

## KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDE PAYININ DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE OECD KARŞILAŞTIRMASI

Filiz GİRAY<sup>1</sup>  
Servet TAŞDELEN<sup>2</sup>

### ÖZ

Günümüz ekonomilerinde üretimde verimlilik ve toplumsal alanda sosyal refahı artırmak üzere beşeri sermaye yatırımı olarak sağlık harcamalarına daha fazla önem verildiği görülmektedir. Kamu ekonomisinde yarı kamusal mal ve hizmet olarak adlandırılan sağlık hizmetleri genellikle kamu ve özel sektörle birlikte sunulmasını gerektirmektedir. Topluma sağlık hizmetlerinin yeterli nitelik ve nicelikte verilmesi arayışı içinde ülkelerin sağlık harcamalarının Gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYH) içindeki payı ile kamu ve özel sektör olarak sektörel sağlık harcama dağılımı arasında ilişki araştırma konusu olmuştur. Bu çalışmanın amacı, ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ile sağlık harcamalarının sektörel dağılımı (kamu ve özel olarak) arasında bir ilişkinin olup olmadığını Türkiye ve OECD üyesi diğer ülke karşılaştırmaları ile belirlemektir. Elde edilecek bulgulara dayalı olarak ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmalarına katkı sağlayacak sağlık harcamalarını artıracak sektörel seçim önerisi yapılabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Harcamaları, Yarı kamusal mal ve hizmet, Kamu-Özel Sektör Sağlık Harcamaları, OECD ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları.

### THE ASSESSMENT OF THE SHARE OF PUBLIC AND PRIVATE SECTOR HEALTH EXPENDITURE IN GDP: COMPARISON OF TURKEY AND OECD

#### ABSTRACT

It is seen that nowadays economies put emphasis on health expenditures as human capital so as to increase productivity in production and social wealthy in social area. The health services which are generally called semipublic goods and service in public economy, require the supply of public and private together. The subject of this research is the relationship between the sectorial distribution of health expenditure in public and private sectors and the share of health expenditures of countries in gross domestic

<sup>1</sup> 1Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi, İ.İ.B.F. Maliye Bölümü, mail: giray@uludag.edu.tr

<sup>2</sup> Prj. Asist. Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
mail: servet.tasdelenn@hotmail.com

product (GDP), to be able to provide health services to society in sufficient quality and quantity. The aim of this study is to determine whether there is a relationship between the share of health expenditures in GDP and the sectorial distribution of health expenditure (as public and private sector) by comparing Turkey and other OECD countries. According to the findings that were obtained, sectoral choices that will increase health expenditures and contribute to the economic growth and development of countries will be proposed.

**Keywords:** Health Expenditures, Semi-Public Goods and Services, Public-Private Health expenditures, Health Expenditures in OECD and Turkey.

## **1. Giriş**

Beşeri sermayenin önemli temel bileşenlerinden biri de sağlıktır. Geçmişten günümüze ülkeler, gerek sağlıklı nesiller yetiştirme konusunda olsun gerekse de beşeri sermayenin güçlenmesi noktasında olsun sağlık sektörüne büyük önem vermişler ve bu uğurda sağlık harcamalarını artırarak GSYH içinde büyük pay ayırmışlardır. Çünkü ülkeler, sağlık sektörüne yapılan her harcamanın ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde pozitif etkileri olduğunun bilincinde olmuşlardır. Ekonomik yönden gelişmiş ülkelerin GSYH içinde sağlık harcamalarının payına bakıldığında gelişmişlik düzeyleri ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişkinin var olduğu görülmektedir. Farklı ekonomi grubunda olan ülkelerde yapılan çeşitli ampirik çalışmalar göstermektedir ki sağlık harcamaları ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde pozitif etkiler doğurmaktadır.

Ülkelerin sağlık alanında yaptıkları harcamalar, genel olarak kamu sektörü harcamalarından ve özel sektör harcamalarından oluşmaktadır. Ülkelerin sosyal refah devleti anlayışını benimsemeleri nispetinde sağlık harcamaları kamu sektörü ve özel sektör olarak şekillenmektedir. Sosyal devlet olgusunu benimseyen ülkelerin sağlık harcamalarında kamu sektörü harcamaların payı yüksek olurken buna karşın sosyal devlet olgusunda uzak olan ülkelerin özel sektör harcamaların payı daha yüksek olabilmektedir.

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ve kalkınma arasında ilişkiyi açıklamaya yönelik geniş bir literatür olmasına rağmen sağlık harcamalarının sektörel dağılımı ile GSYH arasında ilişkiyi ölçen sınırlı çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile bu alandaki

açık kapatılarak katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Bu amaçla çalışmada sağlık hizmetlerinin sektörel incelenmesi Türkiye ve bazı OECD ülkeleri uygulamalarıyla karşılaştırılarak incelenecektir. Dört bölüm olarak organize edilen bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetlerinin ülkeler için önemini ortaya koymak adına öncelikle beşeri sermaye yatırımı olarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki etkisi açıklanacaktır. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörün yeri ve önemi anlatılacaktır. Takip eden üçüncü bölümde ise, Türkiye ve OECD ülkelerinde sektörel (kamu-özel) düzeyde sağlık harcamalarına ilişkin veriler ile incelenecektir. Son bölüm olan sonuç kısmında da elde edilen bulgular ve öneriler ele alınacaktır.

## **2. Beşeri Sermaye Yatırımı Olarak Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerindeki Etkisi**

Klâsik iktisadi anlayışın teorik çerçevesinin ilk oluşturulduğu dönemlerde sermaye; üretim sürecinde kullanılan makine, teçhizat ve tesisler gibi fiziksel değerleri ifade etmekteydi. Ancak günümüzde fiziksel sermayenin yanı sıra kişisel ve toplumsal özelliklerin üretime olan etkilerinin giderek önem kazanmış ve üretime pozitif katkısı olan her türlü maddi ve maddi olmayan iktisadi değerlerin de çağdaş iktisat literatüründe sermaye olarak kabul edilmiştir. Böylece Klâsik iktisadi anlayışın öne sürdüğü fiziki sermaye ile birlikte beşeri sermayenin (Human Capital) de ele alınmasını zorunlu kılmıştır (Karagül, 2003: 81). Günümüzde çağdaş iktisadi anlayışa sahip Schultz (1961), Denison (1962), Becker (1993), Becker ve Tomes (1976), Barro (1998), Lucas (1988) ve Mankiw (1992) gibi yazarlarca incelenmiş ve beşeri sermaye kavramına ilişkin birçok tanım ortaya konulmuştur (Yaylalı ve Lebe, 2011: 25).

Beşeri sermaye yatırımı ile ilgili olarak yapılan çeşitli tanımlar bulunmaktadır. Bu tanımlar içinde Nobel ödül sahibi Theodore W. Schultz'un 1961'de "Beşeri Sermaye Yatırımı" başlıklı makalesindeki tanım dikkat çekmektedir. Schultz'a göre beşeri sermaye; bireylerin iş piyasasında değerlerini artıracak bilgi birikimi ve beceri edinme sanatıdır (Shultz, 1961: 9). Bartolo (1999) ise beşeri sermayeyi, çalışanların sağlık ve yaşam standartlarının yanı sıra eğitimlerinin artırılması gibi emeğin verimliliğini etkileyen maddi olmayan faktörler şeklinde tanımlamıştır (Bartolo, 1999: 56).

OECD'nin tanımına göre beşeri sermaye yatırımı; ekonomik refahın artırılmasını ve iktisadi faaliyetlerde üretkenliğin devam etmesi için bireylerde olması gereken bilgi, beceri ve diğer nitelikleri kapsamaktadır (OECD, 1998: 8). Bu çerçevede tecrübe, eğitim ve bilgi

beşeri sermayenin oluşması için üç ana mekanizmadır. Ancak bu tanım, bireye katkı sağlayan sadece eğitim hizmetlerini ele alması açısından eksiktir.

Beşeri sermaye, üretime katılan işgücünün sahip olduğu ve diğer üretim faktörlerinin daha verimli kullanılmasına imkan sağlayan nitelikler olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sahip olması gereken bu nitelikler ise eğitim, bilgi ve tecrübenin yanı sıra sağlıklı ve dinamik olmayı da kapsamaktadır (Koç, 2013: 243). Beşeri sermaye üretimde verimliliği, toplumsal alanda sosyal refahı ve kalkınmayı amaçlayan pozitif yatırımlardır.

Barro, ekonomik büyüme ile beşeri sermaye arasındaki pozitif ilişkiye dikkat çekerek beşeri sermayeyi, çalışan bireylerin bilgi ve sağlık düzeyleri doğrultusunda toplam üretime yapılan ek katkılardır şeklinde tanımlamıştır (Barro, 1998: 213). Bu doğrultuda geleneksel beşeri sermaye yatırımı olarak bilinen eğitim ve sağlık hizmetleri sonucunda eğitilmiş, nitelikli ve kalifiyeli iş gücünün olması beşeri sermayeyi, ekonomik büyümenin motoru haline getirmektedir (Özyakışır, 2011: 52-53).

Beşeri sermaye yatırımı olarak sağlık ile ekonomik büyüme ve kalkınma arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için, öncelikle sağlık kavramından kast edilen anlamın iyi anlaşılması gerekmektedir. Sağlık, bireylerin sadece herhangi bir hastalığının olmaması değil, aynı zamanda bireylerin hayat boyu var olan potansiyellerini açığa çıkarması ve yeteneklerini geliştirme gücüne sahip olmasıdır. Bu bağlamda sağlık, bireylerin sahip olduğu kıymetli bir varlık ve refah seviyesinin yükselmesinde en önemli değerdir. Öte yandan sağlık harcamaları, farklı kanallardan ekonomik büyümeyi etkileyebilme gücü ile enstrümental bir değere sahiptir. Örneğin; sağlık, işgücü rahatsızlıkları nedeniyle meydana gelen üretim kayıplarını en aza indirmekte, okula devam eden çocukların devamsızlık oranını azaltmakta ve öğrenmeyi geliştirmektedir (Çetin ve Ecevit, 2010: 168). Amartya Sen'e (1999) göre ise; sağlık, insan yaşamına değer veren temel yetenekler arasındadır.<sup>3</sup>

Birleşmiş Milletler Milenyum Zirvesi'nde dünyadaki tüm bireylerin temel arzularının başında sağlıklı bir yaşam sürme talepleri dile getirilmiştir. Bu nedenle sağlık, uluslararası hukukta temel beşeri haklar arasında yer almakta ve neredeyse her kültür, "sağlık zenginliktir" ilkesini benimsemektedir. Ekonomik büyüme ve

---

<sup>3</sup> Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz: A. Sen (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

kalkınma açısından sağlık, beşeri sermayenin yapı taşıdır. Ayrıca tüm toplumlar açısından sağlık, yoksulluğun azaltılmasında ve uzun vadeli ekonomik gelişme için önemli bir girdidir (Sach, 2001: 21).

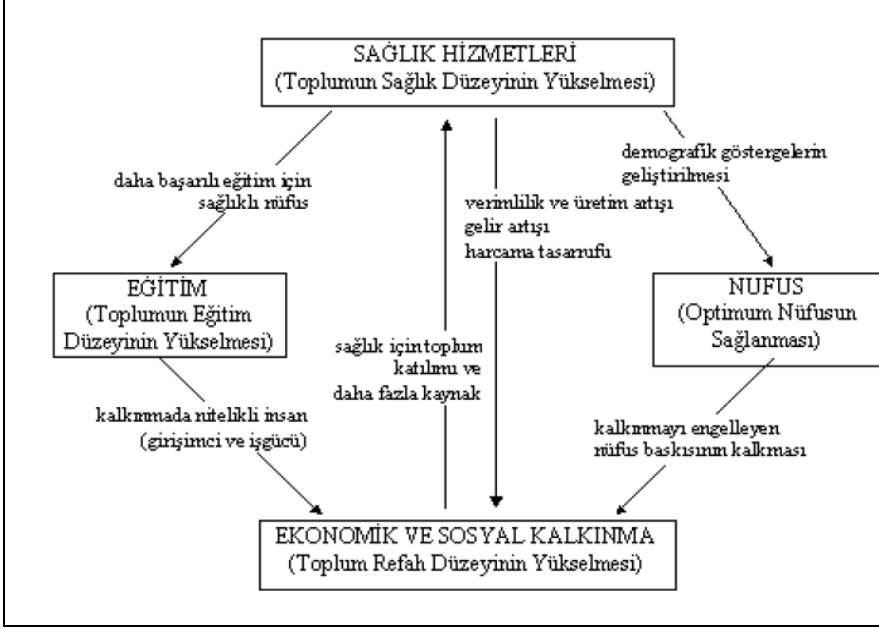
Toplumların sağlık durumlarının göstergesi olarak kullanılan ölçütlerin en önemlileri; *bebek ve çocuk ölüm oranları, ortalama yaşam süresi ve sağlık harcamalarının düzeyidir* (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60-61). *Bebek ve çocuk ölüm oranlarının* düşük olduğu ve ortalama ömrün yüksek olduğu toplumlarda bireylerin genel sağlık durumlarının geri kalan toplumlarla karşılaştırıldığında daha iyi olduğu görülmektedir. Sağlıklı bir toplumun hem beşeri sermaye kalitesi iyi olmakta hem de ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde pozitif etkiye sahip olmaktadır. Yine *ortalama ömrün uzaması*, emek gücünün çalışma süresini artırmakta bu da gelir oranlarının artmasına ve özel sermaye kesimin kar marjını olumlu yönde etkileyerek ekonomik büyümeyi artırmaktadır (Öz vd., 2009: 8).

Sağlığa dayalı büyüme hipotezine göre, sağlık harcamaları üretken sermaye niteliğinde olup sağlık sektörüne yapılan her harcama toplam ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır (Kamacı ve Uğurlu Yazıcı, 2017: 56). Örneğin Bremping ve Wilson (2003) yaptıkları bir çalışmaya göre, 23 OECD ve 21 Sahra Altı Afrika ülkeleri için 1975-1994 yılları arası genişletilmiş Slow büyüme modeli ve panel veri analizi kullanılarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda sağlık harcamalarının beşeri sermaye stokunu artırdığı ve ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ortaya koymuşlardır.

Gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, hem daha yüksek ekonomik büyüme ve kalkınma için hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için bütçelerinde her yıl artan oranda sağlık sektörüne pay ayırmaktadırlar. Böylelikle sağlığa yapılan yatırımlar “üretken yatırım” olarak kabul edilmektedir (Tıraşoğlu ve Yıldırım, 2012: 112). Çünkü sağlık harcamalarının artması daha iyi sağlık koşullarının oluşmasını sağlamakta ve yaşam süresine bağlı olarak istihdam süresini uzatmaktadır. Yani daha uzun yaşam süresi emek arzını pozitif etkilemektedir. Örneğin sağlık yönünden herhangi bir problemi olmayan bireylerin gerek saat başına gerekse de daha uzun vadede üretimde bulunmaları daha fazla çıktı sağlamalarına olanak yaratacaktır. Bu nedenle sağlık alanında yapılan harcamaların artması iktisadi faaliyetlerde verimliliği artırarak ekonomik büyüme ve kalkınmaya pozitif katkı sağlamaktadır (Kamacı ve Uğurlu Yazıcı, 2017: 57). Sağlık

hizmetlerindeki gelişmelerin eğitim, nüfus, ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki etkileri Şekil 1’de gösterilen diyagram yardımıyla özetlenmektedir.

**Şekil 1: Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinin Eğitim, Nüfus, Ekonomik ve Sosyal Kalkınma Üzerindeki Etkileri**



**Kaynak:** İ., (1998), “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, *(Yayınlanmamış Doktora Tezi)*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, s. 109.

Şekil 1’deki diyagramda görüldüğü üzere bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, eğitimin niteliğini artırmakta ve demografik göstergelerin gelişimini sağlamaktadır. Nitelikli insan gücünün varlığı ve kalkınmayı engelleyen nüfus baskısının ortadan kalkması ekonomik ve sosyal kalkınmanın ivme kazanmasında önemli iki adımdır. Dolayısı ile sağlığın ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumlu etkisi haliyle toplumsal refah düzeyini de artırmaktadır. Sghari ve Hammami’nin (2013) çalışması bu bilgiyi doğrular niteliktedir. Türkiye’nin de bulunduğu 30 gelişmiş ülkenin 1975-2011 yılları arası sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi Granger nedensellik testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde hem

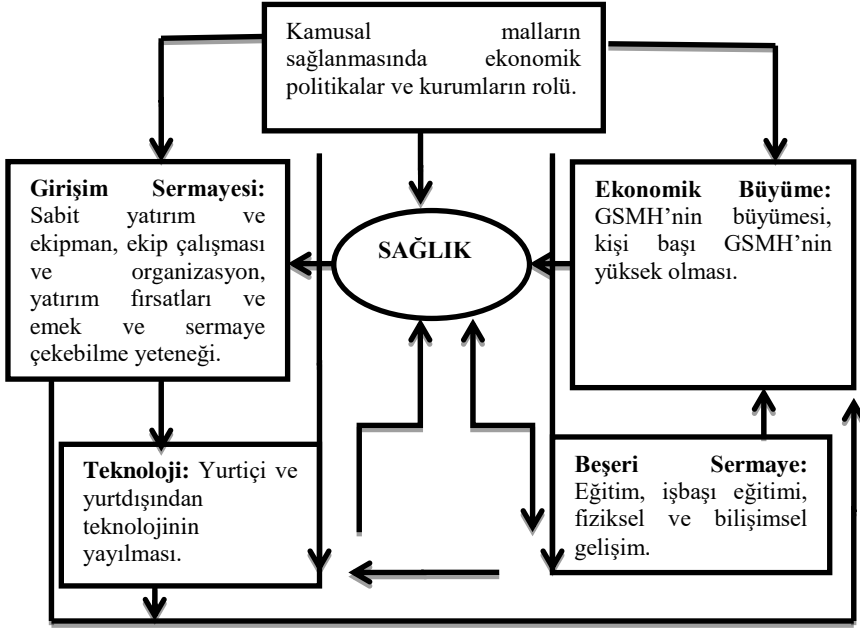
## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

kısa vadede hem de uzun vadede anlamlı bir nedensellik ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi çok yönlü olmaktadır. Örneğin sağlık hizmetinde kullanılan kaynaklar (emek ve mallar), insanın sağlık sermayesi stokunu oluşturmaktadır. Böylelikle insanın sağlık sermayesi stokuna yönelik her bir yatırım ve harcama beşeri sermayenin artmasını sağlamakta ve ülkenin ekonomik büyüme ve kalkınmasına yönelik önemli bir etken olmaktadır (Öz vd., 2009: 8).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki rolü Şekil 2'deki diyagram yardımıyla açıklanabilir.

**Şekil 2: Sağlıkın Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerindeki rolü**



**Kaynak:** J. D. Sachs, (2001), 'Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development', *Report Of The Commission On Macroeconomics and Health*, World Health Organization, Switzerland: p.26.

Kamu ekonomisinde yarı kamusal mallar olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ekonomik kurumların ve politikaların önemli bir işleve sahip olduğu Şekil 2'de görülmektedir. Ekonomik kurumların yanı sıra sağlığında beşeri sermaye ve girişim sermayesi üzerinde etkileşimde olduğu ve önemli ekonomik etkiler

yarattığı açıktır. Ayrıca sağlığın girişim sermayesi üzerindeki rolü teknolojik gelişmelerin artmasını sağlamakta bu durum da ekonomik büyümeye neden olmaktadır. Ekonomik büyüme ancak çok sektörlü bir sürecin sonunda gerçekleştiği ve bu süreç içinde sağlığın önemli bir lokomotif olduğu görülmektedir.

### **3. Sağlık Hizmetlerinde Kamu ve Özel Sektörün Yeri**

Bir ülkedeki toplam sağlık harcamalarının finansmanında kamu ve özel sektörün yeri, ülkenin sosyo-ekonomik yapısı, gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektörün verimlilik payı gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında GSYH içinde kamu ve özel sektörün oranı da özel bir önem taşımaktadır (Yalçın ve Çakmak, 2016: 711).

Tüm ülkelerde kamu ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıkları farklı olup tek bir model uygulanması bulunmamaktadır. Sağlık konusunun tamamen kamu ve özel sektöre bırakılmayışının başlıca nedenleri ise şu şekilde özetlenmektedir (Özsağır ve Çütcü, 2013; 248);

- Sağlığın “Yarı kamusal mal” özelliği taşıması ve topluma sağladığı dışsal faydaları ve hizmetin yeterli nitelik ve nicelikte sunulmamasının yarattığı zararlar nedeniyle tamamen özel sektöre bırakılması uygun bulunmamaktadır.
- Bireylerin temasları halinde meydana gelen çeşitli bulaşıcı hastalıkların varlığı sadece o bireyleri etkilememekte aynı zamanda tüm toplumu ilgilendirmektedir. Dolayısıyla bu tür sorunları olan bireylerin, sorunları için hizmet araması ya da hizmetin satın alınmasını beklemek başkalarının sağlığını etkileyeceğinden kamunun müdahalesini gerektirmektedir.
- Hizmeti arz eden hekim ile hizmeti talep eden hasta arasında asimetrik bilginin varlığı kamu müdahalesini gerektirmektedir.
- Kamunun yararını gözetmesi beklenen devlet kuruluşları, genellikle toplumun güçlü kesimlerinin kontrolünde olduğundan toplumu temsil etme özellikleri azalmaktadır. Böylelikle bu tür nedenlerden dolayı kamu sağlık hizmetlerinden yeterli derecede yararlanmayan yoksul kesimlerin talepleri özel sektörün varlığını zorunlu kılmıştır.
- Kamu sağlık sektöründeki yoğun bürokrasi nedeniyle acil durumlar için alternatif olarak özel sektöre ihtiyaç duyulmuştur.



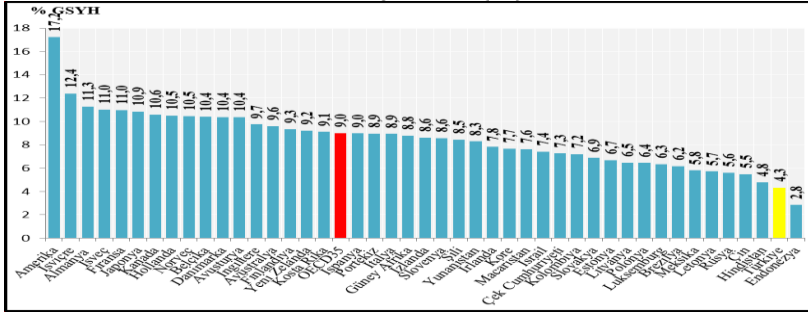
#### **4. Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sektörel Düzeyde Sağlık Harcamaları Karşılaştırması**

Sağlık harcamalarının genel durumunu belirlemek üzere öncelikle Türkiye ile OECD üyesi diğer ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH'ye oranlarının gerek genel durumunu gerekse de kamu-özel sektörün harcamaları yıllar itibarıyla karşılaştırmalı olarak iki alt başlıkta ele alınacaktır.

##### **4.1. Genel olarak Sağlık Harcamalarına İlişkin Ekonomik Göstergeler**

Bu çalışmanın kapsamını oluşturan Türkiye'nin de içinde yer aldığı OECD ülkeleri 2018 yılı verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %17'sini oluşturmaktadır. Buna karşın dünya genelinde OECD ülkelerinin sağlık harcamaları önemli bir yer tutmaktadır. Nitekim OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcaması ortalaması 4,527 (ABD \$) olurken, tüm dünya ülkelerinin ortalaması 1.001 ABD dolarıdır (World Bank, 2018). Ancak OECD üyesi ülkeler arasında sağlık harcamalarının payı farklılık arz etmektedir.

**Şekil 3: OECD Ülkelerinde GSYH İçinde Toplam Sağlık Harcamalarının Payı 2016 (%)**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2017.

Şekil 3'de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı gösterilmektedir.

OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH içindeki yüzdelik payına bakıldığında en yüksek paya %17,2 ile ABD sahip olmaktadır. ABD'nin ardından sırasıyla %12,4 ile İsviçre, %11,3 ile Almanya, %11 ile İsveç ve Fransa, %10,9 ile Japonya ve %10,6 ile Kanada, %10,5 ile Hollanda ve Norveç, %10,4 ile Belçika, Danimarka ve Avusturya gelmektedir. 2016 yılı itibarıyla OECD'nin GSYH içinde sağlık harcamaları ortalaması %9 oranında gerçekleşirken bu oranın altında Türkiye'de dâhil olmak üzere 18 ülke bulunmaktadır. En az payı olan ülkelerden Endonezya %2,8'lik, Türkiye %4,3'lük,

Hindistan %4,8'lik paya sahipken bu ülkelerin ardından Çin, Rusya, Letonya, Meksika, Brezilya, Lüksemburg, Polonya, Litvanya ve Estonya gibi ülkeler takip etmektedir.

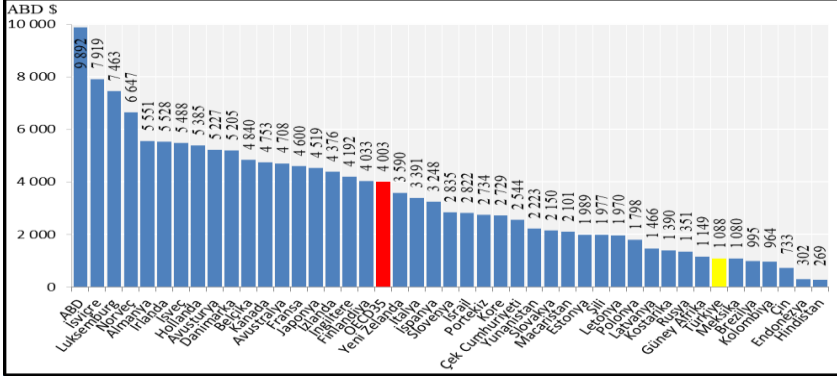
Günümüzde gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, örneğin ABD, İsviçre, Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Hollanda ve İskandinav ülkeleri sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için her yıl GSYİH içinde sağlık harcama oranlarını artırmaktadırlar. Bundan dolayı gelişmiş ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmada belli bir seviyede olmalarının en önemli nedenlerinden biri de beşeri sermaye olan sağlık hizmetlerine verilen değerden kaynaklanmaktadır. Öte yandan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranların düşük olan ülkelerde ise ekonomik büyüme ve kalkınma daha yavaş olmaktadır. Yapılan çalışmalarda bunu doğrular niteliktedir.

Örneğin Kamacı ve Uğurlu Yazıcı (2017) tarafından, 2000-2014 yıllarına ait veriler kullanılarak Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 35 OECD ülkesinin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analiziyle test edilmiştir. Analiz sonucuna göre, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunmuştur.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki etkisini sorgularken dikkat edilmesi gereken bir diğer gösterge, kişi başına düşen sağlık harcamalarının durumudur. Bir ülkenin gelişmişlik seviyesi ile kişi başı sağlık harcaması arasında doğrusal bir ilişki olduğu bilinmektedir. Milli gelir seviyesi yüksek olan ülkeler daha fazla kişi başı sağlık harcaması yapma eğiliminde olurlarken milli gelir seviyesi düşük olan ülkeler daha az kişi başı sağlık harcaması yapmaktadırlar. Şekil 4'te de görüldüğü gibi OECD üyesi gelişmiş ülkelerin diğer az gelişmiş ülkelere nazaran daha yüksek kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirdikleri görülmektedir.

## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

Şekil 4: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamalarının Payı 2016 (ABD \$)



Kaynak: OECD Health Statistics 2017.

Şekil 4'te görüldüğü üzere, 2016 verilerine göre OECD ülkelerinde kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke 9.892\$ ile ABD'dir. OECD üyesi kişi başına sağlık harcamaları yüksek olan diğer ülkeler ise 7.919\$ ile İsviçre, 7.693\$ ile Lüksemburg, 7.463\$ ile Norveç, 6.647\$ ile Almanya, 5.551\$ ile İrlanda, 5.528\$ ile İsveç olmaktadır. Hollanda, Avusturya, Danimarka ve Belçika'nın da kişi başı sağlık harcamaları 4.000\$ üzerindedir. Kişi başına sağlık harcaması en düşük ülkelerin başında 269\$ ile Hindistan gelirken Hindistan'ın ardından 302\$ ile Endonezya, 733\$ ile Çin, 964\$ ile Kolombiya ve 995\$ ile Brezilya gelmektedir. Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında ise 1.088\$ olup OECD ortalamasının çok gerisinde kaldığı görülmektedir.

Şekil 4'te de görüldüğü üzere kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkelerin sosyal refah düzeylerinin yüksek, ekonomi büyüme ve kalkınma da gelişim sağlamış ülkeler gelmektedir. Böylelikle sağlığa yapılan harcamanın kişilerin refahını artırdığı bunun ekonomiye etkisinde pozitif yönde olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu bilgiyi doğrulamaktadır. Örneğin Baltagi ve Moscone (2010), çalışmalarında sağlık harcamaları ile kişi başına gelir düzeyi arasındaki uzun vadeli ekonomik ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışmada 1971 ve 2004 döneminde 20 OECD ülkesinin yer aldığı veriler incelenmiş, sağlık harcamalarının uzun vadede durağan olmadığı ve bireylerin gelir ve refahlarında artırıcı bir etkiye sahip olduğu ve böylece ekonomik büyüme üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir.



**Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması**

Tablo 1’de seçilmiş bazı OECD ülkelerinin 2013-2017 yılları arası GSYH içinde kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının payları yer almaktadır.

**Tablo 1: Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2013-2017, %, OECD)**

Ülkeler	2013		2014		2015		2016		2017	
	K.	Ö.	K.	Ö.	K.	Ö.	K.	Ö.	K.	Ö.
ABD	8	8.4	13.6	-	13.8	-	14	-	8.5	8.8
İsviçre	7.3	4.1	7.3	4.2	7.5	4.4	7.7	4.6	7.9	4.5
Almanya	9.2	1.8	9.2	1.7	9.3	1.7	9.4	1.7	9.5	1.7
İsveç	9.3	1.8	9.3	1.9	9.2	1.8	9.1	1.8	9.2	1.8
Japonya	9.1	1.7	9.1	1.7	9.1	1.7	9.1	1.7	9	1.7
Fransa	8.7	2.7	8.9	2.7	8.8	2.7	9.6	2	8.7	2.3
Kanada	7.1	3	7	3	7.3	3.1	7.4	3.1	7.3	3.1
İzlanda	6.8	1.7	6.8	1.7	6.7	1.6	6.8	1.5	7	1.5
İtalya	6.8	2.1	6.8	2.2	6.7	2.3	6.7	2.3	6.6	2.3
Avusturya	7.6	2.7	7.7	2.7	7.7	2.7	7.7	2.7	7.8	2.5
Norveç	7.6	1.3	8	1.4	8.6	1.6	8.9	1.6	8.8	1.6
Finlandiya	7.1	2.4	7.1	2.4	7.3	2.4	7	2.5	6.7	2.5
Lüksemburg	5.4	1.1	5.3	1.1	5.1	1.1	5	1.2	5.1	1.1
İsrail	4.5	2.5	4.6	2.6	4.6	2.6	4.6	2.6	4.6	2.7
Brezilya	3.6	4.4	3.7	4.7	3.9	5.1	-	-	3.9	5.1
Meksika	3.1	2.8	2.9	2.7	3	2.8	2.9	2.6	2.8	2.6
Kore	3.9	2.7	4	2.8	4.2	2.9	4.3	3	4.4	3.2
Yunanistan	5.2	3.1	4.6	3.2	4.8	3.3	5.2	3.2	5.1	3.2
Rusya	3.2	1.9	3.2	2	3.1	2.2	3	2.3	3	2.3
Çin	2.7	1.9	2.9	2	3.1	1.9	-	-	3.1	1.9
Hindistan	0.8	2.9	0.8	2.8	1	2.9	-	-	1	2.9
Endonezya	1.3	2.1	1.3	2.1	1.1	2.7	-	-	1.1	2.3
Türkiye	3.5	1	3.4	1	3.2	0.9	3.4	0.9	3.3	0.9

**Kaynak:** OECD data’den yararlanılarak oluşturulmuştur. K; Kamu, Ö; Özel

Bazı OECD ülkelerinin kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının yer aldığı Tablo 1’e bakıldığında GSYH içinde özel sektör sağlık harcamaları payının en yüksek olduğu ülke ABD’dir. Görüldüğü üzere 2013 yılında ABD’nin özel sektör sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı %8.4 olurken kamu sektöründe bu oran %8 olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılı itibarıyla ABD’nin kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH’ye oranına bakıldığında ise sırasıyla

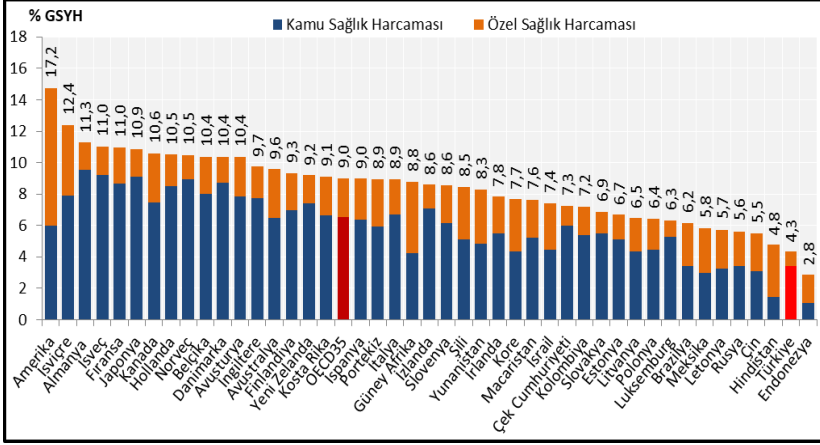
%8.5 ve %8.8 olmaktadır. OECD ülkelerinin içinde gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olan ABD’de özel sektör sağlık harcamalarının kamu sektörü sağlık harcamalarından yüksek olduğu ve yıllar itibarıyla iki sektör harcamaları arasındaki farkın azaldığı anlaşılmaktadır. OECD ülkelerinin içinde özel sektör payının yüksek olduğu diğer bir ülke ise İsviçre olmaktadır. İsviçre’de yıllar itibarıyla kamu sektörünün payının artan bir trend ile 2017 yılında 7.9 olurken özel sektörün payının da bazı yıllarda düşüş gösterdiği bazı yıllarda da arttığı görülmektedir. Bakılması gereken bir diğer nokta ise hem toplam sağlık harcamalarının OECD ortalamasının gerisinde olduğu hem de sağlık sistemi bakımından geri kalmış ülkelerin durumudur. Bu ülkelere örnek olarak Hindistan ve Endonezya gösterilebilir. Söz konusu her iki ülkenin sektörel bazda sağlık harcamalarına bakıldığında özel sektör payının daha yüksek olduğu görülmektedir. Seçilmiş diğer OECD ülkelerinin kamu-özel sağlık harcamaları durumuna bakıldığında ise GSYH içinde kamu sektörü sağlık harcamaları oranının özel sektör sağlık harcamaları oranından daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Lago-Penas, Cantarero ve Fernandez (2013), 31 OECD ülkesinin 1970 ve 2009 yılları arasındaki sağlık harcamaları ile GSYH üzerindeki etkisinin kısa dönem ve uzun dönem olarak ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmada, uzun dönemde sağlık harcamalarının GSYH üzerindeki etkisinin daha duyarlı ve olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Kısa dönemde ise, bu etkinin daha az olduğu belirtilmiştir. Ayrıca toplam sağlık harcamalarının içinde özel sağlık harcamaları payının yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH’ye etkisinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

2016 yılı verilerine göre tüm OECD üyesi ülkelerin yer aldığı GSYH içinde kamu-özel sektör sağlık harcamalarının oranı şekil 6’da gösterilmektedir.

## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

Şekil 6: OECD Ülkelerinin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı 2016 (%)

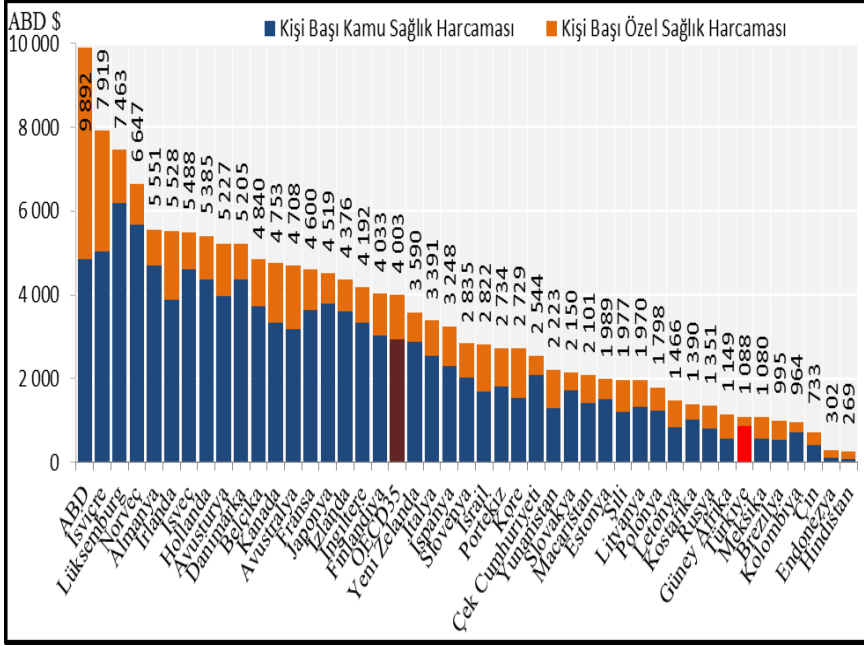


Kaynak: OECD Health Statistics 2017.

Şekil 6’da görüldüğü üzere, OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yaklaşık %6,5 olurken bu oran özel sektör için %2,5 dolayında gerçekleşmektedir. Daha öncede ifade edildiği gibi ABD, İsviçre, Almanya, İsveç ve Fransa’nın da bulunduğu ülkeler grubu hem kamu sağlık harcamaları hem de özel sağlık harcamaları OECD ortalamasının üzerindedir. Türkiye’nin de aralarında bulunduğu Endonezya, Hindistan, Çin, Rusya, Letonya ve Meksika gibi ülkelerde kamu-özel sağlık harcamaları oranı OECD ortalamasının altında gerçekleşmiştir.

Genel olarak bakıldığında OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında hem devlet hemde özel sektör beraber yer almaktadır. Ancak sosyal devlet ilkesinin kabul edildiği OECD ülkelerinde sağlık alanında kamu sektörünün varlığı daha ağırlıkta olduğu görülmektedir.

Şekil 7: OECD Ülkelerinin Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması 2016 (ABD \$)



Kaynak: OECD Health Statistics 2017.

Şekil 7’de görülebileceği gibi, Türkiye kişi başına sağlık harcamaları açısından OECD ülkeleri içerisinde sondan 6’ncı sırada yer almaktadır. Ayrıca Türkiye’nin kamu-özel kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında kamunun kişi başına sağlık harcaması 863\$ olurken özel sektörün kişi başına sağlık harcaması sadece 224\$ olabilmektedir. Türkiye’den sonra özel sektör sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler ise 188\$ ile Hindistan ve Endonezya olmaktadır. Oysa OECD’nin kişi başı sağlık harcaması kamu sektöründe 2.937\$ ve özel sektörde de 1.066\$ olduğunu düşünülürken Türkiye, Hindistan ve Endonezya gibi gelişmekte olan ülkelerin kamu-özel sektör harcamalarının ne kadar düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak ifade etmek gerekirse OECD ülkelerinde ABD, Hindistan ve Endonezya hariç diğer tüm ülkelerde sağlık alanında kamu sektörünün etkin bir ağırlığı görülmektedir.

Ülkelerin, kişi başına sağlık harcamalarının artırması ile beşeri sermayenin oluşumu ve gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Gelişmiş ülkelerde kişi başına sağlık harcamalarının artması, gerek sağlık bilinci yönünden gerekse de sağlıklı bireylerin sayısının

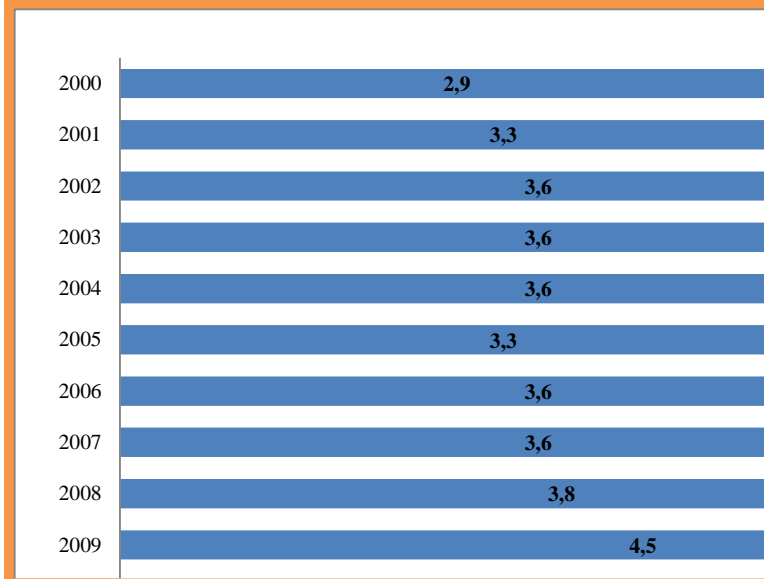


## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

artışında önemli rol oynayacaktır. Sağlıklı bireylerin sayısının artışı da ekonomik büyüme ve gelişmeyi olumlu etkileyecektir (Akça, 2015: 46).

OECD ülkelerine göre sağlıkta hem kamu sektörünün hem de özel sektör payının düşük olduğu Türkiye’de, yıllar itibarıyla GSYH içindeki payı Şekil 8’de gösterilmektedir.

**Şekil 8: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı Türkiye (%)**



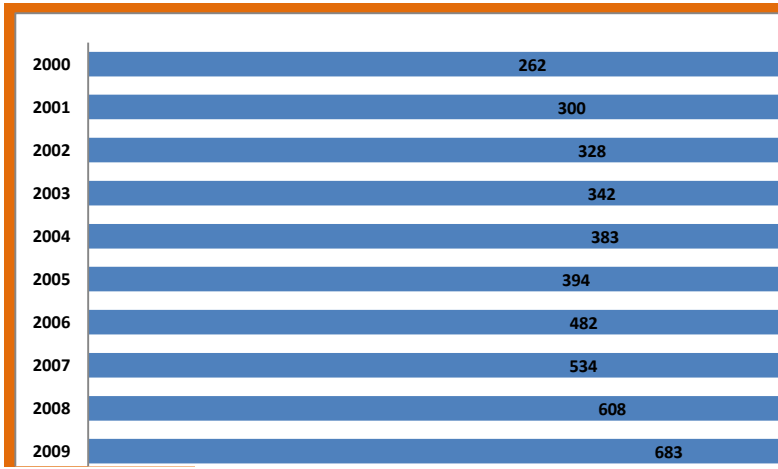
**Kaynak:** TÜİK, T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017.

Türkiye’nin 2000-2017 yılları arası kamu-özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının yer aldığı Şekil 8’e bakıldığında sağlık hizmetlerinin sunumunun ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından üretildiği ve finansmanının yine kamu sektörü tarafından karşılandığı görülmektedir. Şekilde 8’de görüldüğü gibi 2000 yılında GSYH içinde kamu sektörünün sağlık harcamaları payı %2,9 iken özel sektörün payı %1,7 oranında gerçekleşmiştir. 2000’den 2009 yılına kadar kamu sektörünün payı istikrarlı bir şekilde artarken buna karşın özel sektör payının azaldığı görülmektedir. 2017 yılına gelindiğinde ise GSYH içinde sağlık harcamalarında kamu sektörünün payı %3,3 olurken özel sektörün payı % 0,9’a kadar düşmüştür.

Türkiye’de son yıllarda sağlık harcamaları sunumu ve finansmanında kamu sektörünün payı artmaktadır. 2017 yılı itibarı ile GSYH içinde kamu sağlık harcamaları payı yaklaşık %80 olurken özel sektör sağlık hizmetleri oranı %20 olmaktadır.

Türkiye’nin sağlık alanında yapılan harcamaların GSYH içindeki paylarına bakılıp OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça yetersiz kalmaktadır. Ancak son zamanlarda toplam sağlık harcamalarında bir artış olduğu bilinmektedir.

**Şekil 9: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, Türkiye (\$)**



**Kaynak:** OECD, Health Expenditure and Financing: Health Expenditure Indicators, 2018.

Türkiye’nin 2000-2017 yılları arası kişi başına kamu-özel sağlık harcamaları reel değerlerinin yer aldığı Şekil 9’da, kişi başına kamu sağlık harcamalarının sürekli artış gösterdiği buna karşın özel sektörün kişi başına sağlık harcamalarında ise pek bir değişimin olmadığı hatta azaldığı görülmektedir. Örneğin 2000 yılında kişi başına kamu sağlık harcamaları 425 \$ iken bu rakam 2017 yılında yaklaşık %80 bir artışla 1.193 \$ olmuştur. 2000 yılında kişi başına sağlık harcamaları 163 \$ olan özel sektörün ise 2017 yılında %16 bir artış ile 259 \$ olarak gerçekleşmiştir.

Özetle, Türkiye’de sağlık sektörüne yön veren temel aktör devlet olmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının GSYH içindeki

payındaki artışlar büyük oranda kamu sektörün kişi başına sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır.

### **5. Sonuç**

Gerek OECD ülkeleri gerekse de farklı ülkeler üzerinden yapılmış ampirik araştırma sonuçları ile, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınmayı artırdığı savı çalışmada ortaya konulmuştur. Böylelikle sağlığın beşeri sermayenin olmazsa olmaz kaynaklarından olduğu ve sağlık alanına yapılan harcamaların ülkelerin beşeri sermayesini güçlendirdiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmada, Türkiye ile OECD üyesi diğer ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH içinde payları ve kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarı kamu sektörü ve özel sektör ayrımı yapılarak ele alınıp araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre GSYH içinde sağlık harcamaları oranının en yüksek olduğu ülke ABD olmaktadır. ABD'den sonra sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının yüksek olduğu (%10 ve üzeri) diğer gelişmiş ülkelerin başında İsviçre, Almanya, İsveç, Fransa, Japonya, Kanada, Hollanda, Norveç, Belçika, Danimarka ve Avusturya gelmektedir. Sağlık harcamaları OECD ortalamasının altında bulunan Endonezya son sırada yer alırken, Endonezya'dan hemen sonra Türkiye gelmektedir. GSYH içinde sağlık harcamaları payı düşük olan diğer OECD ülkeleri ise Hindistan, Çin, Rusya, Letonya ve Meksika gibi ülkeler gelmektedir.

OECD ülkelerinde kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke ABD olduğu tespit edilmiştir. ABD'yi İsviçre, Lüksemburg, Norveç, Almanya, İrlanda, İsveç ve Hollanda takip etmektedir. OECD ülkelerinin içinde kişi başına sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkelerin başında sırasıyla Hindistan, Endonezya, Çin, Kolombiya, Brezilya, Meksika ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin geldiği görülmüştür. Ancak Türkiye'nin hem GSYH içindeki sağlık harcamalarının payı hem de kişi başına sağlık harcamalarının payı OECD ortalamasının altında olsa da incelenen dönemde (2000-2017 yılları arası) her iki alanda da sürekli arttığı çalışmada görülmüştür.

Gerek sağlık hizmetleri yönünden gerekse de sosyal refah noktasından farklı gelişmişlik seviyelere sahip olan OECD üyesi ülkelerin GSYH içinde sağlık harcamaları payı kamu sektörü ve özel sektör olarak ele alındığında, gelişmiş sağlık hizmetlerine sahip ülkelerin kamu sektörü harcamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada elde edilen sonuçlar çerçevesinde İsviçre, Almanya, İsveç, Japonya, Fransa ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerin kamu sektörü sağlık harcamaları payı özel sektör harcamaları

payından yüksek olurken buna karşın istisna olarak ABD'nin özel sektör sağlık harcamaları payı daha fazla olmaktadır. Sağlık hizmetleri yönünden geri kalmış Endonezya, Hindistan ve Brezilya'nın özel sektör sağlık harcamaları kamu sektörü harcamalarından daha fazladır. Türkiye'nin durumu ise, kamu sektörü ağırlıklı bir sağlık harcaması politikası uygulandığı görülmektedir.

Sayısal verilerin ışığı altında Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin istenen düzeye ulaşmasını sağlamak için sektörel açıdan ağırlığın kamu sağlık harcamalarına verilmesi gerektiği söylenebilir. Bu sonuç kamu ekonomisi teorisiyle örtüşmektedir.

## **6. Kaynakça**

Akça, H., (2015), "Beşeri Sermaye Harcamaları: Türkiye'de Yaşanan Gelişmeler ve Sonuçlar Üzerine Bir İnceleme", *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 7(2), 33-57.

Baltagi, B. and Moscone, F., (2010), "Health Care Expenditure, Income and Welfare in The OECD Reconsidered: Evidence From Panel Data", *OECD Discussion Paper Series No: 4851*, 804-811.

Barro, R. J., (1998), "Human Capital and Growth in Cross-Country Regressions", *Harvard University Press*, Manuscript, October, 1-46.

Bartolo, A.D., (1999), "Human Capital Estimation Through Structural Equation Models with Some Categorical Variables", *International Workshop on Correlated Data: Estimating Function Approach*, Trieste, Italy, 22-23 October.

Brempong, K.G., and Wilson, M., (2003), "Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries", *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 1-25.

Çetin, M., Ecevit, E., (2010), "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.

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

## Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Görünümü: Türkiye ve OECD Karşılaştırması

Karagül, M., (2003), "Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı", *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (5), 79-90.

Koç, A., (Temmuz-Aralık, 2013), "Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi İle AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme", *Maliye Dergisi*, (165), 241-258.

Lago-Peñas, S., Cantarero, D., Fernández, C., (2013), "On the Relationship Between GDP and Health Care Expenditure: A New Look", *Economic Modelling* 32, 124-129.

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

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en), (Erişim Tarihi: 15.05.2018).

OECD, (1998), *Human Capital Investment; An Internatioanl Comparison*, OECD, Paris:.

OECD, (2018), Health Spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (Erişim Tarihi: 10.05.2018).

OECD, (2018), Health Expenditure and Financing: Health Expenditure Indicators, (Erişim Tarihi: 28.10.2018).

Öz, B., Taban, S., ve Kar, M., (2009), "Kümeleme Analizi İle Türkiye ve AB Ülkelerinin Beşeri Sermaye Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 1-30.

Özsağır, A. ve Çütcü, İ., (2013), "Bölgesel Kalkınma Açısından Özel Sağlık Sektörünün Yeri ve Önemi", *Fırat Kalkınma Ajansı*, <http://ikt.hku.edu.tr/Dosyalar/28092016110115.pdf>.

Özyakışır, D., (2011), "Beşeri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme", *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 6(1) 46-71.

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

Saxton, J., (2000), "Investment in Education: Private and Public Returns", *Joint Economic Committee United States Congress*, 1.

Schultz, T.W., (1961), "Investment in Human Capital", *The American Economic Review*, Vol:51, pp.1-18.

Sen, A., (1999), “*Development as Freedom*”, Oxford: Oxford University Press. Introduction.

Sghari, M.B.A., and Hammami, S., (2013), “Relationship Between Health Expenditure and GDP in Developed Countries”, *IOSR Journal Of Pharmacy*, 3(4) 41-45.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara: 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 12.04.2018).

Tıraşoğlu, M., Yıldırım, B., (2012), “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, Aralık, 111-117.

TÜİK (2018), “Sağlık Harcamaları İstatistikleri” [tuik.gov.tr](http://tuik.gov.tr), (Erişim Tarihi: 04.06.2018).

World Bank, (2018), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> (Erişim Tarihi:12.07.2018).

Yalçın, A.Z., Çakmak, F., (2016), “Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-723.

Yaylalı, M., Lebe, F., (2011), “Beşeri Sermaye İle İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi”, *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Yıl 2011, xxx(1), 23-51.

Yumuşak, İ.G., Yıldırım, D.Ç., (2009), “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 1v(1), 57-70.