



Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler

Health and Development: Factors Affecting Health Expenditure in OECD

Ertan Beceren¹, Berna Balcı İzgi² ve Emine Fırat³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, ertanbeceren@sdu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-1314-5607)

²Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, izgi@gantep.edu.tr, Orcid ID: 0000-0001-8336-5475

³Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, firatmine@gmail.com, Orcid ID:0000-0002-8340-3379).

MAKALE BİLGİSİ

Anahtar Kelimeler

Sağlık Harcamaları

İktisadi Kalkınma

Yatay Kesit Veri

Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 13 Nisan 2021

Kabul Tarihi: 6 Mayıs 2021

ARTICLE INFO

Keywords

Health expenditure

Economic development

Cross-sectional data

Article History:

Received: 13 April 2021

Accepted: 6 May 2021

ÖZET

Kalkınmada en önemli sorunlar arasında bireylerin sağlık, eğitim, beslenme, bilgi ve teknolojik yoksunluklar ile bu yoksunlukların kaldırılması, günümüz insanının konusudur. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan etkisi daha çok çalışılan bir konu olmakla birlikte, sağlık harcamalarını sağlık harcamalarını belirleyen faktörler çok fazla çalışılmamıştır. Bu faktörler ülkeden ülkeye ve zaman dilimine göre değişebilmektedir. Bu makalenin amacı 36 OECD ülkesi için 2019 yılında sağlık harcamalarını belirleyen faktörleri araştırmaktır. Makalemizin bulgularına göre sağlık harcamalarının gelir esnekliği -0,07 olup, yaşlanma katsayısı 0,45 olarak bulunmuştur. OECD gibi yaşlanan toplumlarda gelir esnekliğinin negatif olması refah düzeyinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir. Yaşlanmanın kendisi doğrudan sağlık harcamalarını etkilemese de farklı yaş gruplarının farklı hastalık tiplerine göre sağlık sigortası harcama talepleri de farklı olmaktadır. Bu nedenle yaşlılara yönelik sağlık ve bakım hizmetlerinin yaygınlaştığı görülmektedir. Covid-19 salgını ile birlikte görülmektedir ki, sağlık harcamalarının her bir kuruşunun nasıl organize edilmesi gerektiği konusuna dikkatle odaklanmak gerekmektedir.

ABSTRACT

Among the most important problems in development, health, education, nutrition, information and technology deprivations of individuals and the elimination of these deprivations are the subject of today's people. Although the effect of health expenditures on economic growth is has been studied more, the factors determining health expenditures have not been studied much. These factors can vary from country to country and according to the time zone. The aim of this article is to investigate the determinants of health spending in 2019 for 36 OECD countries. According to the findings of our article, the income elasticity of health expenditures was -0.07 and the aging coefficient was found to be 0.45. In aging societies such as the OECD, negative income elasticity can be associated with higher welfare. Although aging itself does not directly affect health expenditures, health insurance expenditure demands of different age groups according to different disease types also differ. For this reason, it is seen that health and care services for the elderly have become widespread. With the Covid-19 epidemic, it is seen that it is necessary to focus carefully on how each penny of health expenditures should be organized.

İnsanlık tarihi büyük bir hızla yol almaktadır. Hızla değişen zamana rağmen, insanlık için değişmeyen ender kavramların başında; ekonomik kalkınma ve sağlık gerçeği gelmektedir. 21. yüzyılda Beşeri sermaye kuramı kalkınmanın en önemli bir yaklaşımı olmuştur. Çünkü endüstri 5.00 ve süper akıllı toplum döneminde en önemli unsur ekonomide yine insan kaynağı olmuştur. Kalkınmanın beşeri sermayeye yönelik yapılan sağlık ve eğitim harcamaları en önemli göstergelerindendir. Son günlerde dünyanın en önemli sorunlarının arasında eğitim ve sağlıkla ilgili olanlar yer almaktadır. Bununla birlikte sağlık

ve eğitim-öğrenim sistemi çeşitli sosyo-ekonomik düzeylerden ve toplumsal sınıflardan gelen bireyleri, geldikleri toplumsal sınıflara uygun tür ve düzeylerine dağıtarak gerçekleştirir. En doğru işe en uygun kişinin yerleşmesine ve verimlilikleri artırarak çıktıyı artıracak şekilde inşa edilmektedir.

Sınırların ortadan kalkması ve küreselleşme kavramlarının ortaya çıkması ile teknoloji hızla ilerlemektedir. Sağlık bu kadar önemli olduğunun bir virüsle hatırlandığı şu zor süreçte bazı gelişmiş ülkeler yapmış olduğu stratejiler ve tedbirlerle diğer ülkelerin önüne geçmiş, kullandıkları teknoloji ve toplumsal bilinçlilikle örnek olmuşlardır. Ancak kişi başına gelir olarak dünya ortalamasının üzerinde olan birçok ülke sağlık, eğitim-öğrenim harcamalarında yeterli seviyeye ulaşmadığı için kalkınmış ülke olarak kabul edilmemektedir. Kültürlerin küreselleşme süreciyle birlikte birbirine hızla yakınlaşması her geçen gün genel olarak dünyada sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkinin araştırılmasına yol açmıştır. Dünya küreselleşme sürecinde hızla ilerlerken ülkelerin din, dil, ırk ve renk fark etmeksizin mücadele ettiği sağlık koruma stratejisi dünya ülkeleri arasında ortak mücadeleyi geliştirmiş ve ortak hareket etmeye mecbur bırakılmıştır. Bu mücadele başlıkları içinde yoksulluk da önemli bir sorun olarak yer almaktadır. Yoksulluğu azaltmak bütün ülkelerin en önemli hedefleri arasında bulunmaktadır. Ülkeler yoksullukla mücadelede çeşitli politikalar geliştirip uygulamaktadır.

2020 yılının başında ortaya çıkan ve etkisini giderek arttıran Covid-19 (Koronavirüs)'ün tüm dünyada yayılması sağlık alanındaki gelişmelerin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir. Tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye'de bu virüsten olumsuz etkilenmiş, ekonomik ve sosyal sorunlar ciddi bir şekilde artmıştır. Yaklaşık bir yıldır devam etmekte olan ve toplumsal hayatın yeniden düzenlenmesine neden olan Covid-19 pandemisinin tüm dünyada fiziksel, sosyal, ekonomik, politik etkilerinin yanı sıra önemli psikolojik sonuçları da olmuştur. Salgının büyük bir hızla ve kolayca yayılması, alınan tedbirlerin sonuçlarının salgının hızına göre yavaş kalması, salgın ve hastalık hakkında bilgilerin yetersiz olması, yaşanan belirsizlik nedeniyle giderek artan ve yayılan kaygı, tedavide etkili bir ilaç ve aşının olmaması, salgın hakkında medya ve sosyal medyada yayılan ve bilimsel temeli olmayan bilgi kirliliği ve komplo teorileri, ülkelerin acil sağlık sorunları haricinde tüm sağlık alt yapısını ve insan kaynağını salgında kullanması, hastanelerde yataklı servislerinin salgına ayrılması, nerdeyse tüm sağlık çalışanlarının pandemi birimlerinde çalışması, sağlık çalışanlarının üzerindeki aşırı iş yükü yaşanan kaos ve belirsizlik nedeniyle tükenmişlik hissetmeleri, sağlık çalışanlarının salgında en ön safhada çalışmaları ve hastalarla daha yoğun temasları nedeniyle toplum tarafından damgalanmaları, salgının büyüklüğü karşısında tüm sağlık hizmetlerinin aksaması ve yetersiz kalması, karantina ve tedbirler nedeniyle insanların tüm sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşaması, karantina nedeniyle insanların sosyal ilişkilerden uzak kalmaları, online çalışmaları nedeniyle hareketsiz kalmaları, iş kayıpları nedeniyle yoğun ekonomik sorunlar yaşamaları, evde online eğitimde çeşitli sıkıntılar yaşanması gibi durumlar nedeniyle insanların Covid-19 pandemisi ardından tekrar pandemilerin yaşanabileceğinden endişe edilmiştir. Halen devam etmekte olan pandeminin doğrudan etkileri yanında, karantina ve izolasyon sebebiyle birçok hastalık ve belirtilerin sıklığında ve mevcut hastalıkların kötüleşmesinde artış olduğu gözlenmiştir.

Covid-19 pandemisi bize toplumsal hayatın devamında ve kalkınmada sağlığın ne kadar önemli olduğunu hatırlatmıştır. Bireysel, toplumsal ve global düzeylerde yoğun sağlık sistemleri konusunda ülkelerin uygulama politikalarının, hakkında bilinmezlikleri devam eden Covid-19 pandemisinin hayatımızda uzun süre yer alabileceği öngörüsü nedeniyle bu gerçeği kabul etmemiz, sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi, bu gerçeğin sonucunda şekillenen “yeni normal” e uyum göstermemiz önemli olacaktır. Bu çalışmada küreselleşen dünyada sağlıkla ilgili problemlerini sağlık sistemleri yönünden incelenip, sağlık ve kalkınma çerçevesinde Covid-19 pandemi sürecinde sağlık sistemlerine çözümler üretmek literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye ve 36 OECD ülkesi için sağlık harcamalarını belirleyen unsurları analiz etmektir. Çalışmamız şu şekilde düzenlenmiştir. Girişin ardından ikinci bölümde OECD ülkelerinin sağlık harcamaları konusunda genel görünümünden bahsedilecek, üçüncü bölümde ise konuya ilişkin literatür bilgisi verilecektir. Son bölümde ise, model ve veri seti ve beşinci bölümde tahmin sonuçları ve genel bir değerlendirme ele alınacaktır.

1.SAĞLIK VE KALKINMA İLİŞKİSİ PERSPEKTİFİNDEN SAĞLIK HARCAMALARI

Yüzyıllarca iktisat literatürü ekonomik büyüme ile ilgili teoriler çıkarmıştır. Merkantilist dönemde ekonomik büyüme teorileri şekillenmeye başlamış, Fizyokratlar ile tarımsal ekonomik büyümenin temelleri atılmış, bu düşünceye tepki olarak 18. Yüzyılın ikinci yarısında Fransa'da ortaya çıkmıştır. Fizyokratlar ekonomik büyümeyi doğanın doğal düzenine dayandırmış, verimli üretimin tarımsal ürünün artmasıyla olacağını savunmuşlardır (Kazgan, 1993:12). Asırlardır iktisatla uğraşan kişilerin çalışmaları ve ortaya çıkardıkları ekonomik modeller ekonomik büyüme ve kalkınmanın farklı kaynak ve tecrübelerle dayandığını göstermektedir (Acemoğlu, 2012: 110). Ekonomik büyümeyle birlikte kalkınma kavramının ortak kullanılmaya başlandığı son yıllarda büyüme gelirdeki sayısal artışı olarak tanımlanırken kalkınma niceliksel artışın yanında teknolojik ve yapısal değişimleri de içermektedir. Toplumların azgelişmişlikten kurtulması için eğitim ve sağlık alanlarındaki yapısal reformlar önem kazanmaktadır (Temiz, 2013: 3). Ekonomik, sosyal, kültürel ve pek çok yönden beşeri sermayenin çok önem kazandığı ortamda sağlık ve eğitim gibi birçok unsur kalkınmanın sürekliliğini de gündeme getirmiştir (Karataş ve

Çankaya, 2010: 33). Klasik Büyüme Teorisi ve klasik iktisatçılara karşı olan Sosyalist Büyüme Teorisinin arkasından kabul gören Neo-Klasik büyüme teorileri kısa dönemli büyüme modelleri olarak kurulmuş, günümüz ekonomik büyüme modellerinin temellerini oluşturmuştur. Ekonomik büyüme teorileri 1980'li yıllarda içsel büyüme teorileri adı altında kullanılmaya başlanmış fiziki sermayenin öneminin krizlerle sorgulandığı bir süreç başlamış beşeri sermaye ve insani gelişme ile ilgili tüm gelişmeler dikkate alınmıştır.

İçsel büyüme teorileri emek ve sermaye üretim faktörleri gibi bilgi, beşeri sermaye ve teknoloji gibi faktörleri de içselleştirir. A. Smith büyüme modelinde uzmanlaşmayı, Marshall dışsallıkları, Schumpeter' de yenilik ve girişimciliği savunmuşlardır (Demir, vd., 2006: 27). Yapararak öğrenme yoluyla uzmanlaşmış beşeri sermaye modeli ve teknolojik değişmeyi içeren fiziksel sermaye birikimi modelleri vardır (Lucas, 1988:3). Barro (1990) Arrow, (1962), Romer, (1986), Lucas (1988), Rebelo (1991) içsel büyüme teorilerine yeni bir yaklaşım getirmiştir (Savaş, 2007: 225). Barro eğitim, sağlık, savunma, Ar-Ge, gibi faktörler kamu harcamaları modelinin temelini oluşturmaklardır (Erkök-Yılmaz, 2010: 2). Asırlardır iktisatla uğraşan kişilerin çalışmaları ve ortaya çıkardıkları ekonomik modeller ekonomik büyüme ve kalkınmanın farklı kaynak ve tecrübelere dayandığını göstermektedir. (Acemoğlu, 2012: 110). Kalkınma ülkelerdeki ekonomik ve sosyal alanlardaki değişimlerle birlikte gelir grupları arasında adaletli bir şekilde dağıtılması ve yaşam standartlarının yükseltilmesi ile ilgilidir (Kaynak, 2011: 77-79). Son yıllarda kalkınmanın beşeri sermaye ile ilişkisinin varlığıyla ilgili modellerde beşeri sermaye içerisinde eğitim ve sağlık ön plana geçmiştir. Bir ülkede eğitim seviyesi yüksek, uzman işgücü fazla ise ekonomik ve sosyal yönden kalkınmayı pozitif etkilemektedir. Bir ülkede bulunan kalifiye işgücü kalkınma kriterleri içerisinde yer alır. Gelişmiş toplumlarda beşeri sermaye fiziksel sermayeden ön planda tutulmaktadır (Taban ve Kar, 2008: 327). Kalkınmada en önemli sorunlar arasında bireylerin sağlık, eğitim, beslenme, bilgi ve teknolojik yoksunluklar bu yoksunlukların kaldırılmasıyla ekonomik kalkınmanın sağlanacağı araştırılmıştır. Son yıllarda bu sorunların kalkınma ile çözülebileceğini düşünen Amartya Sen gibi iktisatçılar adaletsiz dağılımın olduğu ülkelerde, kişi başına gelir dağılımı adaletinin bozuldukça nüfus fakirleştiğini, piyasalar ve ülkenin geliri ile doğrudan orantılı olduğu ileri sürülmüştür (Sen, 2004: 56-58). İlk zamanlarda kalkınma ekonomik büyümeyle birlikte anılmış son zamanlarda insani olgulara değer veren bir yapıya bürünmüştür. Ülkelerin zenginliklerinden her bireyin zenginleşmesine doğru kayan insani olguları temel alan yaklaşımlar kalkınmayı olumlu yönde etkilemiştir. İnsani gelişme endeksinin alt endeksi olan eğitim endeksinin incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi bu sebeple önem teşkil eder.

İnsani Gelişme Endeksi, Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü (UNPD), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı (UNESCO), İstatistik Enstitüsü (UIS) ve Dünya Bankası(WB)'nin önderliğinde, kişi başına düşen Gayri Safi yani gelir ile yaşam standardı, uzun ve sağlıklı yaşam ortalama yaşam ömrü ile, eğitim; 25 yaş ve üstü bireylerin aldıkları eğitim süresi ve okula başlama çağındaki çocuklar için beklenen okula devam süresi toplamı Ekonomik faaliyetler üzerinden elde edilen sonuçların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır Bu üç endeks sonucu insani kalkınmışlık düzeyini belirler Endeks değeri 0,00 ile 1,00 arasında belirlenmekte ve 0,00 değeri minimum gelişmişliği, 1,00 değeri ise maksimum gelişme düzeyini ifade eder. Endeks değerleri ülkeleri düşük insani gelişme, orta insani gelişme, yüksek insani gelişme ve çok yüksek insani gelişme kategorilerine ayırmaktadır (UNDP, 2014). İnsani Gelişme Endeksi kalkınmanın ekonomik büyümeden farklı ölçü kriterlerinin olduğunu vurgular. Bu kriterlerin insani değerlerden oluştuğu endekste, ülkelerdeki eğitim ve gelir seviyelerinin diğer ülkelerle karşılaştırılması önemlidir (Kaynak, 2007: 71). İnsani Gelişme Endeksinin birinci safhasında boyut endeksleri oluşturulur, diğer aşamasında boyut endeks değerlerinin birleştirilmesidir. Boyut endeksi oluşturulmada sağlık, okullaşma ve yaşam standardı baz alınır.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından hazırlanan ve yayınlanan insani kalkınma raporunda ülkeler gelişmişlik seviyesine göre değerlendirilmektedir. Bu raporlarda ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin ölçülmesinde önemli kıstaslardan biri de ülke yaşama süresidir. Yaşama süresi genelde o ülkede yapılan sağlık harcamalarının niceliği ve niteliğiyle doğru orantılıdır. Ülkelerin kurdukları sağlık sistemleri hem içeriden hem dışarıdan insanların talebi için önemlidir.

Eğitim ve sağlık beşeri sermayenin en önemli göstergelerinden olup, insani gelişmişlik düzeyinin artırılması ve insani yaşama hakkı önemlidir. Eğitim göstergesinde bir artış verimliliğin artmasına neden olup, beşeri sermaye de artacaktır. Günümüzde hem ekonomik büyüme hem de kalkınma için eğitim seviyesinin artırılması önemlidir. Eğitimin artması bireyin sağlıklı yaşama erişmesiyle doğru orantılıdır. OECD yetişkin becerileri anketine göre bilgiye erişimin sağlanması halinde ekonomik büyüme ve kalkınma daha hızlı sağlanacaktır. OECD'ye göre eğitim seviyesi yüksek olan toplumlarda sağlık oranı da yüksek olacaktır (OECD, 2014: 16). Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkiler içinde, kişi başına düşen doktor sayısı, hastaneye erişebilirlik gibi nitelik ve nicelik yönünden birçok gösterge yer almaktadır. Sağlığın ekonomiye ve sosyal duruma olumlu katkı yapacağı görülmektedir (Tüylüoğlu ve Karalı, 2006: 57). Toplumun sağlık düzeyini; iklim, çevre, temiz suya erişim, okuryazarlık oranı gibi faktörler de etkilemektedir. Sağlık harcamalarında hastanede yatak sayısı, bin kişi başına düşen doktor, hastanede yatma süresi gibi değişkenler de belirleyici olmaktadır (Yalçın ve Çakmak, 2016: 709).Sağlık hizmetleri de ülkelerin ekonomik ve sosyal yönden kalkınma seviyelerinin önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin en düşük maliyet, iyi bakım, teknolojik gelişmeler karışık bir hal almıştır (Tutar ve Kılınç, 2007: 32). Sağlık

harcamaları konusu ancak doğru kaynaklarla doğru sağlık politikalarıyla kalkınmanın sağlanmasında bir göstere olmaktadır (Saçu Barlin, 2010: 3). Ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle birlikte eğitim ve sosyal alanda da ortaya çıkan farklılıklar sağlık harcamalarında artışa yol açmaktadır. Kamu kesimi tarafından sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Dönemin ortaya çıkardığı hastalıklar ve bireylerin geçmiş tecrübeleri sağlık harcamalarına yönelik talebi etkilemektedir. Sağlık harcamalarındaki artışta günümüzün etkisiyle birlikte yaşamsal farklılıkların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yıldırım vd., 2018: 551). Sağlıkın ekonomik ve sosyal kültürel ve çevresel birçok bileşeni vardır. Gelir dağılımındaki dengesizlikler, sağlık koruması, temel ihtiyaçlar, zorunlu gıdalar, tıbbi yardım ve diğer konularla da yakından ilgisi vardır. Kalkınmayı meslek, beslenme, eğitim, servet, altyapı, çevre, ulaşım, kaynaklar, ailelerin eğitim ve sağlıkları gibi sosyo ekonomik durumlarda etkilemektedir (Kalyoncu, 2011: 25). Deloitte gibi çeşitli özel sektör kuruluşları bu konularda araştırma ve raporlar yayınlamaktadırlar. Buradan gelen verilerle sektörün değerlendirilmesi genelde konuyla ilgilenenler açısından veri sunmaktadır.

Gelişmiş ülkelerin çoğunun beşeri sermayeye yatırma adına sağlık hizmetlerinin verimini arttırmak istemektedir. Bu yüzden Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'dan sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırarak insan sağlığını korumayı hedeflemişlerdir. (Tokgöz, 1981: 498).Global sağlık harcamalarının 2020 yılına kadar 8,7 trilyon Bileşik Devletler dolarına (USD) ulaşması öngörülmektedir, 2015 itibarıyla bu tutar 7 trilyon USD'dir (Deloitte, 2017). Toplam dünya ekonomik büyüklüğünün 2020 yılı için IMF tarafından 138,3 trilyon USD olarak tahmin edildiği öngörülürse, 2020 global sağlık harcamalarının önemi daha iyi anlaşılabilir.

2.OECD ÜLKELERİ VE AVRUPA GENELİNDE SAĞLIK HARCAMALARINDA DURUM

Bir ülkenin her vatandaşı için sağlık hizmetlerine ne kadar harcadığı ekonomideki diğer mal ve hizmetlerin nasıl zamanla değiştiği sadece sağlık seviyesine bağlı değildir, aynı zamanda bir bütün olarak ekonominin büyüklüğüne de bağlıdır. Avrupa genelinde ülkeler 2019 yılında GSYİH'larının % 8,3'ünü sağlık hizmetlerine harcamışlardır. Bu oran hemen hemen 2014 yılındanbu yana değişmemiştir. 2019'da ise, tüm AB üye devletlerinin dörtte biri, sağlık alanında GSYİH'larının en az % 10'unu, Almanya (% 11,7) ve Fransa (% 11,2) ile en yüksek paya sahip ülkeler olmak üzere sağlığa harcadılar. En düşük paylar ise sağlık hizmetlerine ayrılan GSYİH'nin Lüksemburg'da (% 5,4)'ü, Romanya (% 5,7), Polonya (% 6,2) ve Letonya (% 6,3)'üdür (OECD,2020:160). Bu süreçte GSYİH düzeyi daha yüksek olan ülkeler sağlığa daha fazla harcayabilmişlerdir. Örneğin İsviçre GSYİH'sının %12,1'ini sağlığa harcamıştır. Tablo 1'de sağlık harcamalarına bakıldığında 2019 yılı için sağlık harcama türleri içerisinde genel sağlık harcamaları, hastane hizmetleri ve ayakta bakım hizmetleri olduğu görülmektedir. Kamu sağlık hizmeti harcamalarının ve Ar-Ge harcamalarının daha geriden geldiği görülmektedir.

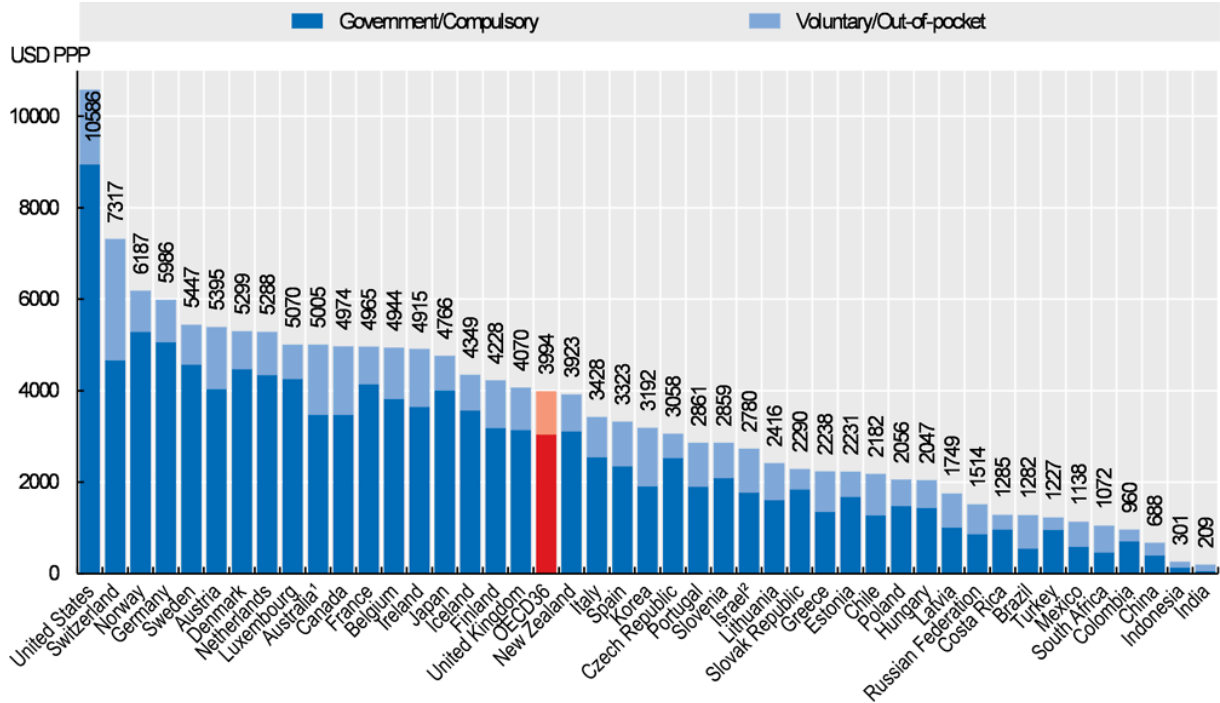
Tablo 1. Bazı AB Ülkelerinde Sağlık Harcama Türleri (GSYİH'nın %'si) 2019

	Sağlık harcama	Medikal ürün ve teçhizat	Ayakta bakım hizmetleri	Hastane hizmetleri	Kamu sağlık hizmetleri	Ar-Ge
Belçika	7	1,1	2,3	3,1	0,2	0,2
Bulgaristan	7,2	1,2	2,4	3	0,1	0,2
Çek C.	7,6	0,8	2,9	3,5	0,1	0,2
Danimarka	5	0,7	0,6	3,4	0,1	0,4
Almanya	7,6	0,9	1,6	3,6	1,3	0,5
Estonya	8,2	0,5	1,2	5,7	0,1	0,1
İrlanda	7,4	1,7	2,2	2,8	0,1	0,4
Yunanistan	5,3	0,7	0,6	3,7	0	0
İspanya	6,1	0,7	2,2	1,8	0,1	0
Fransa	8	1,3	2,9	3,3	0	0,1
Croatia	6,3	1	1	2,5	0,1	0,4
İtalya	6,8	1,4	2,5	3,4	0,1	0,1
Kıbrıs	4	1,5	0,8	3,2	0,2	0,1
Latvia	4,2	1	1,1	2,8	0,3	0,1
Litvanya	6,2	0,9	1,6	2,2	0	1,4
Lüksemburg	5	0,6	1,1	2,4	0,1	0,1
Macaristan	4,5	0,9	1,3	2,3	0	0,3
Malta	5,5	1,7	0,9	2	0	0,3
Hollanda	7,7	0,8	2,5	2	0,4	0,2
Avusturya	8,3	0,6	1,5	3,7	0,5	0,3
Polonya	4,9	0,7	1,4	3,6	0,1	0,1
Portekiz	6,6	1,1	2	4,7	0,2	0,2
Romanya	5	0,1	0,1	3,1	0	0,9
Slovenya	6,7	0,6	2	3,5	0,1	0,3
Slovakya	7,7	1	2,1	2,9	0	0,4
Finlandiya	7,1	0,9	3,2	3,1	0,1	0
İsveç	7	0,7	3,2	2,5	0,2	0,2
İzlanda	7,9	0,5	1,8	5,3	0	0,2
Norveç	8,7	0,5	2	5,2	0,4	0,3
İsviçre	2,1	0	0,2	1,7	0,1	0,1

Kaynak: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

2018 yılında cari sağlık harcamalarının payı ağırlıklı olarak iyileştirici ve rehabilite edici bakım harcamaları Almanya ve Hollanda'da sağlık harcamalarının yarısı Kıbrıs ve Portekiz'de ise dörtte üçünü oluşturuyordu. Romanya yatarak tedavi gören hastalar için en yüksek harcama oranına sahip olan bir ülke iken (sağlık harcamalarının %45'i), birçok AB ülkesi için ayakta tedavi hizmetleri, hastanede bakım hizmetlerini aşmış durumdadır. Etkili birinci basamak sağlık hizmeti, verimli, insan merkezli ve eşitlikçi sağlık sistemleri için önemli bir mihenk taşıdır. Bu nedenle birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi etkili bir politika aracı olarak görülmektedir. Sağlık sektöründe etkili politika araçları üretmede birincil bakımın gereksiz hastaneye yatışları sınırlayarak ve ilişkili hastane maliyetlerini azaltarak önemli bir fonksiyon üstlenmesi beklenmektedir (OECD, 2020). OECD ülkelerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerindeki beceriler ve görevler ile nüfus ve hasta ihtiyaçları arasında bir uyumsuzluk söz konusudur (Frenk vd, 2010). Önceki tahminler, doktorların ve hemşirelerin dörtte üçünden fazlasının günlük işlerinde yapmaları gereken bazı görevler için aşırı vasıflı olduklarını bildirmiştir. Farmasötik bakım her yıl piyasaya giren yeni ilaçların sayısının artması ile sürekli olarak gelişmektedir. Toplamda, AB perakende ilaç faturası ortalamada 2018'de 190 milyar avrodur.

Şekil 1'e bakıldığında koyu mavi renkler zorunlu-kamu sağlık harcamalarını, açık mavi renkler ise gönüllü harcamaları göstermektedir. OECD ortalaması, kişi başına düşen sağlık harcaması satın alma gücü paritesi ile 3.994 dolar olup, Türkiye bu sıralamada 1.227 dolar ile geriler yer almaktadır.

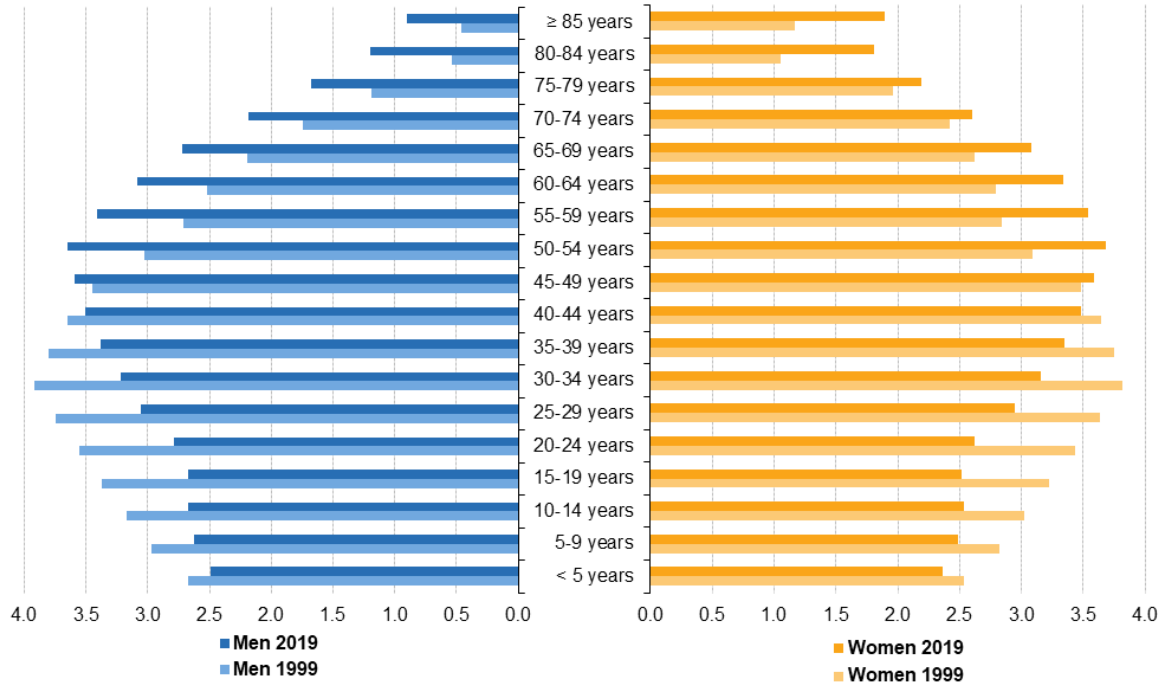


Şekil 1. OECD ülkeleri 2019 yılı kişi başına düşen sağlık harcamaları

Kaynak: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Yaşlanma olgusu sağlık harcamaları konusunda bir başka yönü oluşturmaktadır. Sağlık teknolojisi alanında gelişmeler ve sağlık hizmetleri kalitesinin artması ile birlikte dünya genelinde yaşam süresi artmaktadır. Toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfusun payının artması, geleceğe dönük emeklilik ve sosyal güvenlik politikalarını şekillendirmede önem taşımaktadır (İzgi, 2006:145). Bu konuda kamu ve özel sağlık hizmetleri açısından bir dengenin kurulması önemlidir. Bunun yanı sıra sağlık sigortası sistemleri ve vergi bazlı sistemler de farklı ülkelerde farklı oranlarda tercih edilmektedir. Şekil 2'de görüldüğü gibi gerek kadın gerekse erkek nüfus için 65 yaş ve yukarı nüfusun 1999 ve 2019 yılları karşılaştırıldığında arttığı görülmektedir.

Population structure by five-year age groups and sex, EU-27, 1999 and 2019 (% share of total population)



Note: all data as of 1 January. 1999: excluding Croatia. 2019: provisional. Breaks in series.
Source: Eurostat (online data code: demo_pjangroup)

eurostat 

Şekil 2. 5 yaş aralıklarla cinsiyete göre nüfusun yapısı (AB-27, 1999-2019 yılları karşılaştırması)

Kaynak: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

3.LİTERATÜR

Avrupa genelinde sağlık harcamalarının düzeyi ve büyüme oranı açısından varyasyonlar bulunmaktadır. Gelir ve sağlık harcamaları arasında ülkeden ülkeye değişimle birlikte pozitif korelasyon söz konusudur. Öyle ki sağlığa en fazla yatırım yapan ülkeler en zengin olanlardır. Örneğin kişi başına düşen sağlık harcaması en fazla olan ülke 5.241 Euro ile İsviçre'dir. Onu 4.505 Euro ile Norveç takip etmektedir. Avrupa ülkeleri içerisinde Almanya, Avusturya, İsveç ve Hollanda için sağlık harcamaları AB ortalamasının (2.572 Euro) en az %50 üzerindedir (OECD, 2020:158). 2013 yılından 2019'a kadar olan sürede Avrupa ülkeleri için reel olarak sağlık harcamaları yaklaşık %3 oranında kişi başı düzeyde artış göstermiştir. 2020 yılı ise ekonomik büyümede yavaşlama ile birlikte sağlık harcamalarının hemen hemen dünyanın her ülkesinde artış gösterdiği bir yıl olmuştur. Küreselleşme olgusu nedeniyle Dünya Bankası'nın yanında IMF gibi para kuruluşları da gelir eşitsizliği, sağlık veya iklim değişikliği gibi konulara ilgi duymaya başlamışlardır. Örneğin IMF birçok düşük gelirli ülkeye likidite (SDR-special drawing right) sağlayarak sağlığa daha fazla yatırım yapmalarını beklediklerini açıklamaktadır.

2020 yılı İki çeyreklik düşüşün ardından, hane halkı geliri İtalya'da% 6,4, İngiltere'de % 5,1, Almanya% 4,3 ve Fransa'da% 3,5 artış göstermiştir. Ancak hane geliri Amerika Birleşik Devletleri'nde% -4,2 ve Kanada'da% -3,6 düşmüş ve bu düşüşler OECD bölgesi için sadece% 0,6'lık genel bir artışa dönüşmüştür. ABD ve Kanada'daki daralmalar, COVID-19'a yanıt olarak hane halklarına yapılan hükümet mali transferlerinin neden olduğu iki dönemdeki keskin artışları takip etmiştir.

Sağlık harcamalarını belirleyen unsurlar içerisinde yaşlanma konusu ayrı bir ilgi ve önem arz etmektedir. Zira yaşlanma olgusu giderek sağlık teknolojisindeki iyileşmelerle birlikte birçok dünya ülkesinin başına gelmektedir. Bunun yanı sıra ülkelerin yaşlanma oranları birbirinden farklılık gösterdiği için sağlık harcamaları bu farklılıktan da etkilenmektedir. Sağlık harcamalarını belirleyen diğer faktörler ise milli gelir, tıbbi teknoloji, ücretler ve fiyatlardır (Reinhardt, 2003).

İktisadi kalkınmanın iki temel bileşeninden birinin eğitim diğerinin sağlık olduğu düşünülecek olunursa sağlık ve ekonomi ilişkisinin pozitif bir korelasyona sahip olması beklenen bir durumdur. Daha sağlıklı bir toplum uzun vadede daha üretken olacaktır daha yüksek kazançlar ve öğrenme kapasitesi ve bu da genel olarak beşeri sermayenin etkinliğinin artması anlamına gelecektir. Bu çerçevede sağlık bireyin ve kurumun piyasa ve piyasa dışı aktivitelere yönelik toplam zamanını belirleyen bir

yatırım malı gibi düşünülebilir. Sağlık harcamaları sağlık sigortası stokunu arttırmaktadır. Bu da uzun vadede sağlık yatırımlarından elde edilen faydayı arttırmaktadır.

Sağlık ekonomisi alanındaki literatür incelendiğinde, çalışmalar iki grupta toplanabilir. Bunlardan birincisi sağlık itişli büyüme hipotezi çerçevesinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bu çalışmalardan birkaçı şunlardır; Taban (2006) çalışmasında Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedenselliği araştırmıştır. Doğuştan yaşam beklentisi sağlık kurumlarına yatak sayıları sağlık personeli başına düşen kişi sayısı sağlık kurumu sayısı gibi veriler sağlık değişkeni olarak kullanılmıştır araştırmamızın bulgularına göre sağlık kurumlarının sayısı ile gayrisafi yurtiçi hasıla arasında bir nedensellik ilişkisi bulunamamış diğer sağlık değişkenleri ile gayrisafi yurtiçi hasıla arasında çift yönlü nedensellik bulunmuştur. Atılgan vd. (2017) çalışmasında (1975-2013) dönemi için Türkiye’de ardl modeli ile uzun ve kısa dönem sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi incelemiş ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında yüzde birlik artışın kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hasıla da %0.43 oranında artışa yol açtığı bulunmuştur. (Hayaloğlu ve Bal,2015) üst orta gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ekonomik büyüme ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmada (2000-2013) dönemi için 54 üst orta gelirli ülke için panel veri analizi ile pozitif korelasyon tespit edilmiştir. (Uysal ve Eryiğit, 2014) çalışmasında Türkiye’de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisini (2001-2011) dönemi için kişi başına düşen sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif ilişki bulunmuştur.

İkinci grup çalışmalar da sağlık harcamalarını belirleyen faktörlere odaklanmıştır. Bir ülkenin sağlık harcamasını belirleyen faktörler çok çeşitli olabilir. Gayri safi yurt içi hasıla ve hükümetin mali kısıtlamaları, bir ülkenin sağlığa ne kadar harçayabileceğinin sınırlarını belirler. Bunun yanısıra yaşlı nüfusun payı ve hastalık örüntüleri gibi demografik özellikler, sağlık sistemi göstergeleri, nüfus yapısı ve teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerinin miktarı ve türlerini belirleyen faktörlerdendir. Nüfus yapısının sağlık harcamaları üzerinde etkisi olacaktır. Düşük gelirli ülkeler için yaşlanma baskın bir sorundur. Çünkü bu ülkelerin yarısından fazlasında, devletin sağlık için yaptığı harcamalar% 50’den azdır. Yaşlanan nüfusun daha yüksek sağlık harcamalarına neden olabilecek bir durumda olması ve daha fazla sağlık hizmetine ihtiyacı olabilmesi gibi nedenlerle sağlık harcamaları üzerinde etkilidir. Örneğin (Kızıl ve Ceylan, 2018) Türkiye’de (1979-2015) dönemi için yaşlı nüfustaki değişimin kişi başı gayri safi yurt içi hasılayı etkilemediği görülmüştür. Payne vd (2007) çalışmasında yaşlanma olgusunun sağlık harcamaları üzerindeki etkisini incelemenin önemine dikkat çekmiştir. Gerdtham vd (1998), birinci basamak sağlık sigortasında "bekçilerinin" sağlık harcamaları düşük seviyede tesbit edilmiş ve ayakta tedavi sektöründeki hekimlere ücretlendirme yönteminin sağlık harcamalarını etkilediği görülmüştür. 22 OECD ülkesinin panel veri analizi ile analiz edildiği çalışmada kişi başı ödeme sistemlerinin, hizmet başına ücret sistemlerine göre daha düşük harcamaya yol açma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir.

3.1. Model ve Veri Seti

Çalışmamızın amacı, 2019 yılı 36 OECD üyesi ülkenin sağlık harcamalarını etkileyen unsurları analiz etmektir. Bu çerçevede oluşturulan yatay kesit veri ile modele gayri safi yurt içi hasıla ile 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranının etkileri açıklayıcı değişken olarak dahil edilmiştir. Analizde kullanılan model aşağıda belirtilmiştir:

$$lhex_i = \alpha_1 + \alpha_2 gdp_i + \alpha_4 leld_i + \mu_i$$

Modelde lex değişkeni gayri safi yurt içi hasıla içindeki sağlık harcamaları oranını gösterirken, açıklayıcı değişkenler olan gayri safi yurt içi hasıla yıllık büyüme oranı (gdp) ve yaşlı nüfus oranı (eld) ile hata terimi (μ_i) yer almaktadır.

Tablo 2. Analizde Kullanılan Değişkenler

Değişken	Değişkenin Kaynağı
lhex (GSYİH'nin oranı olarak sağlık harcamaları, logaritmik)	OECD Health Stat.
leld (65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı, logaritmik)	OECD demographic stat.
GDP(GSYİH yıllık büyüme oranı)	OECD Stat.

3.2. Bulgular

Modelde yer alan veri seti Türkiye ile birlikte 36 OECD üyesi ülkenin sağlık harcamaları, gsyih ve yaşlı nüfus değişkenleridir. Yatay kesit veri analizinde karşılaşılan değişen varyans sorunu White Heteroskedasticity Testi (Wooldridge,2001:5) ile değerlendirilmiş ve değişen varyansa sorunu ile karşılaşmadığı görülmüştür. Modelin R² değeri 0,35 olup makul bir değer olarak kabul edilebilir. Ayrıca modelin bütünü ile anlamlılığını belirtilen F istatistiğinin de anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Bulgular

Değişken	Katsayı	t istatistiği	p-değeri
Bağımlı değişken:lhcx			
Gdp	-0.070452	-2.577691	0.0145**
Leld	0.457942	3.508547	0.0013*
Sabit	0.999392	2.670220	0.0115**
R ²	0.352805		
F	9.267180		
Prob F	0.000613		
White F istatistiği (sıfır hipotez:sabit varyans)	0.479442		
Prob F(5,31)	0.7888		

*,** %1 ve %5 istatistiksel anlamlılık düzeyindedir.

Modelin bulgularına göre, yaşlı nüfus oranında % 1 birimlik bir artış sağlık harcamaları üzerinde 0,457942 birimlik pozitif bir artışa yol açmaktadır. Gelir değişkeni negatif anlamı olması ve işaretin yönünün beklentinin aksine olduğu tespit edilmiştir. Ancak % 0,070452 gibi önemsenmeyecek derecede küçük bir değer olması nedeniyle anlamlı kabul edilebilir. Söz konusu ülkelerin yaşlanma verileri dikkate alındığında 65 yaş üzeri nüfus oranının sağlık harcamaları üzerinde pozitif anlamlı etkisi olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.SONUÇ

Kalkınma geçmişte olduğu gibi günümüz dünyasında da en büyük sorunlardan birisi olarak devam etmektedir. Her ne kadar geçmiş dönemlere göre kalkınmayla ilgili çoğu ülkeler çok yol kastedmiş olsa da bu sorun hala daha önemini sürdürmektedir. Gelir dağılımının düşüklüğü ve gelir dağılımındaki eşitsizlik ekonomik büyümenin ana sebeplerinden olmasına rağmen bu eşitsizlik birçok ülkede her geçen gün daha da artmakta olması çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye’de de önemli problemler arasında yer almaktadır. Son yıllarda kalkınma insani gelişme kavramıyla birlikte kullanılmaya başlamış, ülkelerin kalkınmasıyla ilgili olarak yeni araştırma konuları gündeme oturmuştur. Günümüzde yaşamı zorlaştıran ve toplumların sağlığını bozan birçok neden vardır. Sanayileşmeyle birlikte kalkınmanın kaliteli yaşamla ilişkisi araştırılmıştır. Günümüzde ise küreselleşmeyle birlikte bilgi ve teknolojiler eğitim ve sağlık alanlarında da gelişme göstermiş, beşeri sermayenin yükselmesi kalkınmayı hızlandırmıştır. GSYH artışıyla orantılı yükseliş gösteren sağlık harcamalarının sağlığa ilişkin altyapının gücü, sağlığa ayrılan kaynakların farklılığı ekonomik kalkınmada oldukça önemlidir. Sağlık harcamalarının artması ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel alanda refah düzeylerini arttıracaktır. Ülkelerin kalkınmaları için sağlık harcamalarını tespit etmek oldukça önemli bir unsurdur.

Sağlık harcamalarını belirleyen en önemli unsurlardan biri gelir seviyesi diğeri ise yaşlanmadır. Yaşlanmanın kendisi doğrudan sağlık harcamalarını etkilemese de farklı yaş gruplarının farklı hastalık tiplerine göre sağlık sigortası harcama talepleri de farklı olmaktadır. Sağlığın birçok farklı boyutları bulunmaktadır. Kronik hastalıklar, zihinsel ve fiziksel hastalıklar buna örnektir. Bu nedenle ülkelerin yaşlanma konusunda farklı yaş gruplarına göre ne tür tedavileri ve sağlık harcama gruplarına öncelik vermeleri gerektiği konusuna önem vermeleri gerekecektir. Zira Covid-19 salgını ile birlikte görülmektedir ki, sağlık harcamalarının her bir kuruluşunun nasıl organize edilmesi gerektiği konuna dikkatle odaklanmayı gerektirmektedir. 2020 yılı salgın nedeniyle ölüm oranlarının arttığı bir yıl olmuştur. Oranlara yansıyan hali ile bu artış halen ülkemizde ve diğer ülkelerde devam etmektedir. Bu nedenle ölüme yakın olmayanlar ve hastane dışı hizmetler için yapılan harcamalardaki yüksek büyüme ve hastanelerin harcamaları arasında bir dengenin kurulması, sağlık hizmetleri sistemleri üzerinde yeni ekonomik baskılar oluşumunu engelleyecektir.

Çalışmamızın bulgularına göre 36 OECD ülkesi için 2019 yılında sağlık harcamalarının gelir esnekliği -0,07 olarak bulunmuştur. Yaşlanma değişkeni olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa olan oranı, sağlık harcamaları üzerinde pozitif bir katsayı ile (0,45) etkiye sahiptir.

Sağlık ile kalkınma arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığından hareketle, OECD ülkelerinin her geçen yıl sağlık harcamalarına ayrılan payının yükseldiği görülmüştür. Türkiye’nin 2019 yılı itibarıyla insani gelişmişlik endeks sıralamasında çok yüksek insani kalkınma endeksli ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye’nin insani kalkınma göstergeleri OECD üye ülkeleriyle karşılaştırıldığında eğitim ve sağlıkla ilgili seviyesinin yeterli düzeye ulaşamadığı görülmüştür. Kalkınmakta olan Türkiye’nin, kalkınmış OECD ülkeleriyle rekabet edebilmesi gereklidir. Kalkınmanın sağlanması için bu endeks değerlerinin OECD üye ülkelerinin seviyesine yükseltilmesi için eğitim ve sağlık alanlardaki gelişmelere önem verilmesi, endeks değerlerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Ülkelerin ekonomik ve sosyal politikalarını etkinleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, bu kapsamda Türkiye’deki insani gelişme endeksinin önemli bir göstergesi olan sağlıkla ilgili gelişmelerin, kalkınmaya olumlu katkı yapacaktır. Türkiye’de sürdürülebilir büyüme ve kalkınmanın sağlanabilmesi için yapısal reformların ve uzun vadeli politikaların OECD Ülkeleri ile uyumlu bir hale getirilmesi gerekmektedir. Türkiye jeopolitik konumu ile avantajlı durumdadır. OECD ülkeleriyle olan ekonomik ve sosyal yarışta kalkınmış OECD ülkeleriyle rekabet edebilmesi için “Türkiye 2023 Vizyonu” ve “T.C. 10. Kalkınma Eylem Planı”nındaki hedeflerine ulaşması gerekmektedir. Avrupa’daki 2008 Küresel Finansal Krizi’nin etkisinin Türkiye’nin sağlık alanındaki

avantajını arttırmıştır. Türkiye'nin sağlıklı ve dinamik nüfus avantajını kullanarak, sağlık alanında OECD ülkeleriyle rekabet edebilecek, uzmanlaşma ve beşeri sermayeye yatırımların arttırmasına önem verilmelidir. 2020 yılının başında ortaya çıkan ve etkisini giderek arttıran Covid -19'un tüm dünyada yayılması, sağlığın ne kadar önemli olduğunu hatırlatmıştır. Gelişmiş OECD ülkeleri teknoloji ve etkin sağlık uygulamalarıyla mücadele sürecinde başarılı sonuçlar almıştır. Türkiye hem sağlık alanında hem de bu konuda gelişmeleri yakından takip etmekte kalkınma sürecinde hızlı bir hamle atılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Acemoğlu, D. and Ventura, J., (2012). *The World Income Distribution*, Quarterly Journal of Economics, 117, s.659-694.
- Atılğan, E., Kılıç, D., & Ertugrul, H. (2017). The Dynamic Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: Is The Health Led-Growth Hypothesis Valid for Turkey. The European Journal of Health Economics , 567-574.
- Deloitte ,Global Health Care 2017 Outlook,
<https://www2.deloitte.com/tr/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017-global-health-care-sector-outlook.html# 03/02/2020>
- Demir O.,Üzümçü A., ve Duran S., (2006).“İçsel Büyümede İçselleşme Süreçleri: Türkiye Örneği”, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi Cilt:21 Sayı:1, Yıl:, ss: 27-46
- Erkök-Yılmaz, Ş., (2010). Dış Ticaret Kuramlarının Evrimi, Efil Yayınevi, Ankara.
- Frenk, J. et al. (2010), Health professionals for a new century: Ttransforming education to strengthen health systems in an interdependent world, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
- Gerdtham,U.G; Farlan,m.Mac, Oxley,H; (1998), “The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis”, Dev Health Econ Public Policy.6:113-34, doi: 10.1007/978-1-4615-5681-7_6.
- Hayaloğlu, P., & Bal, H. Ç. (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme. İşletme ve İktisat Çalışma Dergisi, 35-44.
- İzgi,B.B, (2006), “Yaşlanma ve Sosyal Güvenlik: AB ve Türkiye Karşılaştırması”, Avrupa Birliği Dersleri, Nobel Yayınevi, ISBN 975-591-860-4.
- Karataş M., Çankaya E.(2010)” İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme”, Mehmet Akif Ersoy Sosyal Bilimler Dergisi.2 (3),
- Kalyoncu, K. (2011). İktisadi Yaklaşımlar: Ekonomik Coğrafya, Turizm ve Midyat İçin Bir Öneri: Sağlıkkent ve Medikalpark, Dicle Kalkınma Ajansı.
- Kaynak, M. (2011). Kalkınma İktisadi, 4. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara
- Kazgan, G. (1993). İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi. 6. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kızıl, B., C., Ceylan, R., (2018), “Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi:Türkiye örneği”, Journal of Yasar University, 2018, 13/50, 197-209.
- Lucas, R.E., (1988). On the Mechanics of Economic Development, *Journal of Monetary Economics*, 22, s.3-42.
- OECD. Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası. 2014,14-15
- OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Payne G, Laporte A, Deber R, Coyte PC (2007), “Counting backward to health care’s future: using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures”. Milbank Q 85(2):213–257.
- Reinhardt, U.E,(2003), “Does the aging of the population really drive the demand for health care? Health Aff. 22(6):27–39.
- Taban, Sami (2006), “Türkiye’de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, Sosyoekonomi, 31-46.
- Taban, Sami ve Kar, Muhsin (2008). Kalkınma Ekonomisi, (1. Baskı). İstanbul: Seçkin Yayıncılık
- Temiz, M. (2013). Ekonomik Kalkınma ve Yoksulluk İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya
- Tutar F., Kılınç N.(2007),” Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi C.IX,sayı.1.
- Tüylüoğlu Ş., Karalı, B. (2006). İnsani Kalkınma Endeksi ve Türkiye İçin Değerlendirilmesi. SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12, 53-88
- Tokgöz, E. (1981). Sosyal gelişmede sağlık. Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No: 1783.
- UNDP,(2014a). 2014 İnsani Gelişme Raporu'ndaki İnsani Gelişme Endeksi(İGE) Değerleri ve Sıralamadaki Değişiklikler, Erişim adresi:
<http://www.tr.undp.org>, erişim tarihi: 15.10.2014.
- Saçu Barlin, F. (2010). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Savaş, V., (2007). İktisatın Tarihi, 5. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Selim, S., Uysal, D., & Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi . Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13-24.
- Sen, A, (2004), İngilizceden çeviren Yavuz Alogan, Özgürlükle Kalkınma, Ayrıntı Yayınları.
- Yalçın, A. Z. ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 30, Sayı:4.
- Yıldırım, Z., Kekeç, H. M. ve Polat, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanın Yıllar İtibariyle Analizi, Cilt:5, Sayı:14, ss. 550-563.

