebileceği gibi, Türkiye kişi başına sağlık harcamaları açısından OECD ülkeleri içinde son sıralarda yer almaktadır. 2011

yılı OECD kişi başına sağlık harcaması ortalaması 3233 \$ iken, Türkiye’de bu rakam 913 \$ olarak gerçekleşmiştir.

Öte yandan, Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ortalamalarının oldukça altında olmasına rağmen, kişi başına sağlık harcamasındaki artış açısından 1997- 2007 arasında % 8,5 büyüme ile OECD ülkeleri arasında Güney Kore’den sonra ikinci sırada yer almıştır. Bu artışın, esas olarak SDP uygulamasına başladıktan sonrasında denk düşmesi son derece önemlidir (Belek, 2012).

Kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi incelenirken üzerinde durulması gereken bir başka nokta da, kamu sağlık harcamalarının finansmanı meselesidir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve finansman yükünün nasıl paylaşıldığı, verilen hizmet miktarının, hizmete erişimin ve hakkaniyetinin önemli bir belirleyicisidir. Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterse de hemen her ülkede vergiler, sosyal güvenlik sistemi, cepten ödeme ve özel sigortalardan oluşan bir birleşim mevcuttur. Finansman kaynakları önce özel ve kamu olarak ikiye daha sonra da kendi içinde alt dallara ayrılmaktadır. Bunlar; vergiye dayalı finansman, cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası ve sosyal sağlık sigortasıdır (Tatar, 2011). Önemli olan, insani gelişimin hızlandırılması, kaynakların daha etkin kullanımı ve gelir eşitsizliğini gidermek için bu farklı finansman alternatifleri arasında nasıl bir bileşim oluşturulacağıdır. Ayrıca çalışanların algılamasında bilgi henüz stratejik bir kaynak olarak değerlendirilmemektedir (Top ve Dilek, 2013).

V. Yöntem ve Veriler

Bu çalışmada, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini incelemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bu durumun belirlenmesinde, Türkiye için 1991– 2013 dönemine ait 23 yıllık zaman serisi kullanılmıştır. Daha etkin bir analiz yapabilmek için mümkün olduğu kadar geniş bir zaman dilimi alınması gerektiğinden 1991 yılı ve sonrasında ait veriler analizde kullanılmıştır. İnsani gelişim endeks değeri, UNDP raporlarından, kamu sağlık harcaması, hekim başına düşen kişi sayısı ve toplam yataklı sağlık kurumu sayısı verileri TÜİK’in resmi internet sitesinden derlenmiştir. Toplam sağlık kurumu sayısına ilişkin 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamadığı için sadece yataklı sağlık kurumu sayısı dikkate alınmış, sağlık ocağı, aile hekimliği birimi, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezleri sayılarında dikkate değer bir değişim olmadığından dolayı toplama dâhil edilmemiştir.

Tablo 2: Türkiye İnsani Gelişim Endeks Değerleri, Toplam Kamu Sağlık Harcamaları, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Toplam Sağlık Kurumu Sayısı Verileri

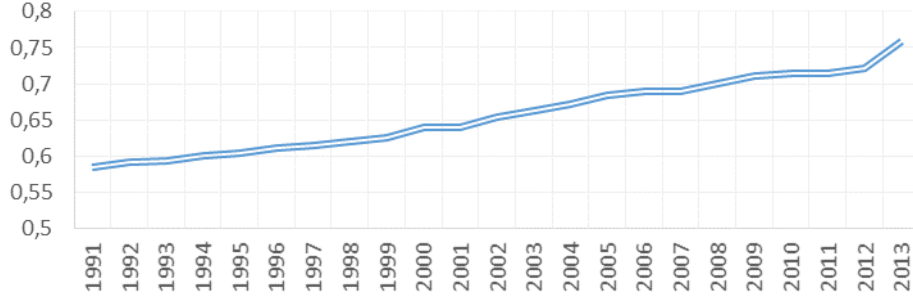
Yıllar	İnsani Gelişim Endeks Değeri ¹	Toplam Kamu Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%) ²	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ³	Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı
1991	0,584	2,35	1052	899
1992	0,591	2,58	1000	928
1993	0,594	3,0	949	962
1994	0,601	2,59	894	982
1995	0,604	2,51	862	1 009
1996	0,611	2,37	855	1 034
1997	0,614	2,27	836	1 078
1998	0,619	2,52	808	1 138
1999	0,626	2,9	773	1 171
2000	0,640	3,1	754	1 183
2001	0,640	3,5	725	1 199
2002	0,654	3,8	718	1 156
2003	0,663	3,81	708	1 174
2004	0,672	3,85	697	1 217
2005	0,684	3,66	680	1 196
2006	0,690	3,96	664	1 203
2007	0,690	4,07	648	1 317
2008	0,700	4,45	628	1 350
2009	0,710	4,94	607	1 389
2010	0,715	4,40	591	1 439
2011	0,715	4,22	587	1 453
2012	0,722	4,12	583	1 483
2013	0,759	4,24	573	1 517

¹Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Raporları

²TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri tablolarından derlenmiştir.

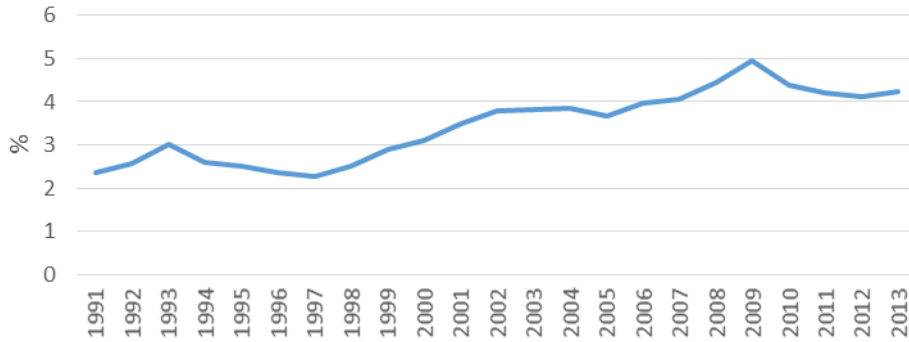
³TÜİK Sağlık İstatistikleri

Çalışmaya konu olan ve modelin bağımlı değişkenini oluşturan insani gelişim endeks değeri, 0 ile 1 arasında değişmektedir. İnsani gelişim endeksinin yüksek olması, daha yüksek bir insani gelişimin varlığını göstermektedir. Türkiye için insani gelişim düzeyinde yıllara göre bir artış trendi içerisindedir. Bu artış Şekil 5'te görülmektedir.



Şekil 5: Türkiye'nin İnsani Kalkınma Endeks Değerleri (1991-2013):
(İnsani Kalkınma Raporlarından elde edilmiştir)

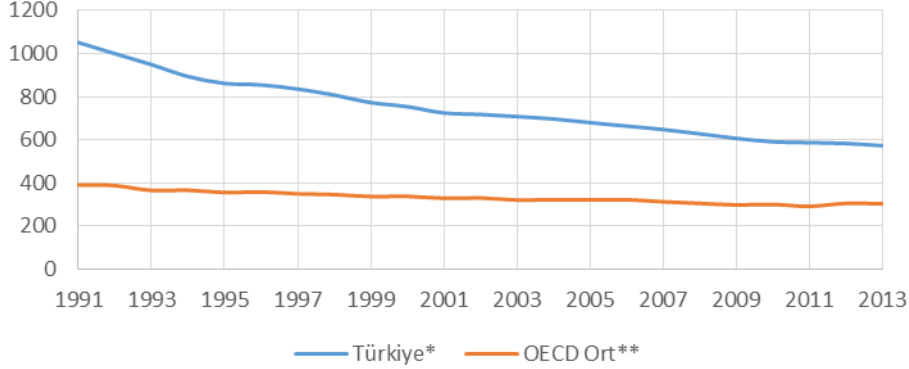
Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir. Bu alana ait veriler Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve TÜİK hane halkı bütçe anketleri derlenerek hazırlanmaktadır. Özel sektör harcamaları çalışmanın kapsamı gereği, analizde kullanılmamıştır. Şekil 6’da 1991-2013 yılları arası toplam kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı gösterilmiştir. Bu verilere göre, kamu sağlık harcamalarında insani gelişim endeksine paralel olarak yıllara göre bir artış görülmektedir.



Şekil 6: Toplam Kamu Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı(%) :
(TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri (1991-2013))

Sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri sağlıkta insan gücüdür. Bu insan gücünün en önemli bileşeni de şüphesiz hekimlerdir. Hekim sayısının artışı sağlık hizmetlerinin işleyişini iyileştirme adına önemli bir unsurdur. Şekil 7’de 1991-2013 yılları arası için Türkiye ve OECD ülkelerinin ortalama hekim başına düşen kişi sayıları verilmiştir. Buna göre yıllara göre hekim başına düşen kişi sayısında bir iyileşme bulunmakla birlikte OECD ortalamalarının altında kaldığı görülmektedir. Ancak 1991-2013 döneminde

hekim başına düşen sayısındaki azalma trendi OECD ortalamasının üzerindedir. Bu durum, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişmeye olumlu katkı verdiğinin önemli bir kanıtı olarak görülebilir.



Şekil 7: Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı:
 (*TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, <http://tuik.gov.tr>
 **OECD Stats, <http://stats.oecd.org>)

Kamu dışı sağlık harcamaları konjonktürel dalgalanmalara karşı oldukça duyarlı olmasına karşılık, kamu sağlık harcamalarının ekonomik dalgalanmalara karşı daha az duyarlı olması beklenmektedir. Bu farklılıktan dolayı sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, sadece kamu sağlık harcamaları ele alınmıştır. İGE'nin bileşenlerinden biri olan insan sağlığı ile ilgili gelişmeler insan yaşamının kalitesi açısından önem taşımaktadır (Günsoy, 2005). Hekim başına düşen kişi sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısı; kolay, erişilebilir ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunacağından insani gelişim üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini belirlemek için kamu sağlık harcamalarının yanında hekim başına düşen kişi sayısı ve toplam sağlık kurumu sayısı da modele dâhil edilmiştir. Çalışmada kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini belirlemek üzere; $\text{Log}(\text{İGE}_t) = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{TKSH}_t) + \beta_2 \log(\text{HBDKS}_t) + \beta_3 \log(\text{TYSKS}_t) + \varepsilon_t$ (1) modeli;

En küçük kareler yöntemi (EKK) ile tahmin edilmiştir. Modelde İGE (İnsani Gelişim Endekisini), TKSH (Toplam kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranını), HBDKS (Hekim Başına Düşen Kişi Sayısını) ve TYSKS (Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı), $t=1,2,\dots,n$ olmak üzere zamanı, “ ε ” hata terimini, göstermektedir. Analizler için Eviews 8 paket programı kullanılmıştır.

VI. Bulgular

Çalışma kapsamında ilk olarak incelenen verilerin temel istatistiksel değerleri hesaplanmış ve Tablo 3’de sunulmuştur. Değişkenlerin ortalama değerleri, verilerin normal dağılıma sahip olup olmadıkları açısından incelendiğinde, değişkenlerin medyan değerlerinin ortalama değerlerine yakın olmaları sebebiyle normal dağılıma çok yakın bir dağılım gösterdikleri söylenebilir.

Tablo 3: Temel İstatistiksel Değer Sonuçları

	LOGIGE	LOGTKSH	LOGTYSKS	LOGHBDKS
Ortalama	-0.423726	1.208641	7.074454	6.600855
Medyan	-0.424648	1.297463	7.075809	6.576470
Maks.	-0.275754	1.597365	7.324490	6.958448
Min.	-0.537854	0.819780	6.801283	6.350886
Std. Sapma	0.076329	0.244911	0.153096	0.180447
Çarpıklık	0.135604	-0.236755	-0.060998	0.346199
Basıklık	1.810267	1.609838	2.075569	2.084476
Jarque-Bera	1.426976	2.066897	0.833228	1.262699
Olasılık	0.489932	0.355778	0.659275	0.531874
Gözlem	23	23	23	23

Serilerin normal dağılıp dağılmadığı; çarpıklık, basıklık ve Jarque-Bera istatistiklerine göre incelenmiştir. Normal dağılıma uyan veri kümelerinde basıklık 3 değerini alır. Basıklık değerinin 3’ten büyük olması serinin normalden daha dik olduğunu, 3’ten küçük olması ise serinin normalden daha basık olduğunu göstermektedir. Çarpıklık değerlerinin incelenmesinde ise, bu değerinin sıfıra eşit olması serinin normal dağılıma sahip olduğunu, sıfırdan büyük olması serinin pozitif yönde çarpık olduğunu ve sıfırdan küçük olması ise serinin negatif yönde çarpık olduğunu göstermektedir. Bu ölçülerin yanı sıra Jarque-Bera değeri normal dağılımlar için sıfır çıkacaktır. Normal dağılıma benzeme azaldıkça Jarque-Bera değeri de büyür (Şenesen, 2007). Jarque-Bera değeri dikkate alınarak Tablo 3 incelendiğinde tüm değişkenlerin normal dağılıma uyduğu görülmektedir.

Zaman serisi verileriyle çalışılırken serilerin durağan olup olmadığı araştırılmalıdır. Serilerin durağanlığı test edilmeli, yani birim kök testleri yapılmalı ve bu testlerin sonuçlarına bağlı olarak gerekli durağanlaştırma işlemlerinin yapılması gerekmektedir. Aksi durumda “sahte regresyon” problemiyle karşılaşılabilir. Bunun da sonucu olarak, tahmin sonuçlarının da sahte bir ilişkiyi yansıtmaları söz konusu olabilmektedir. Eğer seriler seviye değerlerinde durağan değillerse, farkları alınarak durağan hale getirilebilir.

Böylece, sahte regresyon problemi giderilerek, daha sağlıklı sonuçlara ulaşmak mümkün olacaktır. (McKinnon, 1991).

Çalışmada serilerin durağan olup olmadıkları Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) birim kök testi ile incelenmiştir. ADF testinde kullanılan gecikme sayısı, Hannan-Quin ölçütü ile elde edilmiştir. Tablo 4'te serilerin durağanlık test sonuçları gösterilmektedir. Sonuçlara göre; 'İnsani Gelişim Endeks Değeri', 'Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı' ve 'Toplam Sağlık Kurumu Sayısı' değişkenlerinin logaritmik değerlerinin düzey seviyede durağan oldukları, 'Toplam Kamu Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı' değişkeninin logaritmik değerinin ise düzey seviyede birim köke sahip olduğu ve birincil farkında durağan oldukları görülmektedir.

Tablo 4: Durağanlık Test Sonuçları

	<u>ADF</u> <u>(düzey)</u>			<u>ADF</u> <u>(I. Fark)</u>		
	I ve T	I	N	I ve T	I	N
İGE	-3,95 (0,03)	1,73 (0,998)	-2,43 (0,01)	-	-	-
TKSH	-0,93 (0,92)	-1,19 (0,64)	1,23 (0,94)	-3,54 (0,060)	-3,64 (0,013)	-3,53 (0,001)
HBDKS	-6,11 (0,002)	-2,066 (0,258)	-8,89 (0,000)	-	-	-
YTSKS	-4,37 (0,01)	-0,76 (0,81)	4,54 (1,00)	-	-	-

Açıklamalar: I ve T trend ve sabiti içeren modeli, I; sadece sabiti içeren modeli ve N ise ternd ve sabiti içermeyen modeli ifade etektedir. Tabloda yer alan test değerleri, ADF test değerleridir ve parantez içinde, her bir teste ait olasılık değerleri verilmiştir.

Bağımsız değişkenlerde meydana gelen nisbi bir değişimin, bağımlı değişkende meydana getirdiği nisbi değişmeyi bulmak için tam logaritmik regresyon modeli kullanılır (Tarı, 2010: 146). Bu sebeple çalışmada toplam kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı, toplam sağlık kurumu sayısı ve hekim başına düşen kişi sayısındaki nisbi değişmeye karşılık, insani gelişim endeks değerinde meydana gelen nisbi değişim incelenmiştir. Regresyon analizi yapılırken LOGTKSH değişkeni I. farkta durağan olduğundan bu değişkenin birinci farkının alınmış hali olan FARKLOGTKSH değişkeni kullanılmıştır.

Tablo 5: Tahmin Sonuçları

Bağımlı Değişken LOGIKE	B	St. Hata	p-değeri
Sabit	2,04	0,035	0,000
FARKLOGTKSH	0,06	0,13	0,000
LOGHBDKS	-0,24	0,13	0,000
LOGYTSKS	0,10	1,72	0,004
R²:	0,975	F-İstatistik:	129.687
Düzeltilmiş R²:	0,972	Anlamlılık F:	0,000
Durbin-Watson:	1,87		

İnsani kalkınma endeks değeri için tahmin edilen modelin sonuçları Tablo 5'te görülmektedir. Buna göre, FARKLOGTKSH, LOGHBDKS ve LOGYTSKS değişkenlerinin katsayılarının p değerleri 0,01 den küçük olduğundan dolayı %1 önem düzeyinde katsayılar anlamlıdır. Öte yandan, bağımlı değişkenin bağımsız değişken(ler) tarafından açıklama oranı olan R² değerinin (0.975) gibi yüksek bir değer alması modelin açıklama gücünün de yüksek olduğu anlamına gelmektedir. F-istatistik değerine bakıldığında, bu değer Anlamlılık F değerinden büyük olduğu ve bu sebeple de modelin bütün olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada kullanılan ekonometrik modelde ileri sürülen teori gereği az sayıda bağımsız değişken kullanıldığından dışlanan değişkenlerin etkileri hata terimi üzerinde toplanmıştır. Bu nedenle, parametrelerin anlamlılıkları ve testin bütün olarak anlamlılığı açısından hata terimiyle ilgili varsayımların gerçekleşmiş olması çok daha fazla önem taşımaktadır. Bu nedenle, hata teriminin otokorelasyondan arındırılmış olması ve homoskedastik olması beklenmektedir. Bu çalışmada otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson testi ile araştırılmış ve insani gelişim endeks değeri için tahmin edilen modelde de otokorelasyon olmadığı çıkarılması yapılmıştır. Bu durum Tablo 5'te gösterilmiştir. Ayrıca değişen varyans (heteroskedasticity) varsayımı da White testi ile incelenmiştir. Hesaplanan Ki-Kare olasılık değerinin 0.05'ten büyük olması modelde değişen varyans olmadığını yani hata teriminin homoskedastik olduğunu belirtmektedir. Bu durum Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: White Test Sonuçları

Heteroskedasticity Test: White			
F-istatistik:	0.885413	Olasılık F(2,19):	0.4289
Obs*R²:	1.875620	Olasılık Ki-Kare(2):	0.3915
Scaled explained SS:	0.745312	Olasılık Ki-Kare(2):	0.6889

EKK varsayımlarından bir diğeri de bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olmadığı varsayımdır. Çoklu regresyon modellerinde bağımsız değişkenlerin bazılarının veya tümünün kendi aralarında güçlü bir ilişki içinde olması durumunda bu varsayımın ihlal edildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Ancak burada kastedilen ilişki, güçlü ve tam bir ilişkidir. Aksi takdirde iktisadi değişkenler arasında zayıf bir ilişkinin olması beklenen bir durumdur (Tarı, 2010). Çoklu doğrusal bağlantının en önemli göstergesi yüksek R^2 değerine karşılık modelin katsayılarının t istatistik değerlerinin anlamsız olmasıdır. Bu çalışmada, insani gelişim endeks değeri için tahmin edilen modelde R^2 değerinin makul bir değerde olmasının yanında katsayıların t istatistiklerinin anlamlı olması, modelde çoklu doğrusal bağlantı olmadığı sonucunu vermektedir.

VII. Sonuç

Sağlık harcamaları, insani gelişim düzeyi üzerinde pozitif etkisi bulunduğu düşünülen bir kamu harcamasıdır. Bu bağlamda çalışmada, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkilerini inceleyebilmek amacıyla 1991-2013 dönemine ait yıllık veriler dikkate alınarak ekonometrik analizi yapılmıştır.

Analizlerde kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı, insani gelişim endeks değeri, hekim başına düşen kişi sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısı kullanılmıştır. Bu çalışmada zaman serisi verileri ile çalışıldığı için Durbin-Watson testi ile otokorelasyon olup olmadığı, White testi ile değişen varyans (*heteroskedasticity*) olup olmadığı incelenmiş ve gerekli varsayımların sağlandığı belirlenmiştir.

Regresyon analizi sonucunda, kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini incelemek için kurulan modelin tahmin sonucuna göre, kamu sağlık harcamaları ile insani gelişim arasındaki ilişki, ekonomik teori ve beklentilerin paralelinde, katsayı olarak pozitif ve %5 önem seviyesinde istatistiki olarak anlamlı çıkmıştır. 1991-2013 döneminde kamu sağlık harcamalarındaki %1'lik artış, insani gelişim endeks değerini %0,06 oranında arttırmıştır. Ayrıca hekim başına düşen kişi sayısı ekonomik teoriye uygun olarak %1 oranında azaldığında insani gelişim endeks değerini %0,24 oranında arttırırken, yataklı sağlık kurumu sayısındaki %1'lik artış insani gelişim endeks değerini %0,1 oranında arttırmıştır. Bu sebeple, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının, hekim başına düşen kişi sayısının ve yataklı sağlık kurumu sayısının insani gelişimi açıklayan önemli değişkenler olduğunu söylemek mümkündür.

Analizden elde edilen sonuçlar çerçevesinden bakıldığında, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, daha yüksek bir insani gelişim için devletin kamu sağlık harcamalarının nicelik ve nitelik yönünden arttırması gerekmektedir. Türkiye'de son dönemde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yapılan çok önemli sağlık

reformları, geçmişle kıyaslandığında çok daha geniş halk kesimlerinin kamu sağlık hizmetlerinden daha etkili ve yaygın bir şekilde yararlanmasında etkili olmuştur. Hem kamu sağlık hizmetlerinin giderek yaygınlaşması, hem de sağlık hizmetlerinin finansmanında yoksul kesime yönelik önemli avantajlar sağlanması ülkenin genel sağlık düzeyini önemli düzeyde iyileştirmiştir. Bu durum, son yıllardaki insani gelişim endeks değerlerinde oldukça net bir şekilde görülmektedir. Bu noktada, devlete düşen en önemli görev, kamu sağlık hizmetlerinin hem nitelik hem de nicelik yönünden istikrarlı bir şekilde arttırmaya devam etmesidir. Diğer yandan, kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına bakıldığında, bu oran 2013 yılında Türkiye için %5,4 iken OECD ortalaması %9,3'tür. Her ne kadar ampirik çalışmamızın sonucunda Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde pozitif etki oluşturduğu görülse de, kamu sağlık harcama düzeyinin OECD ülke ortalamasının oldukça altında olduğu gerçeğinden hareketle, Türkiye'de devletin sağlık alanına daha çok kaynak ayırması gerekmektedir. Ayrıca, hekim sayısının ve yataklı tedavi kurumu sayısındaki artışın insani gelişim üzerindeki pozitif etkisi düşünüldüğünde, daha fazla sağlık personeli ve daha fazla yataklı tedavi kurumu yatırımı insani gelişimi daha yüksek oranlarda arttıracaktır.

Kaynaklar

- Ak, R., (2012), "The Relationship Between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case", *International Journal of Business and Economic Researches*, Cilt 3 (1), 404-409.
- AİFD (2014), <http://www.aifd.org.tr/sektorel-bilgiler/veri-merkezi.aspx>, (01.08.2014).
- Aktan, C. C., Işık, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler-Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Editörler Aktan, Coşkun Can ve Saran Ulvi, 1. Baskı, İstanbul, Aura Kitapları.
- Baltagi, B. ve Moscone, F., (2010), "Health Care Expenditure, Income and Welfare in The OECD Reconsidered: Evidence From Panel Data", *OECD Discussion Paper Series* No: 4851.
- Belek, İ. (2012), Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul, Yazılama Yayınları.
- Çetin, M. ve Ecevit, E. (2011). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.
- Çevik, S. Ve Taşar, O., (2013), "Public Spending on Health Care and Health Outcomes: Cross Country Comparison", *Journal of Business, Economics and Finance*, Cilt 2(4), 82-100.
- Das, A. and Martin, F., (2010), "An Econometric Analysis of The US Health Care Expenditure", *Global Health Science*, Cilt 2(1), 150-159.
- DELOITTE (2012) "Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi" (29.07.2014)

- DELOITTE (2012) Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”,(31.07.2014)
- Doğan, E. M. ve TATLI, H. (2014). İnsani Gelişme ve İnsani Yoksulluk Bağlamında Türkiye'nin Dünyadaki Yeri, *Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences*, 28(1), 99-124.
- Griffin, K. ve Knight J. (1992), Human Development: the Case for Renewed Emphasis, The Political Economy of Development and Under Development, New York: Mc Graw Hill Inc.
- Guisan, M.C. ve Exposito, P., (2010), “Health Expenditure, Education, Government Effectiveness and Quality of Life in Africa and Asia”, *Regional and sectoral Economic Studies*, Cilt 10(1), 115-126.
- Gujarati, D. N. (2010), Temel Ekonometri, (Çev.: Ümit Şenesen ve Gülay G. Şenesen), 7. Basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Günsoy, G. (2005) “İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı”, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, ss.35-52.
- Han, E. ve Kaya, A.A. (1999), Kalkınma Ekonomisi, Teori ve Politika, Eskişehir: Birlik Ofset, Eskişehir
- Hicks, A.D. (1997) “The Inequality- Adjusted Human Development Index: A Constructive Proposal”, *World Development*, Cilt 25, No. 8, ss. 1283-1298.
- Mackinnon, J. G. (1991), Critical Values for Cointegration Tests, R. F. Engle and C. W. J. Granger (Eds), Long-Run Economic Relationship: Readings in Cointegration, Oxford University Press, New York.
- Mazgit, İ. (2002) “Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi” 1. Ulusal Bilgi ve Yönetim Kongresi, 10-11 Mayıs Kocaeli. ss. 405-415.
- Neumayer, E. (2001) ”The Human Development Index and Sustainability a Constructive Proposal”, *Ecological Economics*, Sayı 39, ss. 101-114.
- OECD (2012) <http://www.oecd-library.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita-2012>, (27.07.2014)
- OECD (2011) <http://www.oecd.org/els/healthsystems/49105858.pdf> , “Health at a Glance 2011 OECD Indicators”, (31.07.2014)
- OECD (2014) <http://stats.oecd.org/#>, Statistics,(31.07.2014)
- Opreana, A. ve Mihaiu D.M., (2011), “Correlation Analysis Between The Health System and Human Development Level Within The European Union”, *International Journal of Trade, Economics and Finance*, Cilt 2(2), 99-102.
- Prasetyo, A.H. ve Zuhdi, U. (2013), “The Government Expenditure Efficiency Towards The Human Development”, *Procedia Economics and Finance*, Cilt 5, 615-622.
- Razmi, M. J., Abbasian, E. ve Mohammadi, S., (2012), “Investigating The Effect of Government Health Expenditure on HDI in Iran”, *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology*, Cilt 5(October), 1317-1329.

- Stiglitz, Joseph. (1988) “Economics of the Public Sector”, W.W. Norton&Company, Second Edition,
- Sülkü, S. N. (2011) “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı Yayın No. 2011/414, Ankara.
- Şenatalar, B. (2003) ”Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), 2003 Özel Eki.
- Şenesen, Ü. (2007), İstatistik Sayıların Arkasını Anlamak, 3. Basım, Literatür Yayınları, İstanbul.
- Tarı, R. (2010), Ekonometri, 6.Baskı, Umuttepe Yayınları, Kocaeli.
- Tatar, M. (2011) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, ss. 103-133.
- TÜBİTAK (1991-1997) http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf, Sağlık Hizmetleri Finansmanı Raporu,(05.08.2014).
- TÜİK (1999-2012) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011, Gelir Dağılımı ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, (08.08.2014)
- TÜİK (1991-2012) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084,Sağlık Harcamaları İstatistikleri, (03.08.2014)..
- Top, S. ve Dilek, S. (2013). “Sağlık Hizmet Sektöründe Çalışanların Kurumsal Bilgi Paylaşımı Algılamasının İlişki Analiz Yoluyla Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1).
- UNDP (1991-2012) <http://hdr.undp.org/en/content/humandevlopment-report>, İnsani gelişme Raporu,(02.08.2014).