

### Sağlık Harcamaları ve Gelir Dağılımı İlişkisi: Türkiye ve OECD Ülkeleri Karşılaştırmalı Analizi

### *The Relationship between Health Expenditure and Income Distribution: The Comparative Analysis of Turkey and OECD Countries*

**Eyüp Akbulut**

Arş. Gör., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi (Sakarya Üniversitesi, SBE, Maliye Bölümü Doktora Programı Öğrencisi), İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, eyupakbulut@ibu.edu.tr,  
ORCID: 0000-0003-4314-8462

#### MAKALE BİLGİSİ

*Makale Geçmişi:*

Geliş: 8 Ekim 2020

Düzeltilme Geliş: 20 Ekim 2020

Kabul: 26 Ekim 2020

*Anahtar Kelimeler:*

Sağlık Harcamaları, Gelir  
Dağılımı, Yoksulluk

© 2020 PESA Tüm hakları saklıdır

#### ÖZET

Devletler sosyal koruma harcamaları ile sosyal güvencesi olmayan yoksul bireyleri güvence altına almaktadırlar. Kamu tarafından sunulan sağlık harcamaları yoksul bireylerin sağlık riskini ortadan kaldırmaktadır. Bütçe kısıtı nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamayan yoksul bireyler sağlık ve gelir kaybı riski taşımaktadırlar. İstihdamda sağlıklı bireylerin tercih edilmesi yoksul kesimin gelir kaybı yaşamasına ve gelirin eşitsiz dağılımının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, çalışmada sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanması neticesinde gelirin eşitsiz dağılımı üzerine düzeltici etkisi beklenmektedir. Çalışmada, Türkiye’de sağlık harcamalarının kamu tarafından sunulması sonucu cepten yapılan sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir. Yoksul hanelerin cepten yapılan sağlık harcamalarının azalması ile refah düzeylerinin yükselmesi beklenmektedir. Buna karşılık yoksul kesimin sağlık harcamalarının cepten karşılanması durumunda kullanılabilir gelirlerinin azaltacağı ve fakirleşmelerine neden olacağı açıktır. Bu düşünceyle çalışmada kamu sağlık harcamaları gelir dağılımı etkileşimi grafiksel olarak ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Analizlerin anlamlı olabilmesi için Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları ve gini katsayılarının yıllara göre dağılımı OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı analiz edilmektedir.

#### ARTICLE INFO

*Article History:*

Received: 8 October 2020

Received in revised form: 20  
October 2020

Accepted: 26 October 2020

*Keywords:*

Health Expenditure, Income  
Distribution, Poverty

© 2020 PESA All rights reserved

#### ABSTRACT

States secure poor individuals who do not have social security with their social protection expenditures. Health spending provided by the public eliminates the health risk of poor individuals. Poor individuals who cannot benefit from health services sufficiently due to budget constraints carry the risk of health and income loss. The preference of healthy individuals in employment causes the poor to lose income and increase the unequal distribution of income. Therefore, in the study, a corrective effect on the unequal distribution of income is expected as a result of the public coverage of health expenses. In this study, health spending in Turkey has decreased as a result of the submission of OOP health spending by the public. The welfare level of poor households is expected to rise with the decrease in out-of-pocket health expenditures. On the other hand, it is clear that if the health expenditures of the poor are met out of pocket, their disposable income will decrease and cause them to become poor. With this in mind, in this study, the interaction of public health expenditures and income distribution is tried to be presented graphically. In order to find meaningful analysis, health expenditures in Turkey and Gini coefficient by years have been analysed comparatively with OECD countries.

## GİRİŞ

Çağımızda ülkelerin üzerine yoğunlaştığı konulardan birisi gelirin eşitsiz dağılımı problemidir. Hükümetler maliye politikası araçları ile (özellikle vergiler ve harcamalar) ekonomide belirli bir dönemde oluşturulan ulusal gelirin üretim faktörlerine dağılımına müdahale ederek geliri yeniden dağıtmaktadır. Lüks mallar üzerindeki vergilerden elde edilen gelirin eğitim, sağlık ve sosyal koruma gibi alanlara harcanması ile yoksul hanelerin refah düzeyleri yükseltilebilmektedir. Bu nedenle, nüfusun en yoksul %20'lik kısmında yer alan hanelerin üzerindeki vergi yükünü azaltacak ya da kaldıracak vergi reformları yapılmasının faydası yoksul kesime yönelik olan kamu harcama programları ile gelirin ikincil dağılımının daha adil bir duruma getirilebilmesidir.

Kamu harcamalarının gelir dağılımı üzerine yansımalarının eşitsizliği azaltıcı yönde olabilmesi, bu faydadan yoksul hanelerin yararlanmasına bağlıdır. Böylece, kamu harcamalarının gelir dağılımı üzerine iyileştirici etkisi ortaya çıkmaktadır. Ters durumda, kamu harcamalarından zengin kesimin yoksul kesime göre eşit ya da daha fazla yararlanması halinde gelir dağılımında eşitsizliğin artması beklenir. Kamu harcamalarının finansmanında dolaysız vergilere göre dolaylı vergilerin payının yüksek olması, marjinal tüketim eğilimi yüksek olan yoksul haneler üzerinde yük oluşturmaktadır. Aynı şekilde, kamu harcamalarının finansmanında iç borçlanmaya başvurulması halinde, devlet iç borçlanma senetleri karşılığı faiz kazancı elde edenlerin genellikle tasarruf sahibi (zengin kesim) olduğu görülmektedir. Böylece, kaynakların yoksul kesimden zengin kesime doğru transfer edilmesi gelirin eşitsiz dağılımını artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerine yönelik yapılan harcamalar sağlıklı istihdam olanaklarını artırmakta ve üretici birimlerin daha verimli çalışan emek ihtiyacını karşılamaktadır. Başka bir ifadeyle, istihdamda sağlıklı bireyler tercih edilmektedir. Buna göre sağlık, gelir sahibi olmak için etkin bir faktördür. Lusting'e (2004: 15) göre, sağlık sadece hastalığın olmaması anlamına gelmemekte, aynı zamanda bireylerin hayatları boyunca yeteneklerini geliştirebilecek potansiyele ulaşmalarını da sağlamaktadır. Sağlık, bireylerin geleceğe dönük gelirini belirleyebilmekte ve refah düzeyinin yükselmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, sağlıklı bir toplumda, öğrenim gören çocuklar arasında okula devamsızlık oranı giderek düşmekte ve bu durum süregelen öğrenme becerisini kesintiye uğratmamaktadır. Bunun yanında, hastalık tedavisi için ayrılan finansal kaynaklar farklı ihtiyaçların sağlanmasına olanak sağlamaktadır. Bir ailede anne ve babanın sağlıklı olması bir işte istihdam edilmesini sağlamaktadır. Böylece çocuklarının iyi bir şekilde beslenmesine olanak tanınmaktadır. Sağlıklı ve iyi beslenmiş çocuklar okulda daha iyi bir performans gösterebilir ve bunun sonucunda iyi bir mesleğe sahip olabilir. Bu ise gelecekte elde edilecek gelirlerini olumlu yönde etkileyebilir.

Bunun yanında, sağlıklı bireylerin istihdam olanaklarının daha kolay olması gelir elde etmelerine olanak sağlayabilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması, bireylerin sağlık için ayırmış oldukları finansmanı eğitim için kullanmaları daha iyi bir meslek edinmelerine imkan sağlayabilecektir. Bu açıdan, yoksul kesimde yer alan bireylerin daha iyi bir sağlık ve eğitim koşullarına sahip olmaları neticesinde daha iyi bir gelir getiren meslek sahibi olmaları gelir dağılımında düzelmeye olanak sağlayabilir. Bu nedenle hükümetlerin yoksul kesimde yer alan hanehalklarına yönelik sağlık yardımları gibi sosyal yardımlara ağırlık vermesi gelir dağılımında eşitsizliği giderici bir etki doğurabilir.

Bu bilgiler ışığında, piyasa ekonomisinde oluşan gelirin eşitsiz dağılımına devletler vergi ve harcama politikaları ile müdahale ederek bu dağılımı daha adil bir duruma getirmeye çalışmaktadırlar. Bu çalışmanın gerekçesi, harcama politikalarından biri olan sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerindeki etkisini grafiksel olarak araştırmaktır. Türkiye'de gelirin eşitsiz dağılımı ile mücadelede sağlık harcamalarına bütçeden daha fazla ödenek ayrılması neticesinde gelir dağılımında eşitsizliği giderici etkinin olup olmadığını göstermek çalışmanın temel amacıdır.

Bu çalışmada, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisinin yönü araştırılmaktadır. İlk olarak gelir dağılımı tanımlanmaya çalışılmış, daha sonra Türkiye'de gini katsayısı ve sağlık harcamalarının gelişimi gösterilmiş ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılmıştır. Son olarak, sağlık harcamalarının gelir dağılımına etkisinin güncel verilerle grafiksel olarak ortaya konulmaya çalışılması alan yazına katkı sağlayacaktır.

## 1.Literatür

Kamu tarafından ücretsiz sunulan tam kamusal mal ve hizmetlerin faydasından her bireyin eşit faydalanmasına rağmen, bu hizmetlerin finansmanında yer alan vergi mükelleflerinin farklı vergilendirilmesi durumunda elde edilen fayda aynı; ancak ödenen vergi farklı olmaktadır (Batirel, 1990: 78). Ancak topluma bir bütün olarak sunulan tam kamusal mal ve hizmetlerin faydasının bölünememesi nedeniyle gelir dağılımı üzerine etkisinin tarafsız/nötr olduğu kabul edilmektedir. Bunun yanında faydasının bölünebilir olduğu kabul edilen yarı kamusal mal ve hizmetlerin yoksul kesime yönelik sunulması gelir dağılımı üzerine iyileştirici yönde etki yapmaktadır (Tuncer, 1970: 59-60).

Kamu kesiminin ekonomiye müdahale ederek eğitim ve sağlık harcamalarının üretiminde yer alması, gelirin yeniden dağılımına olumlu yönde etki yapmaktadır. Bu nedenle ülkeler, eğitim-sağlık ve sosyal konut gibi marjinal sosyal faydası özel faydasından fazla olan mal ve hizmetlerin olumlu dışsal fayda yaymaları ve piyasada eksik üretilmeleri nedeniyle bu mal ve hizmetlerin düşük fiyat ile sunulması için üretiminde yer almakta ya da üretici firmaları sübvansede etmektedirler. Böylece bu hizmetlerden faydalananlara aynı hizmet olarak gelir transferi gerçekleştirilmektedir (Batirel, 1990: 79).

Bu açıdan, yarı kamusal mal ve hizmetlerden biri olan sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması ile yoksul kesime aynı gelir transferi sağlanması bu kesimin refah düzeyini yükseltmektedir. Bu nedenle, toplam sağlık harcamalarının içerisinde kamu sağlık harcamalarının payının artırılması ve bu harcamaların faydasından yoksul kesimin zengin kesime göre daha çok yararlandırılması gelir dağılımı üzerinde düzeltici yönde etki meydana getirebilmektedir. Kamu sağlık harcamalarındaki artış, yoksul hanelerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının azalmasına ve kullanılabilir gelirlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durumun gelirin adil dağılımına olumlu yönde tesir etmesi beklenmektedir.

Özellikle gelişmekte olan ülkeler, ekonomik büyümenin sağlanmasında beşerî sermayenin geliştirilmesine önem vermektedirler. Beşerî sermayenin gelişmesi, eğitilmiş ve sağlıklı bir toplum ile meydana gelmektedir (Doğan, 2016: 28). Eğitilmiş toplumlarda sağlık bilincinin oluşması ekonomide sağlıklı istihdamı meydana getirmektedir (Eşiyok ve Sekmen, 2012: 27). Eğitilmiş ve sağlıklı bireylerin sağlıklı bireylere göre üretim sürecinde daha verimli olmaları nedeniyle, istihdam sürecinde tercih edilmektedirler. Bu nedenle, Ulusoy (2007: 312)'a göre eğitim ve sağlık hizmetlerinin düşük gelirli kesime yönelik ucuz ya da ücretsiz sunulmasının yanında ulaşılabilirliğinin sağlanması ile gelirin eşitsiz dağılımı daha adil bir hale getirilebilir. Matinez-Vazquez (2001: 31)' e göre ülkeler eğitim ve sağlık hizmetlerini kaynak tahsisinde etkinlik ve gelir dağılımında eşitlik amacı ile sunmalıdır. Bu hizmetlerin piyasa ekonomisinde özel kesim tarafından etkin üretilmemesi kaynak tahsisinde etkinlik için kamu kesimini gerekli kılmakta ve bu hizmetlerin faydasından özellikle yoksul kesimin yararlandırılması gelirin eşit dağılımına olumlu yönde etki doğurmaktadır.

Selowsky (1979), Kolombiya'da 4.019 hane üzerine yaptığı anket çalışması ile eğitim ve sağlık, elektrik, su ve kanalizasyon yatırımları için yapılan kamu harcamalarının gelirin ikincil dağılımına etkisini araştırmıştır. Çalışmada, sağlık harcamalarının gelir dağılımını düzeltici yönde olduğu sonucuna varmıştır.

Meerman (1979), Malezya'da yaptığı çalışmada, eğitim ve sağlık, elektrik, su ve kanalizasyon yatırımları gibi kamu harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisini araştırmıştır. Çalışmada, sağlık harcamalarından elde edilen faydanın gelir dilimleri arasında eşit bir şekilde dağıldığını ifade etmiştir.

Devarajan ve Hossain (1998), Filipin'de eğitim-sağlık ve kanalizasyon gibi alt yapı için yapılan kamu harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisini araştırmıştır. 1988 ailenin katıldığı (hastane ve klinik kullanım oranlarına göre) gelir ve harcama anketlerini kullanarak yaptığı çalışmasında sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine yansımalarını yoksul yanlısı olarak bulmuştur.

Younger (1999), Ekvator'da devlet harcamalarının gelir dağılımı üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada, devlet harcamaları içinde ilköğretilere yapılan harcamalar gelirin dağılımı üzerinde en çok düzeltici etkiye sahip olan harcamalardır. İlk öğretim harcamalarından sonra gelir dağılımı üzerine en çok düzeltici etkiye sahip kamu harcamaları çocuklar ve yetişkinler için kamu tesislerinde verilen sağlık hizmetleri, bunu takiben

ortaöğretim için yapılan kamu harcamaları, sonra kamu üniversiteleri ve son olarak özel üniversiteler gelmektedir.

Aksoğan ve Elveren (2012), Türkiye’de savunma, eğitim ve sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisini inceleyerek, sağlık harcamalarının gelir eşitsizliği üzerine düzeltici etkisinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Martinez-Vazquez, Moreno-Dodson, Vulovic (2014), harcama ve vergi politikalarının gelir dağılımı üzerindeki etkisini incelemişler ve 150 ülkenin 1970-2006 yılları arasında gelir dağılımı verilerini ele almışlardır. Çalışmada gelirin eşitsiz dağılımını düzeltici etkiye sahip kamu harcamaları 4 kategoride değerlendirilmiştir. Bunlar: Sosyal Güvenlik, Eğitim; Sağlık ve Konuttur. GSYH’sından sosyal koruma, eğitim, sağlık ve konut harcamalarına yüksek oranda pay ayrılması durumunda gelir dağılımının hem bireysel hem de toplumsal anlamda pozitif etkileneceğini ifade etmişlerdir.

Lusting (2015), çalışmasında 13 gelişmekte olan ülkenin kamu eğitim ve sağlık harcamalarının gelirin ikincil dağılımına etkisini araştırmıştır. Çalışmada, kamu tarafından yapılan eğitim ve sağlık harcamalarının gelirin yeniden dağılımı üzerine etkisinin pozitif yönde olduğunu ifade etmiştir.

Ulusoy, vd. (2015), Türkiye’de eğitim, sağlık, enflasyon ve faiz değişkenlerini kullanarak yaptığı ampirik çalışmada kamu sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine düzeltici etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

## **2. Gelir ve Gelir Dağılımı Kavramları**

Gelir, bir ülkenin milli sınırları içerisinde bir yılda gerçekleştirilen nihai mal ve hizmet üretimi karşılığında üretim faktörlerine yapılan ödemeler toplamını ifade etmektedir (Ünsal, 2011: 57).

Gelir dağılımı ise, bir ülkede belirli bir dönemde oluşturulan milli gelirin, kişiler, gruplar ya da üretim faktörleri arasında bölüşülmesi olarak tanımlanmaktadır. Gelirin eşit dağılımı, ekonomide belirli bir dönemde meydana getirilen gelirin, ekonomideki karar birimleri tarafından ne ölçüde dağıtıldığına bağlı olmaktadır. Ülkelerarasında, gini katsayısı yardımı ile gelir dağılımları karşılaştırıldığında farklılık gözükmesinin yanında adaletli ya da eşit bir dağılımın gerçekleşmesi olanaksız olduğu söylenebilir (Eğilmez ve Kumcu, 2004: 126).

Devlet müdahalesinin olmadığı kendi kendine işleyen piyasa ekonomilerinde gelirin adil bir şekilde dağıtılması beklenmemektedir. Üretim, tüketim ve bölüşüm dengelerinin piyasa koşullarına ve fiyat mekanizmasına göre belirlendiği ekonomilerde mülkiyet dağılımı farklı olmaktadır. Bireylerin üretim faktörlerine sahiplik derecelerinin farklı olmasının yanında, üretim faktörlerine olan talebin farklılık göstermesi gelirin eşitsiz dağılımı sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, hükümetler, maliye politikası araçları ile, kamu harcamalarının faydasının yoksullara ve vergi yükünün zenginlere yönelik olmasını sağlayarak gelirin ikincil dağılımını daha adil bir hale getirmeye çalışmaktadırlar (Aksoy, 2011: 450-51).

Gelir dağılımı, birincil ve ikincil gelir dağılımı olarak ikiye ayrılmaktadır. Birincil gelir dağılımı, literatürde fonksiyonel gelir dağılımı olarak isimlendirilmektedir (Boratav, 1991: 26). Birincil gelir dağılımı, ülkelerin vergi ve harcama politikalarının etkisinin olmadığı bir durumda üretim faktörlerinin ulusal gelirden aldıkları paya göre ortaya çıkan dağılımı ifade etmektedir.

Piyasa ekonomilerinde üretim faktörlerinin, üretim süreci boyunca elde ettikleri faktör gelirlerinin dağılımı birincil gelir dağılımını oluşturmaktadır. Birincil gelir dağılımı sonrası hükümetler, bu dağılımın daha adil olabilmesi için yasal düzenlemeler ile piyasaya müdahale etmektedirler. Devletin gelir dağılımı fonksiyonu, asıl olarak ikincil düzeyde, yani piyasa gelir dağılımı meydana geldikten sonraki süreçte ortaya çıkmaktadır. Hükümetlerin vergi ve sübvansiyon gibi araçlar ile geliri yeniden dağıtmasına ikincil gelir dağılımı denir (Kirmanoğlu, 2011: 206).

## 2.1. Türkiye’de Gelir Dağılımı

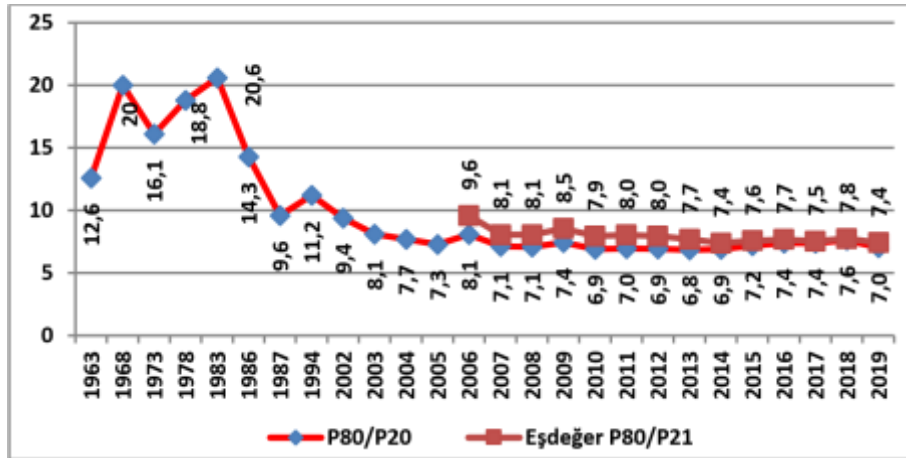
Türkiye’de kişisel gelir dağılımının belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden biri Yüzde Paylar Analizidir. Haneler, milli gelirden aldıkları paylara göre en yoksuldan en zengine doğru genellikle %20’lik gruplar halinde 5 grupta kümülatif olarak sınıflandırılmaktadır. Her % 20’lik gruba düşen hanelerin kullanılabilir gelirlerinin, toplam kullanılabilir gelire oranlanması ile hanelerin gelirine ilişkin yüzde paylarına ulaşılmaktadır. Bu şekilde nüfusun her bir %20’lik grubunun ulusal gelirden ne kadar pay aldıkları hesaplanabilmektedir. Her %20’lik grubun ulusal gelirden eşit pay alması durumunda gelir dağılımında mutlak eşitlik doğrusu elde edilmektedir.

Ulusal gelir dağılımında, en zengin %20’lik gelir grubundaki hanelerin milli gelirden aldığı pay ile en yoksul %20’lik gelir grubundaki hanelerin ulusal gelirden aldıkları paylar arasındaki oranın 10 kata ulaşması, sosyal patlamalara ve ekonomik bunalıma neden olan kritik nokta olarak kabul edilmektedir (Şener, 2006: 466).

Grafik 1’e göre, Türkiye’de hanehalkı kullanılabilir gelire göre P80/P20 oranı 1968 yılında 20 kat ve 1994 yılında 11 kat olmasına rağmen sosyal patlamalar ya da ekonomik bunalımlar ortaya çıkmamıştır. Bu duruma, kırsal nüfustan kentsel nüfusa doğru gerçekleşen tamamlayıcı ya da telafi edici gelir transferleri sebep olarak gösterilmektedir. Diğer bir etken olarak, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca yapılan yardımların (Yumuşak ve Bilen, 2000: 78) yanında islam inancı gereği ihtiyaç sahibi akraba ve yoksullara verilen zekat ve sadaka gibi yardımların varlığı ve tevekkül inancı gösterilebilir.

Türkiye’de hanehalkı kullanılabilir gelire göre P80/P20 oranı 1990 yılından 1987 yılına kadar düşmüş ve 9,6’ya gerilemiştir. Bu oran 2002 yılında 9,4 iken, 2005 yılına doğru azalma eğilimine girmiş ve 7,3 kata kadar azaldığı görülmüştür. Grafikte yer alan yıllar arasında en düşük düzeyi gören yıl 6,8 kat ile 2013 yılıdır. Böylece, Türkiye’de 2013 yılı için diğer yıllara göre gelirin daha adil dağıldığı, yoksulluğun azaldığı ve toplumsal refah düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. 2013 yılından 2018 yılına doğru P80/P20 oranının artma eğiliminde olduğu görülmektedir. 2018 yılında 7,6’ya kadar yükselen bu oran 2019 yılında 7,0’ a gerileyerek, tablodaki düşük P80/P20 oranları arasında yer aldığı görülmektedir.

**Grafik 1: Yıllara Göre Son %20’lik Dilimin İlk %20’lik Dilime Oranı (P80/P20), Türkiye.**



**Kaynak:** TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, Hanehalkı Kullanılabilir Gelire Göre. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

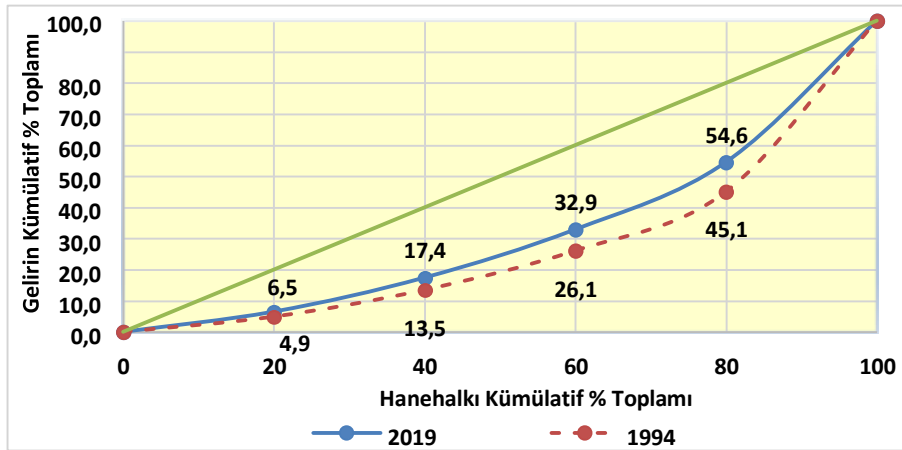
Ayrıca grafik 1’de eşdeğer hanehalkına göre hesaplanan P80/P20 oranı verilmektedir. Hanede toplanan gelirin hane fertleri sayısına bölünmesi sonucu elde edilen veriler ışığında gelir dağılımındaki eşitsizliğin arttığı görülmektedir. Yine bu oranın yıllar itibari ile azaldığı, başka bir ifadeyle en zengin ile en yoksul arasındaki gelir farkının azaldığı görülmektedir. Bu oran 2006 yılında 9,6 kat iken 2019 yılına gelindiğinde 7,4 kata kadar gerilemiştir.

## 2.2. Türkiye'nin Lorenz Eğrisi ve Gini Katsayısı

Türkiye’de gelirin eşitsiz dağılımının şekil yardımı ile görülebilmeye imkân tanıyan yöntem Lorenz Eğrisi’dir. Lorenz eğrisi yüzde paylar analizlerinden elde edilen veriler kullanılarak elde edilmektedir. Yatay ekseninde milli hasıladan aldıkları paylara göre en yoksuldan en zengine doğru %20’lik gruplar halinde kümülatif olarak sıralanan haneler yer almaktadır. Dikey ekseninde ise milli hasılanın kümülatif toplamı yer almaktadır. Lorenz eğrisi yatay eksenindeki hanelerin kümülatif yüzdeleri ile dikey eksenindeki gelirin kümülatif yüzdeleri arasındaki ilişkiyi vermektedir. Grafik 2’de güney batıdan kuzeydoğu köşesine doğru giden ve 45 derecelik açığa sahip olan çizgi, gelir dağılımında mutlak eşitlik doğrusunu vermektedir. Bu çizgi üzerindeki noktalarda milli hasıla eşit dağılmaktadır.

Türkiye’nin 1994 ve 2019 yılı Lorenz Eğrileri aşağıdaki grafikte karşılaştırılmaktadır. 1994 yılındaki Lorenz Eğrisi, 2019 yılı Lorenz eğrisine göre aşağıya doğru daha eğik, 2019 yılına göre ulusal gelirin daha eşitsiz dağıldığı bir durumu göstermektedir. 2019 yılı Lorenz Eğrisinin 45 derecelik açığa sahip olan mutlak eşitlik doğrusuna daha yakın olması nedeniyle, 2019 yılında ulusal gelirin daha adil bir şekilde dağıldığı söylenebilir. 1994 yılında nüfusun ilk %20’si, ulusal gelirin %4,9’unu alırken, 2019 yılında bu oran %6,5’e yükselmiştir. 1994 yılında nüfusun %40, 60 ve 80’i sırasıyla ulusal gelirin %13,5, 26,1 ve 45,1’ini almıştır. En zengin %20’lik kesim ise ulusal gelirin yarısından fazlasını %54,9’unu almıştır. 2019 yılında son (en zengin) %20’lik kesimin aldığı pay %46,3’e düşmüştür. Gelir dağılımının daha adil hale geldiği söylenebilir.

**Grafik 2: Türkiye’de Lorenz Eğrileri (1994 ve 2019).**



**Kaynak:** TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, Hanehalkı Kullanılabilir Gelire Göre. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

Bir ülkenin gelir dağılımının belli bir dönem için ya da ülkelerarası analizinde birçok Lorenz eğrileri yerine daha kolay anlaşılmasını sağlayan değer Gini katsayısıdır.

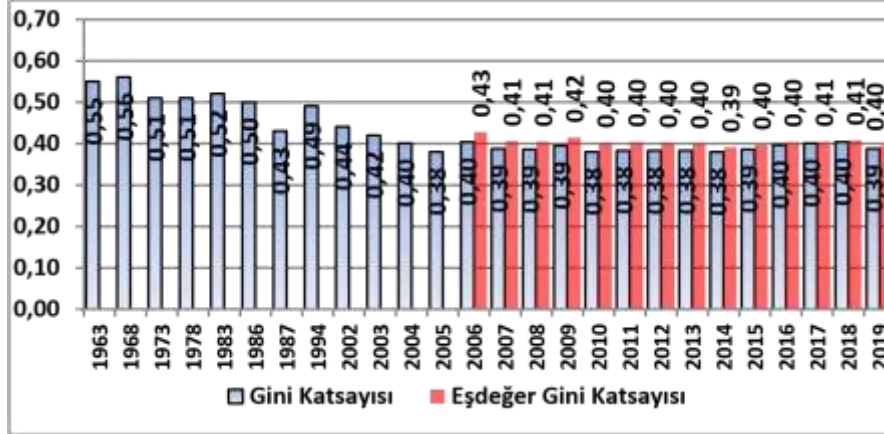
Gini katsayısı, Lorenz Eğrisinin sayısal olarak görülebilmeye imkân tanıyan yanında, ülkelerarasında karşılaştırma yapılabilmesine imkân tanımaktadır. Gini katsayısı '0' ile '1' rakamları arasında yer alan sayısal bir değerdir. Bu katsayı '0'a yaklaştıkça gelir eşitsizliği azalmakta iken, '1' e yaklaştıkça eşitsizlik artmaktadır.

Grafik 3'te görüldüğü gibi Türkiye’de 1963 yılında Gini katsayısı 0,55 iken 1968 yılında 0,56 olarak gerçekleşmiştir. Bu tarihten itibaren Gini katsayısının '0' rakamına doğru yaklaştığı ve 2005 yılında 0,38 değerine kadar azaldığı görülmektedir. Tabloda yer alan yıllara göre Gini katsayısının en düşük olduğu rakam 6 yıl için (2005, 2010-2014) 0,38 değeridir. 2019 yılına gelindiğinde ise Gini katsayısının 0,39 olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Ayrıca grafik 3'te eşdeğer hanehalkı hesaplamalarına göre verilen Gini katsayıları yer almaktadır. Eşdeğer hanehalkı hesaplamalarına göre Türkiye’de Gini katsayısının daha eşitsiz bir gelir dağılımını ortaya koyduğu görülmektedir. Nitekim diğer yöntemde olduğu gibi eşdeğer hane tipi gelir dağılımında yıllar itibarı ile bir düzelleme mevcuttur. Türkiye’de 2006 yılında eşdeğer tipi Gini katsayısı 0,43 iken, bu katsayı yıllar itibarı ile düzelleme eğilimi

göstermiş ve 2019 yılında 0,40'a kadar gerilemiştir. Türkiye'de 2019 yılında gerçekleşen gelir dağılımının 2006 yılına göre daha adil olduğu söylenebilir.

**Grafik 3: Yıllara Göre Gini Katsayıları, Türkiye.**



**Kaynak:** TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, Hanehalkı Kullanılabilir Gelire Göre ve Eşdeğer Hanehalkı Kullanılabilir Gelire Göre, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

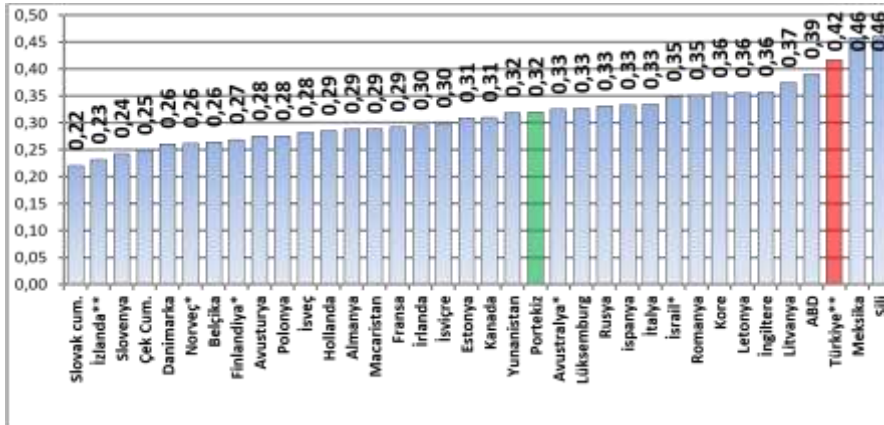
Türkiye'de yıllara göre genel itibari ile gini katsayısının düştüğü, gelir eşitsizliğinin azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye'nin gini katsayısının diğer ülkeler ile karşılaştırılması daha anlamlı bir analiz sağlayabilmektedir.

### 2.3. OECD ve AB Ülkelerinde Gini Katsayısı

Gini katsayısı, ulusal gelirin hangi ülkelerde daha eşit ya da eşitsiz dağıldığını görülebilmesine ve ülkeler arasında karşılaştırma yapılabilmesine olanak tanımaktadır. Türkiye'nin gini katsayısı ile OECD ülkelerinin gini katsayıları grafik 4'te karşılaştırılarak analiz edilmektedir.

Grafik 4'te OECD ülkelerinin 2017-2018 yılına ait Gini Katsayıları verilmektedir. OECD-36 ülkelerinde yapılan gelir dağılımı araştırmalarına göre ülkelerin Gini Katsayısı 0,22 ile 0,46 arasında yer almaktadır. Gelirin en iyi dağıldığı ülkelerin başında 0,22 Gini katsayılı Slovakya, 0,23 gini katsayısı ile İzlanda'nın ardından 0,24 ile Slovenya gelmektedir. Türkiye'nin 2019 yılı Gini katsayısı ise 0,42 olarak gerçekleşmiş ve OECD ülkeleri arasında en eşitsiz gelir dağılımına sahip üçüncü ülke olmuştur. Türkiye, gelişmiş Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Avrupa ülkelerinin çok daha adil bir gelir dağılımına sahip oldukları görülmektedir. ABD ile karşılaştırıldığında ise eşitsizlik konusunda belirgin bir fark görülmemektedir. ABD 0,39 gini katsayısı ile Türkiye'nin üzerinde yer almıştır. Gini katsayısına göre gelirin en eşitsiz dağıldığı ülke 0,46 katsayılı Şili ve Meksika'dır.

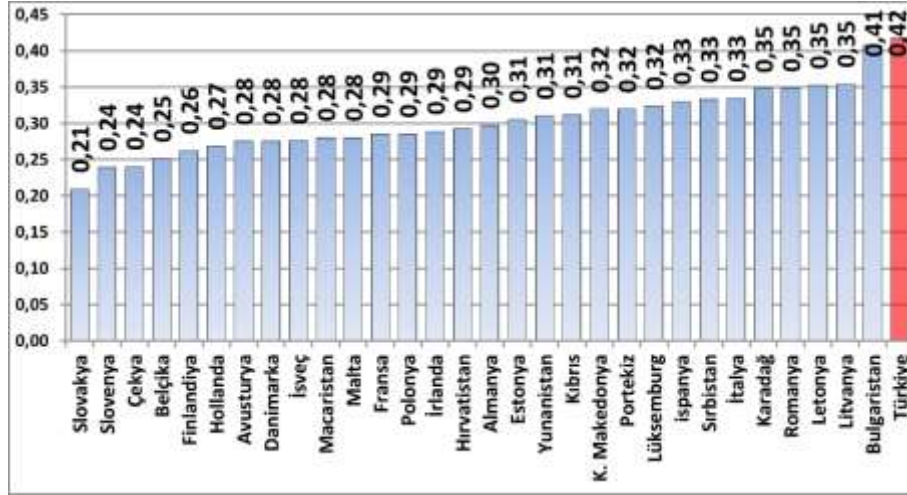
**Grafik 4: OECD Ülkelerinde Gini Katsayıları, 2017.**



**Kaynak:** OECD, Income Distribution and Poverty, 2017; \*2018. \*\* Eurostat, Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC), 2018, Türkiye 2019.

Aşağıdaki grafikte AB ve aday ülkelerin gini katsayıları verilmektedir. Eurostat hesaplamalarına göre AB ülkelerinde 2019 yılı gini katsayısı en düşük ülke 0,21 ile Slovakya'dır. Başka bir ifadeyle, Slovakya ulusal gelirin en adil dağıldığı ülke konumundadır. Bu ülkeyi takiben 0,24 katsayısı ile Slovenya gelmektedir. AB ve aday ülkeler içerisinde gelir dağılımının en eşitsiz olduğu ülke 0,42 gini katsayısı ile Türkiye'dir. Türkiye'de geçmiş yıllara göre gelir dağılımında düzelme görülse de AB ve aday ülkeler ile karşılaştırıldığında gelirin en eşitsiz dağıldığı ülke konumunda olduğu görülmektedir.

**Grafik 5: AB ve Aday Ülkelerde Gini Katsayısı, 2019.**



**Kaynak:** Eurostat, Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)

Türkiye'nin Gini katsayısı AB ve OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında gelir dağılımının halen eşitsiz olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum Türkiye'de vergiler ve harcamalar yolu ile ikincil gelir dağılımına daha çok müdahale edilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle kamu kesimi tarafından gerçekleştirilen eğitim ve sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisinin önemine değinilmektedir. Bu açıdan Türkiye'de sağlık harcamalarının durumunun analiz edilmesi faydalı olabilmektedir.

### 3. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Ulusal hasıla ya da toplam kamu harcamalar içerisinde sağlık harcamalarının payının artırılması ile bireylerin yaşam süresi ve kalitesinin yükselmesi beklenmektedir (Akar, 2014: 1).

Sağlık harcamalarının içerisinde yer alan kişi başına düşen hekim sayısı ve yatak sayısı gibi göstergelerde meydana gelen yükselmeler sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttığı anlamına gelmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerine erişebilirliğin sağlanması gibi temel sağlık verileri toplumun refah düzeyini belirleyen göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu açıdan devletlerin bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları payın artmasına paralel olarak refah düzeyinde ve gelirin yeniden dağılımında bir iyileşme beklenir.

Türkiye'de temel sağlık hizmetleri içinde yer alan sağlık yardımları yoksul kesimi kapsamı açısından önem arz etmektedir. Sosyal yardımlardan faydalanan hanehalkları genellikle sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart almaya hak kazanamayan bireylerden oluşmaktadır. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın maliyeti yoksul kesimin ödeme gücünü aşmaktadır. Bu nedenle sağlık yardımları, gelir dağılımının daha adaletli bir konuma gelmesi için önem arz etmektedir. Ayrıca, sağlık harcamalarının karşılanmasını içeren sağlık yardımları sosyal güvenceden yoksun engelli fertlerin protez, işitme cihazı, engelli arabası, araç gereç ihtiyaçlarının temin edilmesini de kapsamaktadır (Pehlivan, 2010: 53).

Bunun yanında, yoksulluğun kuşaklararası aktarımını engellemeyi ve eğitimli ve sağlıklı bir nesil yetiştirilmesini amaç edinen ve nüfusun en düşük gelir diliminde yer alan ailelerin



çocuklarının temel sağlık hizmetlerine özgürce erişimini sağlayan Şartlı Nakit Transferi (Altay, 2005: 173) gibi uygulamalar da geliri yeniden dağıtıcı bir etkiye sahip olabilmektedir.

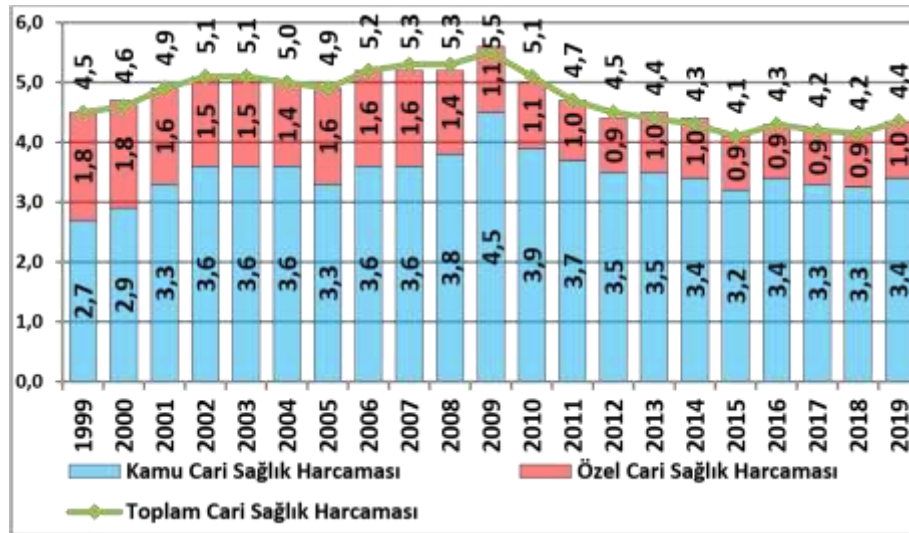
Türkiye’de merkezi yönetim, yerel yönetim ve sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerine yönelik cari harcamalarından oluşan toplam kamu cari sağlık harcamalarının ve özel cari sağlık harcamalarının 1999-2019 yılları arası GSYH içindeki payları Grafik 6’da verilmektedir. Grafik 6’ya göre yıllar itibariyle kamu cari sağlık harcamalarının milli hasıla içindeki payının arttığı görülmektedir. 1999 yılında %2,7 olarak gerçekleşen kamu sağlık harcamasının GSYH’ya oranı 2009 yılında en yüksek paya ulaşmış ve %4,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu tarihten sonra azalış göstermiştir. 2019 yılında ise bu oran %3,4 olarak gerçekleşmiştir.

Özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 1999 ve 2000 yılında %1,8 iken, bu tarihten sonra azalarak 2004 yılında %1,4’e düşmüştür. Sonraki yıllarda artış eğilimine girmiş ve 2007 yılında %1,6 düzeyini görmüştür. Ancak bu tarihten itibaren azalma eğilimi göstererek 2019 yılına gelindiğinde yaklaşık %1’e kadar gerilemiştir.

1999-2019 yılları arası Türkiye’de yapılan toplam cari sağlık harcamalarının milli hasıla içindeki payının 1999 yılından 2009 yılına kadar arttığı; ancak 2009 yılından sonra azalma eğilimi gösterdiği görülmektedir. Bu azalış hem özel hem de kamu sağlık harcamalarından kaynaklanmaktadır. Türkiye’de 1999 yılında toplam cari sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı %4,5’tir. Sağlık harcamalarının milli hasıla içindeki payı yıllar itibariyle artış göstererek 2009 yılında %5,5 olmasına rağmen 2019 yılında 1999 yılından daha az bir oran olan %4,4’e gerilemiştir. Bu azalış daha çok özel sağlık harcamalarının payındaki azalıştan kaynaklanmaktadır.

Ayrıca Grafik 6’da, özel sağlık harcamalarının aksine, kamu cari sağlık harcamalarının milli hasıla içindeki payının 1999 yılına göre arttığı görülmektedir. Kamu kesimi sağlık harcamalarındaki artışın gelir dağılımı üzerinde olumlu yönde bir etki doğuracağı beklenmektedir. Bu açıdan toplam sağlık harcamalarında milli hasılaya oranla bir azalma görülse de, kamu sağlık harcamalarının payındaki artış gelir eşitsizliğinin azalması açısından önem arz etmektedir.

**Grafik 6: Yıllara Göre Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, 1999-2019, (%), Türkiye.**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

### 3.1. Türkiye’de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

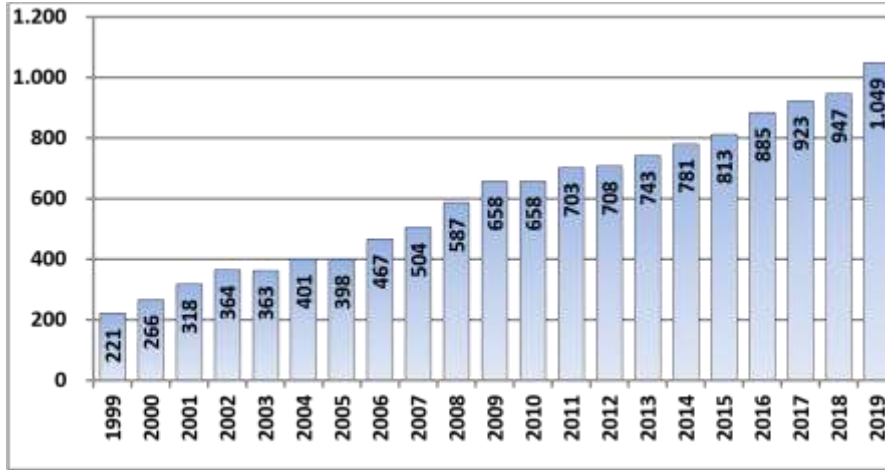
Ülkelerin harcama kalemlerinin analizleri yapılırken, bu harcama kalemlerinin toplam kamu harcamaları içerisindeki paylarına ya da milli hasıla içerisindeki paylarına bakılarak durum analizi yapılabilmektedir. Bunun yanında nüfusun etkisini izole eden kişi başına düşen yöntemdir. Bu yöntem ile yapılan harcamaların niceliğinin yanında niteliği anlam kazanmaktadır. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki artış bireylerin doğrudan

refah düzeylerine etki edebilmektedir. Kişi başına düşen hekim sayısında ya da yatak sayılarındaki artış gibi doğrudan bireyleri etkileyen göstergeler örnek olarak verilebilir. Bu açıdan, Türkiye’de sağlık hizmetlerine verilen önemin değerlendirilebilmesi için kişi başına düşen kamu sağlık harcama miktarının analiz edilmesi faydalı olabilmektedir.

Grafik 7’de Türkiye’de kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları miktarı satın alma gücü paritesine göre dolar cinsinden verilmektedir. Grafiğe göre Türkiye’de yıllar itibariyle kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. 1999 yılında 220\$ olan kamu sağlık harcama miktarı 2009 yılına kadar sürekli olarak yükselmiş ve 658\$’a ulaşmıştır. 2010 yılında aynı kalmış ve bu tarihten sonra tekrar yükselme eğilimine girmiştir. 2019 yılında 1.049\$ olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye’de kişi başına düşen kamu cari sağlık harcamaları seviyesinde görülen bu artış bireylerin refah düzeylerinin yükseldiği anlamına gelmektedir. Bu veriler ışığında Türkiye’de geçmiş yıllara göre daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulduğu söylenebilir. Bunun yanında, sağlık harcamalarının kamu kesiminde yükselmiş olması kamu sağlık hizmetlerinden zengin kesime göre daha fazla faydalanan yoksul kesim lehine bir durumdur. Neticede, kamu tarafından sağlık harcaması karşılanan yoksul hane sayısındaki artış bu kesime bir nevi gelir transferi niteliğinde olmaktadır. Böylece, gelir dağılımının daha adil bir duruma gelebilecektir.

**Grafik 7: Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Kamu Cari Sağlık Harcaması (1999-2019), SGP, ABD\$, Türkiye**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

### 3.2. Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Toplumun temel ihtiyaçlarından biri olan sağlık hizmetlerinin kamu tarafından karşılanması ile topluma sağlıklı bir nesil kazandırılmasının yanında bütçe kısıtı nedeni ile sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamayan yoksul kesimin ihtiyaçlarının karşılanması yolu ile gelir dağılımı daha adil bir hale getirilebilir.

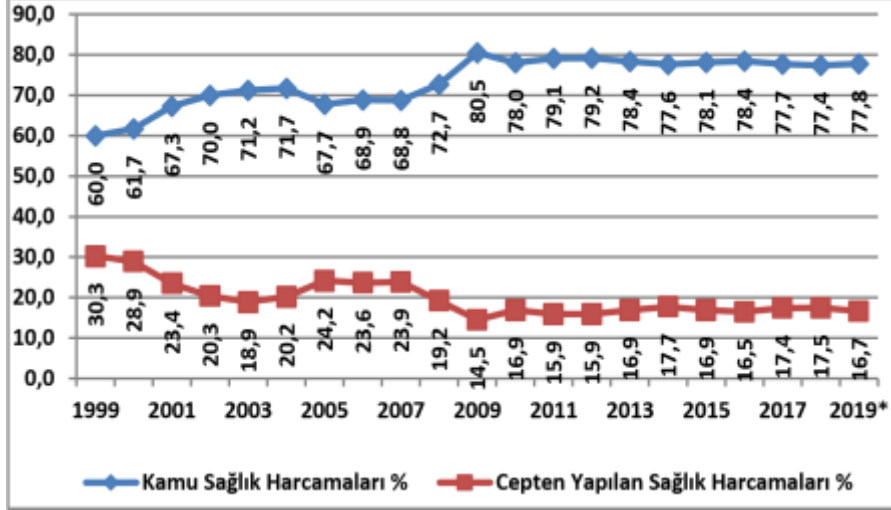
Grafik 8’de 1999 yılından 2019 yılına kadar kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamaları ile cepten yapılan cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payları verilmektedir. Grafik 8’de 1999 yılında hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %30,3 iken, 2003 yılına kadar bu oranın düştüğü görülmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı 2003 yılında %18,9 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran 2004 yılında %20,2 ve 2005 yılında %24,2’ye yükselse de yıllar itibariyle düşmeye devam etmiş ve 2009 yılına gelindiğinde %14,5 olarak en düşük düzeyini, görmüştür. 2019 yılında ise cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %17,5’tir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları oranındaki azalışı daha fazla sağlık hizmetinden daha düşük maliyetle faydalandığı anlamına gelmektedir. Bu sebeple, özellikle yoksul hanelerin sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanması ile toplam

sağlık harcamaları içerisindeki payının azaltılması sayesinde yoksul kesimin refah düzeyinde bir artış meydana geleceği söylenebilir.

Kamu tarafından karşılanan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı, 1999’ da %60 olarak gerçekleşmiş ve daha sonraki yıllarda artarak 2004 yılında %71,7 gibi yüksek bir orana ulaşmıştır. Bu tarihten sonra düşme eğilimi gösterse de 2009 yılında en yüksek düzeyini görerek %80,5 olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %78,3 olarak gerçekleşmiştir.

**Grafik 8: Yıllara Göre Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamaları ve Kamu Cari Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (%), Türkiye.**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020. \*TÜİK, Sağlık Harcaması İstatistikleri, Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

Grafik 8’e göre, kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı arttıkça, hanehalkı bütçesinde önemli bir yer tutan cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının azaldığı görülmektedir. Yıllara göre artış eğilimi gösteren kamu kesimi sağlık harcamalarının, düşük gelir grubunda yer alan hanelerin gelirlerine oranla sağladığı faydanın, yüksek gelir grubundaki hanelere göre daha yüksek olacağı söylenebilir. Hanehalklarının sağlık harcamaları için cepten yaptığı harcamalar kullanılabilir gelirlerinin azalmasına ve yoksullaşmalarına sebep olabilmektedir. Bu nedenle, gelir dağılımında eşitsizliği azaltma amacı güden hükümetlerin kamu sağlık harcamalarını sübvansetmesi gerekmektedir.

#### 4.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları

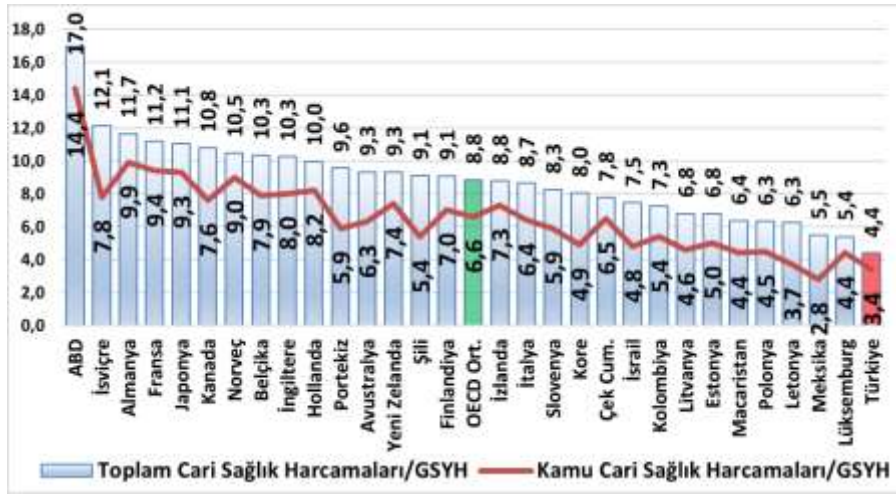
Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile vatandaşların sağlık hizmetlerinden kalite beklentisi birlikte yükselmektedir. Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları farklılık gösterdiği gibi vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentileri de farklılık göstermektedir. Bu beklentiler gelişmiş ülkeleri yüksek maliyetli tıbbi cihaz alımı yapmaya ve gelişmekte olan ülkelere göre bütçelerinden sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmaya yöneltmektedir (Kılavuz, 2010: 186).

Bu açıdan, Türkiye’de sağlık harcamalarının milli hasıla içerisindeki payında görülen artış ya da azalışın diğer ülkeler ile karşılaştırılması, durumun daha iyi analiz edilmesine yardımcı olabilmektedir. OECD ülkelerinin GSYH’den toplam ve kamu cari sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar Grafik 9’da verilmektedir. Sağlık harcamalarına en çok pay ayıran ülkelerin gelişmiş ülkeler olduğu görülmektedir. Bu ülkelerden sağlık harcamalarına en çok pay ayıran ülkeler sırasıyla, %17 ile ABD, %12,1 ile İsviçre ve %11,7 ile Almanya’dır. Türkiye’nin ise gelişmiş ülkelere göre sağlık harcamalarına yeterli oranda kaynak aktarmadığı görülmektedir. Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, OECD ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça düşüktür. 2019 yılında OECD ülkelerinin sağlık harcamalarına ayırdığı pay ortalaması %8,8 iken, Türkiye’de bu oran %4,4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye, bu oran ile toplam sağlık harcamalarına yönelik kaynak tahsis eden ülkeler arasında son

sırada yer almaktadır. Yoksul kesimin bütçe yetersizliği sebebiyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması ve hükümetlerin bu alana yeteri kadar destek sağlamaması, sağlıksız bir kesimin oluşmasına ve bu kesimin olumsuz bir dışsallık yaymasına neden olabilmektedir. Bu açıdan Türkiye'nin hem kamu hem de özel kesim sağlık harcamalarını arttırmaya yönelik çalışmalarda bulunması gerekmektedir.

Ayrıca Grafik 9'da OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının milli hasıla içerisindeki payı gösterilmektedir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi payının yükseltilmesinin, gelir dağılımı üzerinde eşitsizliği azaltıcı yönde etki edeceği beklenmektedir. Grafikte milli hasılaya oran ile toplam sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülkelerin genel itibari ile kamu sağlık harcamalarına da en fazla pay ayıran ülkeler olduğu görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülkeler sırası ile %14,4 ABD, %9,9 Almanya, %9,4 Fransa ve %9,3 ile Japonya ve İsveç gelmektedir. Milli hasılasından kamu sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülke ise %2,8 ile Meksika'dır. Bu ülkeyi takiben %3,7 ile Letonya ve %3,4 ile Türkiye gelmektedir. Kamu sağlık harcamalarının milli hasılaya oranının OECD ortalaması %6,6'dır.

**Grafik 9: OECD-37 Ülkelerinde Toplam ve Kamu Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (%), 2019**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

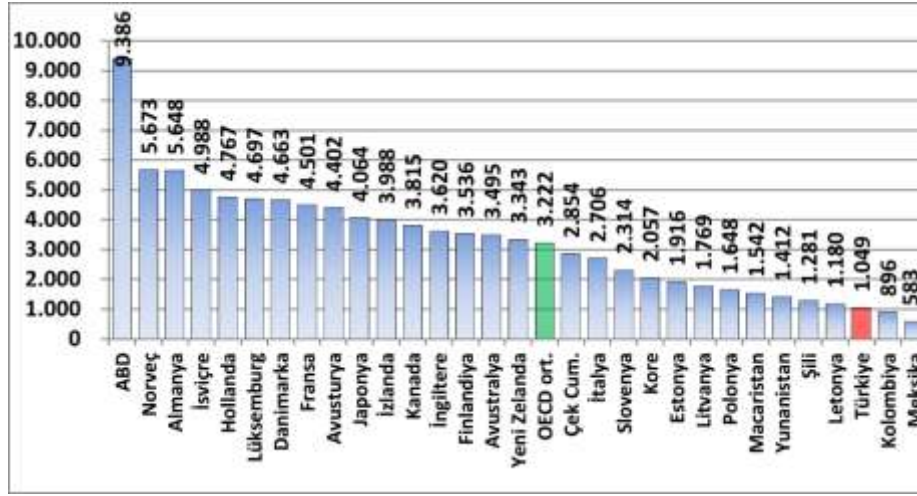
Bireylerin refah düzeylerini belirleyen en önemli faktörler gıda, giyim ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan oluşmaktadır. Bu ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayamayan yoksul kesimdeki bireyler sağlıklarını kaybettiklerinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için gerekli bütçeye sahip olamamaktadırlar. Bu nedenle yoksul kesimin karşılamakta zorlandığı sağlık harcamalarının kamu tarafından sağlanması sosyal devlet anlayışının gereğidir. Böylece, devletler kamu sağlık harcamasını iyileştirerek gelir dağılımını daha adil bir hale getirebilirler.

#### 4.1.OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Türkiye'de kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının yıllar itibari ile yükselmiş olması (grafik 7) gelir dağılımı açısından olumlu bir göstergedir. Bunun yanında, bu göstergenin OECD ülkeleri ile karşılaştırılması daha anlamlı bir analiz imkanı verebilmektedir. Grafik 10'da OECD ülkelerinde kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının miktarı satın alma gücü paritesine (SGP) göre US\$ cinsinden verilmektedir. 2019 yılı kamu tarafından sağlanan sağlık harcamalarında kişi başına düşen miktarın en yüksek olduğu ülke 9.386\$ ile ABD'dir. Bunu takiben 5.673\$ ile Norveç ve 4.988\$ ile İsviçre gelmektedir. OECD ülkelerinde ortalama kişi başına yapılan kamu sağlık harcaması 3.222\$'dır. Türkiye'de kişi başına düşen kamu sağlık harcaması 1.049\$'dır. Grafik 7'de geçmiş yıllara bakıldığında Türkiye'de son 20 yılda kişi başına düşen kamu sağlık harcaması 1999 yılına göre yaklaşık beş kat artmış olmasına rağmen OECD ortalamasının altında kalmış ve sondan üçüncü sırada yer almıştır. OECD ülkelerinde kişi başına düşen kamu sağlık harcaması en düşük olan ülke 583\$

ile Meksika ve sonrasında Türkiye'nin hemen altında yer alan 896\$ ile Kolombiya gelmektedir.

**Grafik 10: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Kamu Cari Sağlık Harcaması, SGP, ABD\$, 2019**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

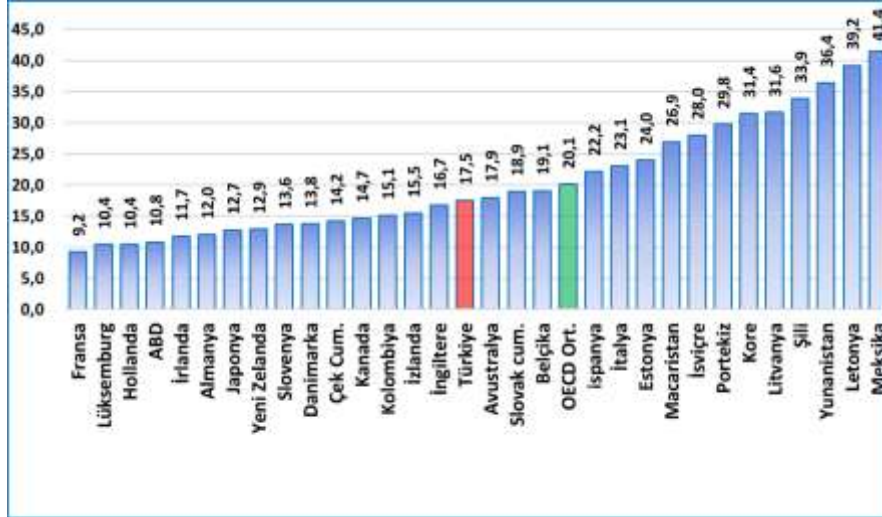
#### 4.2. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Gelişmiş ülkelerde eğitim düzeyinin yüksek olması sağlık bilincini oluşturmaktadır. Sağlığına, beslenmesine ve çevre temizliğine dikkat eden gelişmiş toplumlarda bireylerin tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de talep etmeleri daha az hastalanmalarına imkan tanımakta ve bulaşıcı hastalıklardan korunmaktadırlar. Böylece gelişmiş ülkelerde uygulanacak olan sağlık politikalarından bağımsız olarak daha az sağlık harcamaları yapmaları beklenir (Akdur, 2008: 3). Bu durumda sağlık bilinci oluşan gelişmiş toplumlarda cepten yapılan sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarından bağımsız bir şekilde azalacağı söylenebilir.

Türkiye'de kamu sağlık harcamaları yükseldikçe cepten yapılan sağlık harcamalarının azaldığı görülmüştür. Kamu sağlık harcamalarının faydasının zengin kesime göre yoksul kesim üzerinde daha çok hissedilmesi cepten yapılan sağlık harcamalarının analizini önemli kılmaktadır. Bu harcamaların azalması gelirin adil dağılımı için önemli bir göstergedir. Bu nedenle aşağıdaki grafikte Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı analizi verilmektedir.

Aşağıdaki grafikte cepten yapılan sağlık harcamaları en düşük olan ülke %9,2 ile Fransa'dır. Bu gösterge Fransa'da bireylerin sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunun kamu tarafından karşılandığı anlamına gelmektedir. Fransa'da yoksul kesimin bütçesinde önemli bir yer tutan sağlık harcamalarının neredeyse tamamının kamu tarafından karşılanması gelirin adil dağılımı için olumlu bir göstergedir. Grafikte cepten yapılan kamu sağlık harcamaları Fransa'dan sonra en az olan ülkeler %10,4 oranı ile Lüksemburg ve Hollanda'dır. Türkiye'nin cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %17,5'tir. Bu oran %20,1 olan OECD ortalamasının altında kalması yoksul kesimin refah düzeyi ve gelirin yeniden dağılımının daha adil olması yönünde olumlu bir göstergedir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının en fazla olduğu ülke %41,4 ile Meksika'dır. Bu ülkedeki haneler sağlık harcamalarının neredeyse yarısını kendileri karşılamaktadırlar. Bu ülkeyi takiben %39,2 ile Letonya ve %36,4 ile Yunanistan gelmektedir.

**Grafik 11: OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamaları, 2019.**

**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının azalması ile yoksul kesimin refah düzeyinin artması beklenmektedir. Bu nedenle kamu sağlık harcamalarının artırılmasının cepten yapılan sağlık harcamalarına etkisinin olup olmadığı sonraki bölümde analiz edilmektedir. Ayrıca, kamu sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisinin hangi yönde olduğu OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamaları ve gini katsayıları kullanılarak grafiksel olarak analiz edilmeye çalışılmaktadır.

### 5.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Gelir Dağılımı İlişkisi

OECD ülkelerinin genellikle gelişmiş ülkelere oluşması nedeniyle az gelişmiş ülkelere göre bütçelerinden sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırabilmektedirler. Sosyal devlet anlayışının ülkeler arasında değişken olması bu ülkelerin sağlık sistemlerinde kamu kesimi payının farklı olmasına neden olmakta ve kamu kesimi payı düşük olan ülkelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı yükselmektedir.

Nepal'de yapılan araştırmaya göre hanehalkının maddi ve manevi kaynak düzeyi göz önüne alındığında, zengin kesimin yoksul kesime göre daha yüksek maliyetli tıbbi sağlık hizmetlerini tercih etmeleri daha fazla cepten sağlık harcaması yapabilmelerine imkan tanımaktadır (Rous ve Hotchkiss, 2003: 432). Ancak, Tacikistan'da yapılan araştırmaya göre, nakdi olarak zenginler daha fazla cepten sağlık harcaması yapmış olmalarına rağmen; gelirlerine göre oranlama yapıldığında, yoksulların daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları tespit edilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamaları maliyetinin yüksek olması nedeniyle insanların tıbbi sağlık hizmeti almaktan vazgeçtikleri ifade edilmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin cepten karşılanabilmesi için insanların mal varlıklarını sattıkları ve yoksullaştıkları sonucuna varılmıştır (Falkingham, 2004: 254). Benzer şekilde, Kazakistan'da yapılan araştırmaya göre, gelire oranla yoksulların zenginlere göre cepten sağlık harcamalarının daha fazla olduğu ve daha yoksul duruma geldikleri görülmüştür (Sari vd., 2000).

Türkiye'de sağlık sigortası olmayan bireyler sağlık sigortası olan bireylere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmaktadırlar. Bunun yanında %20'lik gelir dilimlerine göre en yoksul dilimde yer alan hanelerin en zengin dilimde yer alan hanelere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23). Ayrıca Türkiye'de engelli olan bireylerin cepten sağlık harcamaları diğer bireylere göre daha fazla olmaktadır (Başaran ve Şahin, 2008: 332). Bu nedenle sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanmaması bireyler arasında eşitsizlik durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu veriler ışığında cepten yapılan sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanması neticesinde gelir dağılımında yoksul kesim lehine bir düzelmeye olacağı söylenebilir.

Aşağıdaki grafik 12'de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içerisindeki yatırım harcamaları yerine doğrudan bireylere fayda sağlayan cari sağlık harcamaları

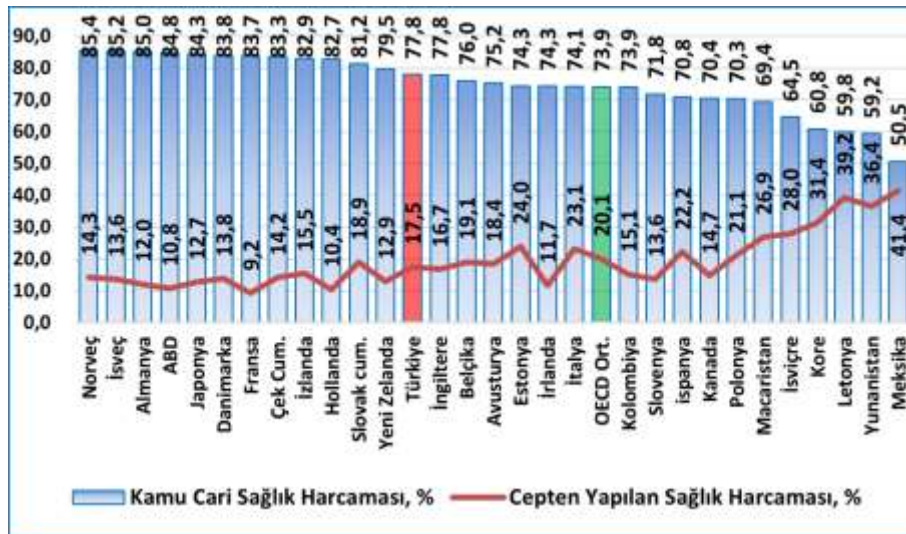
incelenmektedir. OECD ülkelerinde 2019 yılı kamu cari sağlık harcamalarının ve cepten yapılan cari sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payları verilmektedir. Grafikte kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı yüksek olan ülkelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının payının genelde azaldığı görülmektedir.

Grafik 12’de gösterildiği gibi 2019 yılı cepten yapılan cari sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içindeki payının en yüksek olduğu ülke %41,4 ile Meksika’dır. Bu ülkeyi takiben %39,2 ile Letonya ve %36,4 ile Yunanistan’dır. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının yaklaşık yarısının bireyler tarafından karşılandığı görülmektedir. Cepten yapılan harcama oranı en düşük olan ülke %9,2 ile Fransa’dır. OECD ortalaması %20,1’dir. Türkiye’de ise bu oran OECD ortalamasının altında %17,5 ile olumlu bir durum sergilemektedir.

Ayrıca Grafik 12’de kamu cari sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payları verilmektedir. Kamu cari sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülke Norveç’tir. Bu ülkede kamu cari sağlık harcamalarının payı %85,4 iken, cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı %14,3’tir. Kamu cari sağlık harcamaları payı en düşük olan ülke %50,5 ile Meksika’dır. Meksika aynı zamanda cepten yapılan sağlık harcamalarının da en yüksek olduğu ülkedir ve OECD ortalaması %73,9’dur. Türkiye’de bu oran OECD ortalamasının üzerinde %77,8 olarak gerçekleşmiştir. Gelirin daha eşit dağılımı ve yoksul kesimin sağlık harcamalarının kamu kesimi tarafından karşılanması, refah seviyesinin yükselmesi açısından olumlu bir göstergedir.

Grafik 12’de görüldüğü üzere bütçeden kamu sağlık harcamalarına ayrılan pay arttıkça sağlık harcamalarına cepten yapılan ödemeler azalmaktadır. Bunun sonucu, bütçe kısıtı nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamayan yoksul kesimin sağlık harcamalarının kamu tarafından sağlanması durumunun gelir dağılımında pozitif yönlü bir etki oluşturması beklenmektedir.

**Grafik 12: OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamaları ve Kamu Cari Sağlık Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (%), 2019.**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020.

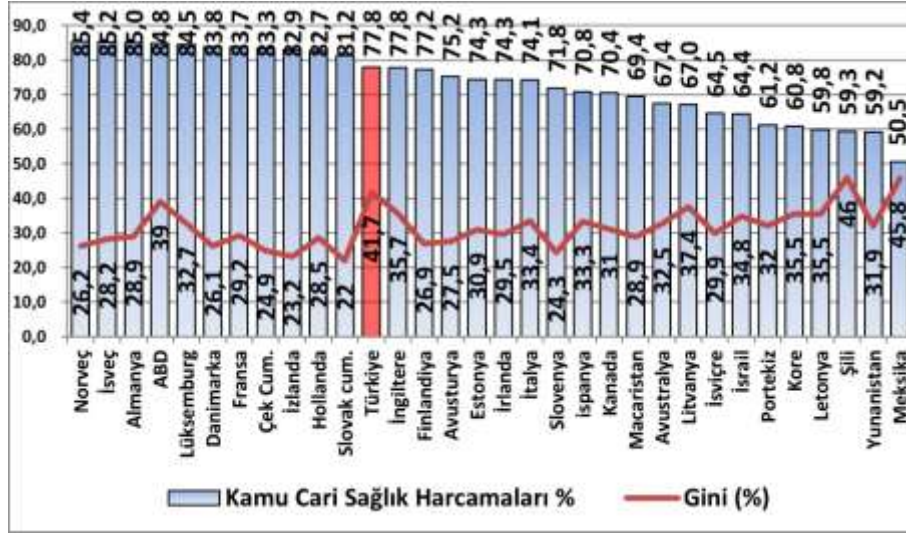
Grafik 13’te kamu sağlık harcamaları ile gini katsayısı arasındaki ilişki grafiksel olarak analiz edilmeye çalışılmaktadır. Grafikte, OECD ülkelerinin Gini katsayısı ve kamu cari sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payları verilmektedir. Grafikte, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payı yüksek olan ülkelerde gini katsayısının genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle kamu tarafından yapılan sağlık yardımlarının yüksek olduğu ülkelerde gelir eşitsizliğinin azaldığı söylenebilir.

Toplam cari sağlık harcamalarına oranla kamu cari sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran OECD ülkesi %85 ile Norveç’tir. Bu ülkenin gini katsayısı 0,25 gibi düşük bir orandır. Yine kamu harcamalarının payı yüksek olan ikinci ülke %85,2 ile İsveç’tir ve gini katsayısı 0,28

gibi düşük bir sayıdır. Toplam cari sağlık harcamaları içerisinde kamunun payının az olduğu ve gini katsayısının yüksek olduğu ülke %50,5 kamu harcama payına ve 0,45 gini katsayısına sahip olan Meksika'dır.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı %77,8 gibi bir oran ile OECD ortalamasının üzerinde gerçekleşmiş olmasına rağmen, gini katsayısı 0,42 ile OECD ortalamasının (0,32) üzerinde yer almıştır. Yine aynı şekilde ABD'de kamunun payı %84,8'dir ve dördüncü OECD ülkesi olarak 0,39 gibi yüksek bir gini katsayısına sahiptir.

**Grafik 13: OECD Ülkelerinde Kamu Cari Sağlık Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı ve Gini Katsayıları (%), 2019.**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2020; OECD, Income Distribution and Poverty, 2017; Eurostat, Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC), 2018, Türkiye veri yılı 2019.

Türkiye, kamu sağlık harcamalarına OECD ortalamasından daha fazla pay ayırdığı halde OECD ortalamasına göre gelir dağılımı daha adaletsiz dağılan bir ülke konumunda gözükmektedir. Buna neden olarak eğitim harcamalarına ayrılan pay, işsizlik durumu, faiz harcamaları, enflasyon gibi gelirin eşitsiz dağılımına neden olan diğer faktörlerin etkisi olduğu söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında kamu sağlık harcamalarına daha fazla pay ayıran ülkelerde gelirin daha adil dağıldığı söylenebilir. Bu nedenle devletler maliye politikası ile gelirin ikincil dağılımını daha adil hale getirmek için kamu sağlık harcamalarına bütçeden daha fazla pay ayırmaları ve bu hizmetlerden yoksul kesimin faydalanması sağlanmalıdır.

## SONUÇ

Devletler, sosyal koruma harcamaları ile sosyal güvencesi olmayan yoksul hanelerin insan onuruna yaraşır şekilde bir hayat sürmelerine imkan tanımaktadır. Bu harcamalardan sağlık harcamalarının maliyeti yoksul hanelerin karşılayamayacağı düzeyde yüksektir. Sağlık harcamalarının yoksul kesim için kamu tarafından ücretsiz sunulması, en yoksul %20'lik dilimde yer alan hanelerin refah düzeylerini artırmakta ve gelirin eşitsiz dağılımı üzerine olumlu yönde etki etmektedir.

Sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanması sonucu sağlıklı bir toplum meydana gelmektedir. Toplum içerisinde yer alan sağlıklı bireylerin sağlıksız bireylere göre daha kolay istihdam edilmeleri beklenmektedir. Bu nedenle yoksul bireylerin sağlık güvencesi kamu tarafından sağlanmalıdır. Yoksulluktan kurtulmanın en önemli aracı yoksulluk sınırı üzerinde bir gelire sahip olmaktır. Bunun yanında, bireyler sağlık hizmetleri için ayrılan bütçelerini eğitim hizmetleri için kullanmaları durumunda çalışma koşulları iyi bir mesleğe sahip olabilmekte ve refah düzeyi yüksek bir hayat sürmektedirler. Bu nedenle, kamu hizmetleri faydasından yoksul hanelerin yararlanacağı şekilde kamu harcama politikalarının düzenlenmesinin gelir dağılımı üzerine olumlu etkisi beklenmektedir. Çalışmada, toplam sağlık harcamaları içinde kamu kesiminin payının artması durumunda cepten yapılan sağlık harcamalarının azaldığı görülmüştür. Böylece sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanan



yoksul kesimin refah düzeyi artmakta ve gelir dağılımı olumlu yönde etkilenmektedir. Kamu sağlık harcamaları ile ikincil gelir dağılımının daha adil bir hale gelebilmesi, sağlık harcamalarından yararlananların zengin kesimden çok yoksul kesim olmasına bağlıdır.

Türkiye’de kamu ve özel kesim tarafından sunulan toplam sağlık harcamalarının milli hasıla içerisindeki paylarının yıllar itibariyle arttığı görülmektedir. Bunun yanında kişi başına düşen sağlık harcamaları satın alma gücü paritesine göre dolar cinsinden yükselmiştir. Ancak, bu artışa rağmen Türkiye’nin hem kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı hem de toplam sağlık harcamalarının milli hasıla içerisindeki payları OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında OECD ortalamasının altında kalmıştır. Ayrıca, kamu sağlık harcamalarının artması neticesinde bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir. Bu nedenle Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının milli hasıla içerisindeki payının yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yapılması gerekmektedir. Sağlık finansman ihtiyacı azalan haneler diğer ihtiyaçlarına daha fazla kaynak ayırabilmektedirler. Böylece, gıda, giyim, konut gibi alanlara daha fazla kaynak ayırabilen yoksul hanelerin refah seviyeleri artabilmektedir.

Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranına bakıldığında yıllar itibariyle bir artış görülmektedir. Ancak bu artışa rağmen toplam sağlık harcamaları milli hasıla oranının OECD ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Türkiye’nin bütçeden bu alana daha fazla kaynak aktarması gerekmektedir. Milli hasıla içerisinde kamu sağlık harcamalarının payının artırılmasının yanında, harcamalar hedeflenen faydalanıcılara, yoksul hanelere ulaştırılmalıdır.

Türkiye’nin gini katsayısının yıllar itibari ile ‘0’ rakamına yaklaştığı, gelirin eşitsiz dağılımının düzelmeye gösterdiği görülmüştür. Ancak bu katsayı OECD ülkelerinin gini katsayısı ile karşılaştırıldığında ortalamadan üstünde olduğu görülmektedir. Bu durum hala eşitsiz bir durumda olduğunu göstermektedir.

Yapılan grafiksel analiz sonucunda OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamaları ve gini katsayıları analiz edildiğinde kamu sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde gini katsayısının düşük olduğu görülmüştür. Başka bir ifadeyle, kamu kesimi sağlık harcamaları yükseldikçe gelir dağılımının daha adil bir duruma geldiği gözlemlenmiştir. Bunun nedeni olarak sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sağlanması ile yoksul kesimin daha düşük maliyetle ya da ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi bu kesime gelir artışı sağlamaktadır. Zengin kesimin yoksul kesime göre daha fazla vergilendirilmesini sağlayan artan oranlı tarifeye sahip vergilerden elde edilen gelirlerin nüfusun en yoksul %20’lik kesimine harcanması gelirin eşitsiz dağılımını (ikincil dağılım) düzelterektedir.

## KAYNAKÇA

- Akar, Sevda (2014), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Manisa Yönetim ve Ekonomi*, 21 (1), 311-322.
- Akdur, Recep (2008), “Sağlık Harcamaları”, *Bilim ve Ütopya Dergisi*, Ağustos, 14(170) 1-8.
- Aksoğan, G. ve Elveren, A. (2012), “Türkiye’de Savunma, Sağlık ve Eğitim Harcamaları ve Gelir Eşitsizliği (1970-2008): Ekonometrik Bir İnceleme”, *Sosyoekonomi*, 17(17).
- Aksoy, Şerafettin (2011), *Kamu Maliyesi*, 4. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Altay, A., (2005), “Yoksulluk Sadece Devletin Sorunu mu? Kamu Harcamaları Açısından Bir Değerlendirme”, *Sosyoekonomi*, 2(2).
- Başaran, B. B., & Şahin, İ. (2008), “Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler”, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.
- Batirel, Ömer Faruk (1990), *Kamu Maliyesi Teorisine Giriş*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi.
- Boratav K., (1991), *1980’li Yıllarda Türkiye’de Sosyal Sınıflar ve Bölüşüm*, Gerçek Yayınevi, İstanbul.

- Devarajan, Shantayanan ve Shaikh I. Hossain (1998), “The Combined Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Philippines”, *World Development*, Vol. 26(6), pp. 963-977.
- Doğan, İ. (2016), “Verimlilik, Ekonomik Büyüme ve Sağlık İlişkisi; Türkiye için Doğrusal Olmayan Nedensellik Testi”, *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 5(2).
- Eğilmez, Mahfi ve Kumcu, Ercan (2004), *Ekonomi Politikası, Teori ve Türkiye Uygulaması*, 15. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Eurostat, Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC), <http://ec.europa.eu/eurostat/data/>
- Eşiyok, Bayram Ali ve Sekmen, Faruk (2012), “Türkiye Ekonomisinde Bölgesel Gelişmişlik Farklılıkları, Doğu Anadolu’nun Bölgesel Gelişmedeki Yeri ve Çözüm Önerileri”, *Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş.*
- Falkingham, J. (2004), “Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan”, *Social science & medicine*, 58(2), 247-258.
- Kılavuz, Emine (2010), “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri” *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29 (2010/2), 173-192.
- Kirmanoglu, Hülya (2011), *Kamu Ekonomisi Analizi*, 3. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Lusting, Nora (2004), *Investing in Health for Economic Development. Report By The Mexican Commission On Macroeconomics And Health*, 1st Edition, Mexico. 1-60.
- Lusting, Nora (2015), “Government Spending on Education and Health: Evidence from Thirteen Developing Countries in the Commitment to Equity Project”, *CEQ Working Paper*, No. 30, pp.1-30.
- Martinez-Vazquez, Jorge, (2001), “The Impact of Fiscal Policy on the Poor: Fiscal Incidence Analysis”, *International Studies Program Working Paper Series*, 1-10.
- Martinez-Vazquez, Jorge, Vulovic, Violeta and Moreno-Dodson, Blanca (2014), “The Impact of Tax and Expenditure Policies on Income Distribution: Evidence from a Large Panel of Countries”, *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*, Vol.200- (4/2012), pp.95-130.
- Meerman, Jacob (1979), “Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why”, *Oxford University Press*, New York
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), (2020), Health Statistics, Health Data, <http://www.oecd.org/health/>
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Income Distribution and Poverty, <https://data.oecd.org/inequality/incomeinequality.htm>
- Pehlivan, M. Seyid (2010), *Gelir Dağılımı Eşitsizliğine Devletin Müdahale Araçları: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Örneği*, Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara. <http://www.sosyalyardimlar.gov.tr>.
- Rous, J. J., & Hotchkiss, D. R. (2003), “Estimation of the determinants of household health care expenditures in Nepal with controls for endogenous illness and provider choice. *Health Economics*”, 12(6), 431-451.
- Sağlık Bakanlığı (2006), *Türkiye ulusal sağlık hesapları hane halkı sağlık harcamaları 2002-2003*, TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/USH.pdf>
- Sari, N., Langenbrunner, J., & Lewis, M. (2000), “Affording out-of-pocket payments for health-services: evidence from Kazakhstan”, *EUROHEALTH-LONDON-*, 6(2), 37-39.

- Selowsky, Marcelo, (1979), "Who Benefits from Government Expenditures?", *Published for the World Bank Oxford University Press*, World Bank, Washington D.C.
- Şener, Orhan (2006), *Kamu Ekonomisi*, 8. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), Sağlık Harcama İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/>
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), *Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması*, <http://www.tuik.gov.tr/>
- Ulusoy, Ahmet (2007), *Maliye Politikası*, 5. Basım, Konya: Mikro Yayıncılık.
- Ulusoy, A., Karakurt, B., ve Akbulut, E. (2015), "Eğitim Harcamalarının Gelir Dağılımına Etkisi: Türkiye'de Yükseköğretimin Gelir Eşitsizliğini Giderici İşlevi", *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 1(2).
- Ünsal, Erdal M., (2011), *Makro İktisat*, 9. Baskı, İmaj Kitabevi, Ankara.
- Younger, Stephen D., 1999. "The Relative Progressivity of Social Services in Ecuador", *Public Finance Review*, Vol.27 (3), pp.310-352.
- Yumuşak, İ. G., & Bilen, M. (2000), "Gelir dağılımı-Beşeri sermaye ilişkisi ve Türkiye üzerine bir değerlendirme", *KÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 7796.