



Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci

Murat Çiftçi*
Recep Seymen**

Özet

Çalışmanın amacı, 1995–2004 arasında sağlık hizmet arzcularının sayısı ile sağlık hizmet arzcularının nüfusa göre vilayetler arası dağılımlarındaki denge arasındaki fonksiyonel ilişkinin sınanmasıdır. Bu çerçevede ilk olarak çalışmada Atkinson endeks katsayıları hesaplanmıştır. İkinci olarak da fonksiyonel ilişkinin tespiti için EKK regresyon analizi ile sınama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, 1995–2004 arasında sağlık hizmet arzcularının sayısında yaşanan artışın, hizmet alıcılarına “nüfusa” göre dengeleşerek dağılma diğer deyişle bölgelerarası uyumlaşmaya yol açtığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal politika; demografi; istatistik; kamusal sağlık politikaları; bölge bilimi.

Inter-regional harmonization process of public health service in Turkey from 1995 to 2004

Abstract

The aim of this study was to investigate functional relationship between value of health service suppliers and level of social utility from health suppliers to population in Turkey from 1995 to 2004. In the study, the Atkinson indices were used to calculate from 1995 to 2004. Secondly, we used basic regression analysis for test of inter-regional harmonization process of health service. The data were depended on Turkish Statistical Institute. After analyzed we found that there was equalized inter-regional distribution of public health suppliers owing to rising value of the suppliers in Turkey from 1995 to 2004.

Keywords: Social policy; demography; statistics; public health policies; regional science.

* Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi İİBF Fakültesi öğretim üyesi

İletişim: Balkan Yerleşkesi İİBF, Edirne.

Email: murataciftci77@yahoo.com

** Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi öğretim üyesi

Email: reseymen@yahoo.com

1. Giriş

Sosyal politika, ilgi alanını oluşturan sorunların tespiti ve çözümü açısından pek çok disiplini bünyesinde barındırmaktadır. Tokol (2000, 1,3) sosyal politikayı; “ekonomik bakımdan güçsüz olanları korumaya dönük ve devlet tarafından alınan bir önlemler bütünü” olarak tanımlamakta olup kapsam genişliğine göre s dar ve geniş anlamli olarak ikiye ayırmaktadır. Dar anlamda sosyal politika, işçi ve işveren arasındaki mücadelenin azaltılması ve işçi sınıfının korunmasına yönelik pozitif ayrımcılık olarak tanımlanırken, geniş anlamda sosyal politika, işçi sınıfının korunması eksenindeki devlet politikalarına ek olarak sosyal güvenlik ve toplum içi barışın sağlanması, devletin varlığının korunması ve geliştirilmesi için zor durumda bulunan tüm bireylerin korunmasının amaç edinilmesi olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla sosyal politika denildiğinde günümüzde genel anlamda devletin eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım ve bireysel sosyal hizmetleri içeren plan, proje ve hizmetlerin bütünü anlaşılmaktadır (İçağasıoğlu Çoban, Özbesler, 2009, 33).

Koray (2005, 27)’in tanımında da sosyal politika denildiğinde, sosyal eşitlik ve sosyal adalet amaçlarını hayata geçirmeye çalışan uygulamalar belirtilmekte ve bu çerçevede de eğitimden sağlığa, barınmaya kadar herkes için asgari bir düzeyin sağlanması amacını gerçekleştirmeye yönelik kamu politikaları algılanmaktadır. Şenkal (2005, 227)’ da da sosyal politika, bir ülkede yaşayan bütün bireylerin ekonomik ve sosyal durumlarını düzeltmeyi hedef alan uygulamalar şeklinde tasvir edilmektedir.

Sosyal politika kavramının kapsam genişliğinin, diğer bir bağlantılı kavram olan sosyal devletten hareketle de biçimlendirildiği görülmekte olup sosyal devlet kavramı, 19. yüzyıl sanayi toplumuyla baş gösteren sosyal zararların ortadan kaldırılması ve sosyal karşıtlıkların ortadan kaldırılması işlevini gören devlet olarak tanımlanmakta ve sosyal devletin giriştiği tanzim edici icraatlar da sosyal politika olarak kabul edilmektedir.^{1 2} Tanım ve kavram kapsamı açısından yapılan tanımlamalarda da görüleceği üzere sosyal politika, devletin iktisadi ve sosyal alandaki uygulamaları şeklinde özetlenmektedir.

Söz konusu tanımlarda ön plana çıkan en önemli hususlar arasında, sosyal politika kapsamında yer alan hizmetlerin ve uygulamaların bizzat devlet tarafından yapılması hususudur. Diğer bir deyişle politikaların uygulayıcılığı ve dolayısıyla da maliyet yükleniciliği devlete aittir. Burada kamu maliyesi disiplindeki temel vergileme ve harcama prensibini oluşturan modern devletin faydalanma ilkesine göre olmayıp siyasal gücüne istinaden iktidar ilkesine dayanarak yapacağı uygulamalar üzerinde durulmaktadır. Dolayısıyla sosyal politika uygulamaları, ulusal sınırlar içerisinde yer alan bütün dezavantajlı kitlelere yönelik her alanda yürütülebilinmektedir. Modern devlette iktidar ilkesinden hareket edildiğinden dolayı da sosyal politika uygulamalarının kapsam genişliğinin son derece geniş oluşu da siyasal meşruiyete sahip olmaktadır.³

¹ Serter (1994, 32) Özellikle iki dünya savaşı, küresel çapta sosyal politikada ilerleme sağlanmasını desteklemiştir (Talas, 1956, 286)

² Bu noktada sosyal devletle ilgili yapılan tanımlardan bir kısmını aktarmak faydalı olacaktır. Soysal (1997,154) sosyal devleti “vatandaşların sosyal durumlarıyla, refahlarıyla ilgilenen, onlara asgari bir yaşama düzeyi sağlamayı ödev bilen devlet” olarak tanımlamaktadır. Huber (1970, 28) ise sosyal devleti, herkesin iyiliğini ve bütünü iyiliğini amaçlayan bir devlet sistemi olarak tasvir etmektedir.

³ Pür liberal dönemin ünlü kuramcılarında Locke, doğal toplumun gerçekte mükemmel işlediğini ve herkes için eşit ve özgür olduğunu ifade etmiştir. (Seymen, 2005, 123) Doğal düzenin mükemmelliğinden hareket eden pür liberal dönemde “özellikle 17. ve 18. yüzyıllarda” rasyonalci-ferdiyetçi-faydacı devlet anlayışından hareket edilerek

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Günümüzün modern devletlerinin görev tanımı da genişlemiş olup sosyal politika uygulayıcısı olarak tüm dezavantajlı kesimleri sahiplenip dezavantajlılıklarını bertaraf etme noktasında zorunlu rol üstlenmelerini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda da özellikle yaşam hakkının korunması, birincil görev konumundadır. Aksi durumda devletin varlık sebebi ortadan kalkacaktır. Yaşam hakkının korunmasında temel iki ayağın mevcut olduğunu savunmak yanlış olmayacaktır: güvenlik ve sağlık.

Güvenlik konusu başlı başına ayrı bir müstakil çalışma konusudur. Bu çalışmada odaklanılan sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımının dengeli olup – olmadığı ve ne şekilde gelişmekte olduğu noktasında ülkemizde son yıllarda çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır (Bkz. Çiftçi, 2010a, 2010b). Önceki çalışmalarda odaklanılan noktalar yaşlı nüfusun hekimlerden sağladığı sosyal fayda düzeyleri ile Osmanlı ve cumhuriyet döneminde hekimlerin nüfusa göre bölgesel dağılımlarından sağlanan sosyal fayda düzeyleri şeklindedir. Bu çalışmada ise 1995–2004 arası dönemde, tüm temel sağlık arzularında yaşanan sayısal artışın, bölgesel dağılımda dengelenmeyi diğer bir deyişle bölgesel uyumlaşmayı destekleyip desteklemediğinin istatistiksel metotlarla yanlıştır. Güvenlik standartlarında sınanmasıdır.

Althusius, Grotius, Hobbes ve Pufendorf gibi düşünürler, “faydalanma teorisi”ni geliştirerek verginin devlet hizmetinin fiyatı olduğunu savunmuşlardır. (Turhan, 1998, 13–14). Dolayısıyla da devletin siyasal meşruiyete dayanan gücüne atf yapan iktidar ilkesine göre vergileme ve kamu hizmetleri ifası, pür liberal dönemde söz konusu değildir. Modern iktisadın başlangıcı olarak kabul edilen Adam Smith’in 1776 tarihli “Ulusların Zenginliği” isimli eserinde, iktisadi sistemde bir düzen ve ahengin olduğundan hareket ederek buna görünmez el prensibi adını vermiştir (Samuelson, 1970, 42). Manchester liberalizminin incili olan bu çalışmadan itibaren, devletin piyasaya müdahalesine karşı duruş da doğal olarak bir gelenek haline almıştır. Söz konusu dönemde devlet, kişisel ve siyasal hakların güvence altına alındığı, ancak ekonomik liberalizmin bir gereği olarak bireylerin, piyasa ekonomisinin serbestliğine terk edildiği “Jandarma Devlet” yapısındadır (Bulut, 2003, 174.). Rasyonel insandan hareket edilen bu dönemde, bireysel fayda maksimizasyonunun da beraberinde toplumsal fayda maksimizasyonunun oluşacağı varsayımından hareket edilmiştir (Ayrıntılı bilgi için bkz. Divitçioğlu, 1977, 1-3.). Dolayısıyla da devlet harcamaları müsrif yapılan, verimsiz, rasyonellikten uzak faaliyetler olarak algılanarak kamu maliyesinin ekonomik ve sosyal yaşamdaki doğal düzene müdahale etmeyecek şekilde tarafsız vergileme ve tarafsız kamu harcamalarıyla şekillendirilmesi gerektiği savunulmuştur (Türk, 1975, 6-7). Böylesi genel görüşün hakim olduğu bir dönemde, gelir ve servetin avantajlı kesimlerden dezavantajlılara doğru yeniden dağıtımını savunan ilk kişi Adolph Wagner’dir (Neumark, 1975, 200). Bilindiği üzere kürsü sosyalistlerinden olan ünlü Alman maliyeci Adolph Wagner, 19. yüzyılın hâkim görüşü olan bırakınız yapsınlar-bırakınız geçsinler fikrine şiddetle karşı çıkarak devletin iktisadi hayata müdahalesini savunmuştur (Nadaroğlu, 1974, 95). Wagner, 1883 tarihli çalışmasıyla “devlet faaliyetlerinde sürekli artış prensibi”ni geliştirmiştir (Eckstein, 1967, 6). Kamu harcamaları üzerine yapılan ilk ciddi araştırmaya dayanan bu prensipte, sanayileşen ve ilerleyen toplumlarda oluşan sosyal ilerleme arzusunun beraberinde devletin ekonomideki yerini ve önemini de arttıracığı tezini ileri sürmüştür (Önder, 1974, 9). Wagner’in de mensubu olduğu kürsü sosyalistlerine göre de refahın artmasında ve uygarlığın gelişmesinde devlet, başlıca etkili faktör konumunda olup özel ekonomiyi düzenlemelidir (Özguven, 1991, 121). Bu çerçevede de Wagner, devlet faaliyetlerinin büyüyerek genişleyeceğini ifade etmiştir (Haller, 1994, 2). Buna dayanarak da kamu maliyesi disiplini: Devlet ve diğer kamu tüzel kuruluşlarının birer iktisadi cemaat olmaları sıfatıyla yapmakla mükellef oldukları hizmetleri görmek için ihtiyaç duydukları mal ve parayı ne şekilde tedarik edeceklerini tespiti çalışan bilim dalı olarak tanımlamıştır (Erginay, 1976, 6). Yasal da dünyada ilk olarak 1919 tarihli Alman “Weimar” anayasasında “iktisadi hayatın adalet kurallarına göre ve herkese, insanlığa yararlı biçimde düzenleneceği” hükmü koyularak bir adım ileri gidilmiştir. (Cansel, 1969, 16) Talas (1962, 2)’ın ifadesiyle, 19. yüzyıl boyunca ortodoks liberal doktrinin tesiri altında devletin ekonomik ve sosyal hayata müdahaleden bütünüyle kaçındığı demokrasi anlayışında, bireysel hak ve hürriyetler için belli bir ekonomik bağımsızlığa ihtiyaç olduğu düşünülememiştir. Neticede ekonomik özgürlük, siyasal özgürlüğü başarıya ulaştırmak için vazgeçilmez amaçlardan birisi konumundadır. (Talas, 1970, 193)

2. Veri ve Yöntem

Çalışma, 1995-2004 yılları arasında geçen on yıllık dönemde sağlık hizmet arzıların sayısında yaşanan ilave artışın, bölgesel “81 vilayet” dağılımında nüfusla uyumlulaşarak gerçekleşip gerçekleşmediğini sınamak üzerine kurulmuştur. Bu çerçevede üç aşamalı analiz süreci işletilmiştir. Birinci aşamada yıllar ve sağlık hizmet arzıların bölgesel dağılımlarındaki denge çerçevesinde seksen ayrı “8 değişken x 10 yıl = 80 katsayı” Atkinson eşitsizlik endeks katsayısı hesaplanmıştır. İkinci aşamada elde edilen katsayılar ile sağlık hizmet arzıların sayıları ve logaritmik sayıları arasında pearson ve spearman korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Korelasyon sonuçları çerçevesinde de üçüncü aşamada regresyon modelleri kurulmuştur.

2.1. Veri Tasarımı

Çalışmada kullanılan veriler, Türkiye İstatistik Kurumu’ndan derlenmiştir.

2.2. Atkinson Eşitsizlik Endeksi Yaklaşımı

Bölgesel eşitsizlik ölçümlerinde kullanılan eşitsizlik endeksler arasında Gini katsayısı en bilinen ve yaygın olan eşitsizlik ölçüsü konumunda yer almaktadır (Ravallion, 2001, 6; Fedorov, 2002, 447; Moran 2003, 353). Eşitsizlik ölçümünde en eski endeks olan Gini katsayısı ilk kez 1912 yılında kullanılmıştır (Sen, 1973). Ancak, Gini endeksi gibi ortalama ya da diğer ölçülerden sapmaya dayanan Dahl’in endeksi, Nagel’in endeksi veya entropi - bilgi teorisine dayanan değişim katsayısı “coefficient of variation”, logaritmik varyans “logarithmic variance”, Theil endeksi veya normatif sosyal fayda modellerine dayanan Atkinson endeksi gibi çok sayıda eşitsizlik ölçüsü de mevcuttur (Chakravarty, 1996).

Endeksler pek çok farklı konu ve disiplin için kullanılmakta (Çiftçi, 2008) olup endekslerin gösterge kabiliyetleri konusunda da bilim insanları arasında ciddi tartışmalar mevcuttur. Bu çerçevede istatistiksel testler de yapılmıştır: Harvey (2005) Gini katsayısı ile Atkinson endeksi arasında yüksek ilişkinin olduğunu savunmaktadır. Harvey’in çalışmasına karşı tez olarak Garcia ve Molina (2001, 2418) ise, en iyi göstergenin Atkinson endeksi olduğunu savunmaktadır. Salas (1997)’a göre de, standart fayda içerikli eşitsizlik endekslerinden birisi konumundaki Atkinson endeksinin performansı son derece tatminkâr düzeydedir.

Atkinson endeksini başta Gini endeksi olmak üzere diğer eşitsizlik endekslerinden ayıran özellikleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- 1- Eşitsizlik ölçümü için etik uygulamaların modern versiyonuna 1970’te Antony B. Atkinson tarafından geliştirilen bu endeks öncülük etmiştir (Pedersen, 2004, 34).
- 2- Atkinson endeksi, aynı fayda seviyesinin eşit dağılım durumuna göre oluşan mevcut sosyal fayda kaybıyla bütünleştirildiğinde çok duyarlı bir yoksulluk endeksi özelliğine erişmektedir.

Atkinson çalışmasında orijinal sosyal refah katsayısı

$$I = 1 - \left[\sum_i \left(\frac{y_i}{\mu} \right)^{1-\varepsilon} f(y_i) \right]^{\frac{1}{1-\varepsilon}} \quad [1]$$

ile formüle edilmekte (Atkinson, 1970, 257) olup, formülasyondaki y geliri, μ ortalama geliri, ε ise farklı gelir seviyelerinde gelir transferine duyarlılık düzeyini tanımlamaktadır.

Bölgeler arası eşitsizliğin tespiti için hesaplanan Atkinson endeksi ise;

$$A_{(\Omega)} = 1 - \left[\frac{S_i}{S} \times \left(\sum_{i=1}^n \frac{M_i/S_i}{M/\bar{S}} \right)^{1-\Omega} \right]^{\frac{1}{1-\Omega}} \quad \text{eğer } \Omega \neq 1 \quad [2]$$

ile formülize edilmekte olup, “ $A_{(\Omega)}$ ” endeksini, “ Y_i ” i ilindeki sağlık personeli sayısını, “ \bar{Y} ” Türkiye’deki il başına düşen ortalama sağlık personeli sayısını tanımlamaktadır. “ S_i ” i ilindeki nüfusu ve “ \bar{S} ” il başına düşen ortalama nüfusu tanımlamaktadır. “ Ω ” ise duyarlılık parametresini göstermektedir.

Bilim insanları Ω duyarlılık parametresine verecekleri değerde özgür olup genelde hesaplama kolaylığı ve yüksek duyarlılığın olduğu gerekçesiyle 2 değerini vermektedirler (Öztürk, 2005, 99). Bu parametre zenginden çok zengin olmayana, fakirden çok fakir olmayana göre yeniden dağılımına mukayeseli duyarlılığı yansıtmakta olup daha yüksek Ω değeri, gelir dağılımı transferinin daha düşük olan arka kısımdakilerin duyarlılığının “orta-düşük gelirliler” daha yüksek hissedilmesini sağlamaktadır (Spatz, 2006, 109). Arka kısımda kalan fakirlerdeki yeniden dağıtım, zenginlere göre ölçeksel bazda daha düşük olacaktır ve parametre bunu standartlaştırmaktadır. Ayrıca katsayıyla sosyal refah “fayda” düzeyine ulaşmakta ve bölgelerarası eşitsizlikten kaynaklanan sosyal refah “fayda” kaybını rahat şekilde tespit etmek de bu sayede mümkün olmaktadır. Hesaplanan Atkinson değeri, bölgelerarasındaki eşit olmayan dağılımdan kaynaklanmakta olan sosyal refah “fayda” kaybını tanımlamaktadır. Buna göre örneğin Atkinson endeks değerinin 0.15 olması durumunda, bölgelerarası eşit dağılım koşulunda aynı sosyal faydanın $[100*(1-\text{Atkinson})]$ mevcudun %85’inden aynı düzeyde sağlanacağı anlamına gelmektedir (Redigor et al. 2003, 963). Dolayısıyla da Atkinson katsayısı, diğer endekslerin aksine bilim adamları için net şekilde elde edilen sosyal fayda düzeyini ve bölgelerarası eşitsizlikten kaynaklanan sosyal fayda kaybını hesaplama imkânını da bilim insanlarına sağlamaktadır.

2.3. Ekonometrik analiz metodolojisi

Tekli doğrusal regresyon modeli aşağıdaki denklemdeki gibi kurulmaktadır.

$$Y_i = B_0 + B_1X_i + e_i \quad [1]$$

Bundan sonra, ilk aşamada yüzde 95’lik güven sınırında çift taraflı t testi yapılarak modelin istatistiksel olarak anlamlılığı sınanmaktadır. İkinci aşamada ise R^2 değeri incelenmekte olup R^2 düzeyi, diğer etkenler dışlandığında bağımsız değişkendeki değişimin, bağımlı değişkendeki değişkenliği açıklama oranını ifade etmektedir ve bu sebepten dolayı da R^2 , modelin temsililik düzeyini göstermektedir. Ancak, R^2 değerinin ne olması gerektiği üzerine bilim insanları arasında genel kabul gören ortak bir yanıt yoktur. Örneğin, zaman serilerinde trend etkisinden dolayı bu değer yüksekken, kesit verilerde model anlamlı olduğu halde bu düzey çok düşük çıkabilmektedir (Genceli, 1989). R^2 düzeyi aynı zamanda tekli doğrusal regresyon modellemesinde korelasyonun da karesine eşit olmakta olup iki değişken arasında yüksek korelasyonun varlığıysa kalıntıların çok küçük çıkmasına yol açmakta ve bu durum da tahminlerde bir belirsizliğin meydana gelmesine yol açmaktadır (Işıkkara, 1975).

Regresyon analizindeki diğer önemli bir test ise, Ramsey’ in RESET testidir. Ramsey’ in RESET testi “regression specification error test”, regresyon analizinde kullanılan en eski testlerden birisi olup kullanımı halen yaygın olarak devam etmektedir (Davidson ve Russell, 2002: 64). Bu testle modelde tanımlama hatasının olup - olmadığı, diğer bir deyişle modelde eksik ya da fazla değişkenin bulunup – bulunmadığı test edilmektedir (Johnston, Dinardo, 1997:121; Kennedy, 1998: 98).

Regresyon analizinde klasik en küçük kareler yönteminin varsayımlarından biri de sabit varyanstır. (Sümer, 2006: 18) Eğer modelde tüm gözlemler için hata terimi olan varyans aynı değilse, bu durumda heteroskedasticity problemiyle karşılaşılır. (Maddala, 1992: 201) Eğer sabit varyans varsayımı sağlanamıyorsa da, katsayılar etkin parametre tahmincisi değildir, istatistik testler ve güven aralıklarının tespiti etkisizleşir. (Salvatore ve Reagle, 2002: 207; Güriş ve Çağlayan, 2000: 509-510)

Değişen varyans sorunu hem zaman serilerinde, hem de kesit serilerde görülebilir. (Greene, 2002: 215) Ancak ölçek farklılıklarından dolayı genellikle kesit verilerde rastlanır. (Genceli, 1989: 464) White testi de sabit varyans varsayımının test edilmesinde kullanılan bir testtir (Wooldridge, 2002: 805).

Otokorelasyon ve yapısal kırılma ise, zaman serilerinde sıklıkla karşılaşılan diğer iki önemli sorunu teşkil etmektedir. Otokorelasyonun etkili olup olmadığının sınanmasında DW, DW-H, LM gibi testler kullanılmakta olup, yapısal kırılmanın olup olmadığının test edilmesinde ise Cusum, Cusum-Square grafik testleri ile Chow testi yaygın olarak kullanılmaktadır (Güriş ve Çağlayan, 2000).

3. Bulgular

Ülkemizde 1995–2004 arasında geçen on yıllık dönemde sağlık hizmet arzıcısı konumundaki uzman ve pratisyen hekimler, dış hekimleri, eczacılar ve yardımcı sağlık personeli “sağlık memurları, hemşire ve ebeler” ile hastanelerdeki yatak arzlarında belirgin artış yaşanmıştır (Tablo 1). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden nüfusun faydalanma düzeylerinde artış yaşanması için ciddi bir ilave imkan yaratımının mevcudiyeti söz konusudur.

Tablo 1
TÜRKİYE BÜTÜNÜ İÇİN SAĞLIK PERSONELİ SAYISI (1995-2004)

Yıllar	Hastane	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Dış hekim	Sağlık Eczacı	Sağlık memuru	Hemşire	Ebe
	yatak sayısı							
	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
1995	136072	28938	38890	11532	18974	33859	62196	40013
1996	139919	30151	38777	12155	19550	37603	62483	38872
1997	144984	31470	40075	12486	20426	37642	64894	40378
1998	148987	33022	42066	13124	21094	39711	67514	40708
1999	153465	35504	44181	13983	21949	49157	68421	41113
2000	156549	36894	45839	15777	23334	44612	69709	41529
2001	159290	40508	47741	15557	22759	43312	73966	41110
2002	162235	42119	49995	16710	22415	45972	77030	41449
2003	164897	45153	49950	17793	23632	47932	79236	41208
2004	171888	51749	49814	17873	24198	54872	79406	42483

Kaynak: TUIK

Uygulama kapsamında ilk aşama olarak 1995-2004 arasında geçen on yıllık dönemde iller bazında sağlık hizmet arzıcılarının il nüfuslarıyla ne ölçüde dengeli dağıtıldıkları sorusuna cevap aramak amacıyla Atkinson endeks katsayıları hesaplanarak tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2
HESAPLANAN ATKINSON ENDEKS DEĞERLERİ (1995-2004)

Yıllar	Hastane	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Dış hekim	Sağlık Eczacı	Sağlık memuru	Hemşire	Ebe
	yatak sayısı							
	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8
1995	0.226	0.557	0.203	0.522	0.243	0.140	0.164	0.150
1996	0.224	0.477	0.231	0.532	0.230	0.131	0.166	0.151
1997	0.208	0.491	0.194	0.512	0.207	0.139	0.139	0.161
1998	0.205	0.526	0.206	0.510	0.216	0.144	0.126	0.168
1999	0.204	0.433	0.165	0.516	0.338	0.252	0.136	0.147
2000	0.199	0.440	0.176	0.511	0.244	0.153	0.119	0.153
2001	0.196	0.428	0.172	0.524	0.221	0.184	0.139	0.167
2002	0.179	0.387	0.144	0.411	0.198	0.153	0.140	0.160
2003	0.175	0.394	0.161	0.427	0.192	0.168	0.159	0.171
2004	0.154	0.357	0.160	0.395	0.172	0.115	0.106	0.154

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Pearson korelasyon analizi “basit / temel korelasyon analizi” sonrasında, ayrıca Spearman sıra korelasyon analiziyle elde edilen bulguların tekrar sınanmasına gidilmiştir. Elde edilen bulgular, tablo 4’te sunulan Spearman sıra korelasyon matrisinde sunulmuştur.

Tablo 4
SPEARMAN SIRA KORELASYON SONUÇLARI

		Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8
X1	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	-0.61	0.25	-0.44	0.43
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.060	0.487	0.199	0.214
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X2	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	-0.61	0.25	-0.44	0.43
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.060	0.487	0.199	0.214
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X3	Spearman Korelasyonu	-0.94	-0.87	-0.92	-0.72	-0.55	0.41	-0.31	0.44
	Anlamlılık	0.000	0.001	0.000	0.019	0.098	0.243	0.383	0.200
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X4	Spearman Korelasyonu	-0.99	-0.90	-0.85	-0.77	-0.58	0.22	-0.49	0.38
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.002	0.009	0.082	0.544	0.154	0.276
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X5	Spearman Korelasyonu	-0.95	-0.83	-0.75	-0.65	-0.47	0.25	-0.57	0.38
	Anlamlılık	0.000	0.003	0.013	0.043	0.174	0.487	0.089	0.276
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X6	Spearman Korelasyonu	-0.87	-0.84	-0.84	-0.66	-0.33	0.34	-0.57	0.09
	Anlamlılık	0.001	0.002	0.002	0.038	0.347	0.336	0.089	0.803
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X7	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	-0.61	0.25	-0.44	0.43
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.060	0.487	0.199	0.214
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
X8	Spearman Korelasyonu	-0.88	-0.78	-0.82	-0.77	-0.35	0.22	-0.66	0.14
	Anlamlılık	0.001	0.008	0.004	0.009	0.328	0.544	0.037	0.701
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX1	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	0.95	0.87	1.00	0.88
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.000	0.001	0.000	0.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX2	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	0.95	0.87	1.00	0.88
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.000	0.001	0.000	0.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX3	Spearman Korelasyonu	-0.94	-0.87	-0.92	-0.72	0.84	0.78	0.94	0.84
	Anlamlılık	0.000	0.001	0.000	0.019	0.002	0.008	0.000	0.002
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX4	Spearman Korelasyonu	-0.99	-0.90	-0.85	-0.77	0.96	0.88	0.99	0.93
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.002	0.009	0.000	0.001	0.000	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX5	Spearman Korelasyonu	-0.95	-0.83	-0.75	-0.65	1.00	0.84	0.95	0.90
	Anlamlılık	0.000	0.003	0.013	0.043	0.000	0.002	0.000	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX6	Spearman Korelasyonu	-0.87	-0.84	-0.84	-0.66	0.84	1.00	0.87	0.87
	Anlamlılık	0.001	0.002	0.002	0.038	0.002	0.000	0.001	0.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX7	Spearman Korelasyonu	-1.00	-0.93	-0.87	-0.72	0.95	0.87	1.00	0.88
	Anlamlılık	0.000	0.000	0.001	0.019	0.000	0.001	0.000	0.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
LOGX8	Spearman Korelasyonu	-0.88	-0.78	-0.82	-0.77	0.90	0.87	0.88	1.00
	Anlamlılık	0.001	0.008	0.004	0.009	0.000	0.001	0.001	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

Her iki korelasyon analizinde elde edilen bulgular, çeşitli düzeylerde olmakla birlikte genel olarak ilk dört değişkene “hastane yatak sayısı, uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi” göre Atkinson endeks katsayılarıyla miktarlar ve logaritmik miktarlar arasında kuvvetli ve negatif yönlü ilişkinin sistematik şekilde olduğu yönündedir. Bu çerçevede de üçüncü

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

aşamaya geçilerek regresyon denklemleri söz konusu dört sağlık hizmet arz değişkenine göre kurulmuştur. Elde edilen bulgular ise tablo 5’te toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 5
EKK Regresyon Sonuçları

	Bağımlı Değişkenler								
	ATK-Y	ATK-Y	ATK-UDr.	ATK-UDr.	ATK-PDr.	ATK-PDr.	ATK-DHek	ATK-DHek	
Sabit Katsayı, Bağımsız Değişkenler ve Standartize Beta Katsayıları	Sabit	0.487 (17.13;0.00)	3.612 (9.85;0.00)	0.744 (14.86;0.00)	3.696 (7.44;0.00)	0.413 (10,10;0.00)	2.645 (6.21;0.00)	0.754 (11.04;0.00)	2.961 (4.38;0.00)
	Yatak Std Beta	-1.9E-06 -0.964 (-10.23;0.00)							
	Log (Yatak) Std Beta		-0.658 -0.957 (-9.31;0.00)						
	Uzm.Dr. Std Beta			-7.9E-06 -0.904 (-5.99;0.00)					
	Log (Uzm.Dr.) Std Beta				-0.711 -0.918 (-6.54;0.00)				
	Prat.Dr. Std Beta					-5.2E-06 -0.896 (-5.70;0.00)			
	Log (Prat.Dr.) Std Beta						-0.530 -0.899 (-5.79;0.00)		
	DHek. Std Beta							-1.8E-05 -0.814 (-3.97;0.00)	
	Log (DHek.) Std Beta								-0.595 -0.792 (-3.66;0.01)
	R2	0.929	0.916	0.818	0.842	0.802	0.807	0.663	0.627
	Adj.R2	0.920	0.905	0.795	0.823	0.778	0.783	0.621	0.580
	F								
	İstatistiği	104.60	86.74	35.91	42.71	32,46	33.53	15.73	13.42
	Anl. (3,5)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.004	0.006
	Breusch-Godfrey Sıralı Otokorelasyon LM Testi								
F-istatistiği	2.067	2.357	1.817	3.503	1.516	2.254	1.883	2.026	
Anl. (3,5)	-0.223	0.188	0.261	0.105	0.319	0.200	0.250	0.229	
Heteroskedasite Testleri									
Breusch-Pagan-Godfrey									
F-istatistiği	1.851	2.265	3.004	4.366	2.561	3.175	1.747	2.268	
Anl. (1,8)	0.211	0.171	0.121	0.070	0.148	0.113	0.223	0.171	
Glejser									
F-istatistiği	1.052	1.250	1.993	4.047	2.743	3.524	1.665	2.481	
Anl. (1,8)	0.335	0.296	0.196	0.079	0.136	0.097	0.233	0.154	
White									
F-istatistiği	0.844	1.273	1.888	2.048	1.146	1.436	2.341	1.774	
Anl. (2,7)	0.469	0.338	0.221	0.200	0.371	0.300	0.167	0.238	
Ramsey-Reset Tanımlama Hatası Testi									
F-istatistiği	3.273	3.906	0.442	0.169	0.209	0.134	2.765	2.444	
Anl. (3,5)	0.117	0.088	0.733	0.913	0.886	0.936	0.151	0.179	

Parantez içinde (t istatistik değerleri; anlamlılık düzeyleri) gösterilmiştir.

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Dört sağlık hizmet arz değişkeni temel alınarak kurulan sekiz modelin istisnasız tümü, istatistiksel olarak anlamlı ve temsilidir. Hiçbir modelde otokorelasyon sorununa rastlanmamıştır. Ayrıca hiçbir modelde tanımlama hatası olmadığından, modeller dışında bırakılan herhangi değişkenin olduğu savunulamaz. Buna ek olarak değişen varyans sorunuyla da hiçbir modelde karşılaşılmamıştır.

Elde edilen bulgular, ilk dört sağlık hizmet arz değişkenlerini oluşturan hastane yatak sayısında, uzman hekim sayısında, pratisyen hekim sayısında ve diş hekimi sayısında 1995–2004 yılları arası dönemde yaşanan artış karşısında Atkinson endeks değerlerinde düşüşe yol açtığı yönündedir. Diğer bir deyişle sayısal artış, endeks katsayı değerlerinde negatif yönde etki yapmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Türkiye, uzun yıllardır yoğun iç göç hareketlerine sahne olan bir ülke konumundadır. Kısa sürede gerçekleşen yüksek miktarlı nüfus yer değiştirmeleri ise beraberinde özellikle vilayetler düzeyinde (İBBS 3) bölgelerarası dengenin uyumlulaştırılmasında ciddi sorunlara yol açmaktadır. Pek tabii bu yer değiştirmelerin kontrol ve yönlendirilmesine yönelik etkin politikalar geliştirilmesi önemlidir. Ancak bu konu, farklı müstakil çalışmalar gerektiren konu olması sebebiyle bu çalışmada veri kabul edilerek çalışma yapılandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, kamusal görev konumunda olup sosyal politika disiplini açısından son derece önemli bir yeri işgal etmektedir. Çünkü yaşama hakkı, tüm hakların önünde olan en temel sosyal hakkı oluşturur. Yaşama hakkının teminatı da devlet güvencesinde olmak zorundadır. Aksi durumda devlet, varlık sebebini kaybedecektir.

Yaşama hakkının teminat altına alınmasında güvenlik ve sağlık hizmetleri, iki önemli ayağı oluşturmaktadır. Güvenlik sağlanamazsa yaşam hakkı da kamusal güvence altına alınamayacaktır. Genelde de bu yöne literatürde odaklanılmaktadır. Ancak yaşam hakkının teminat altına alınmasında güvenliğin kamusal teminat altına alınması yeterli gelmez. Aynı zamanda tanım gereği sağlık hizmet arzcularının da hür ve eşit her vatandaşın ulaşabilirliğine sunulması gerekir. Bu çerçevede de sağlık hizmet arzcularının bölgelerarası dengeli dağılımının sağlanması, sosyal politika unsuru ve devletin temel varlık sebebi olarak ayrıcalıklı konuma ulaşır. İşte bu çalışmada 1995-2004 yılları arasında geçen 10 yıllık periyoda sağlık hizmet arzcularının sayısında yaşanan artışın, vilayetler arası nüfusa göre tam dengeli dağılımın sağlanacağı 0 “ideal / tam denge” noktasına doğru uyumlaşma sürecini sağlayıp sağlamadığının sınanması üzerine kurgulanmıştır.

Elde edilen bulgular, hastane yatak sayısında, uzman hekim sayısında, pratisyen hekim sayısında ve diş hekimi sayısında 1995–2004 yılları arası dönemde yaşanan artış karşısında ilk dört sağlık hizmet arz değişkenininin 81 vilayet arasındaki vilayet nüfuslarına göre dağılımlarında dengeleşmeye sebep olduğu, diğer bir deyişle bölgeler arası uyumlaşma sürecini beraberinde getirdiği yönündedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri açısından yaşam hakkını teminat altına alma yolunda uygulanan sosyal politikada etkinliğin mevcudiyeti ile karşılaşılmaktadır.

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Kaynaklar

Atkinson, A. B. (1970), “On the Measurement of Inequality”, *Journal of Economic Theory*, 2: 244–263.

Bulut, N. (2003), “Küreselleşme Sosyal Devletin Sonu mu?,” *A.Ü. Hukuk Fakültesi Dergisi*, 52 (2), 173-197.

Cansel, E. (1969), “Sosyal Devlet ve Aile,” *A.Ü. Hukuk Fakültesi Dergisi*, 26 (3), 11-20.

Chakravarty, S. (1996), “A Measurement of Spatial Disparity: The Case of Income Inequality”, *Urban Studies*, 33 (9): 1671–1686.

Çiftçi, M. (2008), “Ülkelerarası Küresel Eşitsizlik – Reel Büyüme İlişkisinin Uzun Dönemli Gelişimi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1): 919-952.

Çiftçi, M. (2010a), “Türkiye’de 60 Yaş ve Üstü Nüfusun Sağlık Hizmetlerinin Bölgesel Dağılımından Sağladıkları Sosyal Fayda Düzeyleri,” *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(4): 252-260.

Çiftçi, M. (2010b), “Türkiye’de Hekim Arzının Bölgesel Dağılım Eşitsizliği (1897–2004), *Business And Economics Research Journal / İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 1 (3), 101–115.

Cillov, H. (1993), *İktisadi Olaylara Uygulanan İstatistik Metodları*, İÜ Yayınları, İstanbul.

Davidson, R. ve J. G. MacKinnon (1999) *Econometric Theory and Methods*, New York.

Divitçioğlu, S. (1977), *Mikro İktisat*, 5. bs, İÜ İktisat Fakültesi yayınları, İstanbul.

Eckstein, O. (1967), *Public Finance*, 2. ed., Prentice-Hall Inc, New Jersey.

Erginay, A. (1976), *Kamu Maliyesi*, 5. bs, AÜ Hukuk Fakültesi yayınları, Ankara.

Fedorov, L. (2002), “Regional Inequality and Regional Polarization in Russia, 1990–99”, *World Development*, 30 (3): 443–456.

Garcia, I. ve Molina, J. A. (2001), “The Effects of Region on the Welfare and Monetary Income of Spanish Families”, *Urban Studies*, 38 (13): 2415-2424.

Genceli, M. (1989), *Ekonometrinin İstatistiksel Temelleri*, Filiz Kitabevi, İstanbul:

Greene, H. W. (2002), *Econometric Analysis*, Fifth edition, Prentice Hall, New Jersey.

Güriş, S. ve E. Çağlayan (2005), *Ekonometri - Temel Kavramlar*, Der Yayınevi İstanbul.

Haller, H. (1994), *Maliye Politikası Teorik Esasları ve Temel Problemleri*, Çev. Salih Turhan, 3. bs. Filiz, İstanbul.

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Harvey, J. (2005), “A note on the ‘natural rate of subjective inequality’ hypothesis and the approximate relationship between the Gini coefficient and the Atkinson index”, *Journal of Public Economics*, 89: 1021–1025.

Huber, E. R. (1970), “Modern Endüstri Toplumunda Hukuk Devleti Ve Sosyal Devlet,” çev. Tuğrul Ansay, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 27(3), 27-51.

İçağasıoğlu Çoban, A, ve C. Özbesler (2009), “Türkiye’de Aileye Yönelik Sosyal Politika ve Hizmetler,” *Aile ve Toplum*, 5 (18), 31-41.

Işıkara, B (1975), *Regresyon Yöntemleri ve Sorunları*, İ.Ü. İktisat Fakültesi yayınları, İstanbul.

Johnston, Jack ve John Dinardo (1997), *Econometric Methods*, 4. Baskı, McGraw - Hill Companies, New York.

Kennedy, P. (1998), *A Guide to Econometrics*, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

Koray, M. (2005), *Sosyal Politika*, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.

Maddala, G. S. (1992), *Introduction to Econometrics*, 2. baskı,, MacMillan Publishing Company, New York.

Moran, T. P. (2003), “On the Theoretical and Methodological Context of Cross-National Inequality Data”, *International Sociology*, 18 (2): 351-378.

Nadaroğlu, H. (1974), *Kamu Maliyesi Teorisi*, İİTİA Nihat Sayar yayınları, İstanbul.

Neumark, F. (1975), *Vergi Politikası*, Çev. İclal (Feyzioğlu) Cankorel, Filiz, İstanbul.

Önder, İ. (1974), *Türkiye’de Kamu Harcamalarının Seyri: 1927-1967 (Doçentlik Tezi)*, İÜ İktisat Fakültesi yayını, İstanbul.

Özgüven, A. (1991), *İktisat Bilimine Giriş*, 6. bs, Filiz, İstanbul.

Öztürk, L. (2005), “Bölgelerarası Gelir Eşitsizliği: İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması’na (İBBS) Göre Eşitsizlik İndeksleri İle Bir Analiz, 1965–2001”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 10: 95–110.

Pedersen, A. W. (2004), “Measurement Inequality as Relative Deprivation: A Sociological Approach to Inequality”, *Acta Sociologica*, 47: 31-49.

Ravallion, M. (2001), *Growth, Inequality and Poverty: Looking Beyond the Averages*, World Bank Policy Research Working Paper. 2558, Washington, DC.

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

Redigor, E., Calle, M. E., Navarro, P. ve Dominguez, V. (2003), “Trends in the Association between Average Income, Poverty and Income Inequality and Life Expectancy in Spain”, *Social Science & Medicine*, 56: 961–971.

Salas, R. (1997), “Welfare-consistent inequality indices in changing populations: The marginal population replication axiom A note”, *Journal of Public Economics*, 67: 145–150.

Salvatore, D. ve D. Reagle (2002), *Theory and Problems of Statistics and Econometrics*, Second edition, McGraw - Hill Companies, New York.

Samuelson, P. (1970), *İktisat*, 3. bs, Çev. Demir Demirgil, Menteş, İstanbul.

Sen, A. K. (1973), *On Economic Inequality*, Oxford University Press, Oxford, etc.

Şenkal, Abdülkadir (2005), “Sosyal Politika ve Sosyal Vatandaşlık: Kölelikten Sosyal Vatandaşlığa (Avrupa Birliği Sosyal Vatandaşlık Örneği),” İ.Ü. Sosyal Siyaset Konferansları, Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş’ a Armağan Özel Sayısı, 50. Kitap, 225-258.

Sertel, N. (1994), *Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet*, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Seymen, R. (2005), “İnsan ve Sosyal Teori (Normatif Bir Değerlendirme Denemesi),” İ.Ü. Sosyal Siyaset Konferansları, Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş’ a Armağan Özel Sayısı, 50. Kitap, 119-131.

Soysal, M. (1997), *100 Soruda Anayasanın Anlamı*, 11. Baskı, Gerçek, İstanbul.

Spatz, J. (2006), *Poverty and Inequality in the Era of Structural Reforms: The Case of Bolivia*, Springer Verlag, Berlin.

Sümer, K. K. (2006), “White’ın Heteroskedisite Tutarlı Kovaryans Matrisi Tahmini Yoluyla Heteroskedasite Altında Model Tahmini”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, (4).

Talas, C. (1956), “Harp Sonu Anayasalarında Sosyal Haklar,” *A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 11 (3), 286-302.

Talas, C. (1962), “Plan, Kalkınma ve İktisadi Sistemler,” *A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 17 (3), 1-13.

Talas, C. (1970), “Endüstriyel Demokrasi ve Türkiye’de Uygulanma Olanakları,” *A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 25 (2), 191-234.

Tokol, A. (2000), *Sosyal Politika*, 2. baskı, Vipaş A.Ş, Bursa.

Turhan, S. (1998), *Vergi Teorisi ve Politikası*, 6. bs, Filiz, İstanbul.

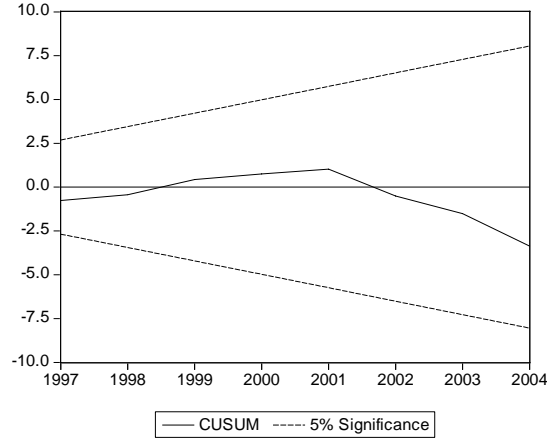
Türk, İ. (1975), *Maliye Politikası – Çağdaş Bütçe Teorileri*, 3. bs, Doğan, Ankara.

Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

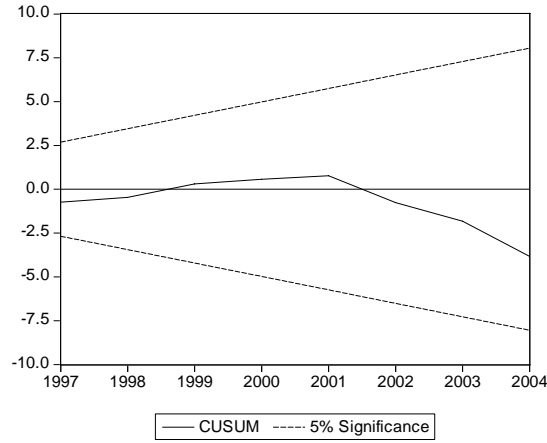
Wooldridge, J. M. (2002), *Introductory Econometrics*, Thomson Learning.

World Bank (2006), *World Development Report 2007*, Washington D.C.

Ekler: CUSUM Grafikleri İle Yapısal Kırılma Testleri

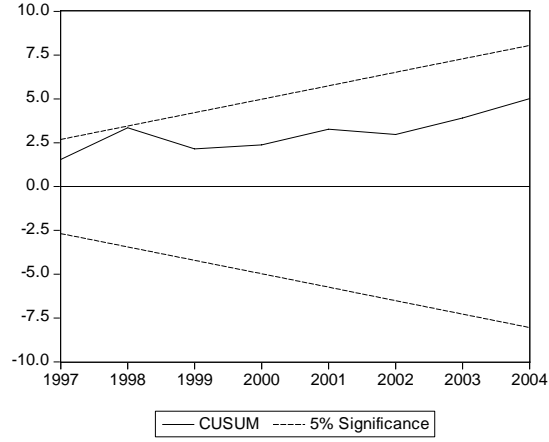


Grafik 1: “ $ATK-Y = C + Yatak$ ” için kırılma

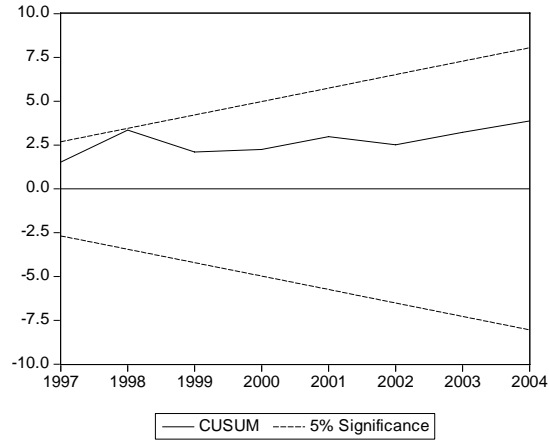


Grafik 2: “ $ATK-Y = C + \text{Log}(Yatak)$ ” için kırılma

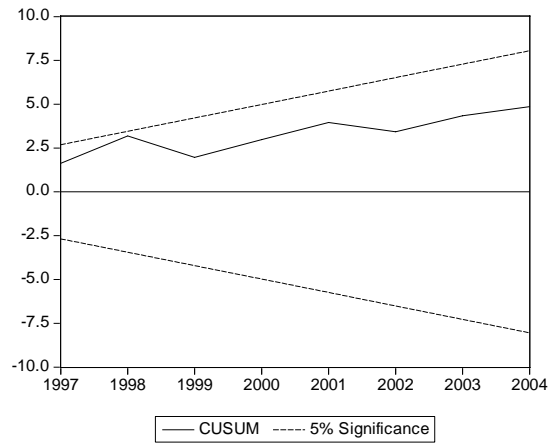
Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>



Grafik 3: “ $ATK-UDr = C + UDr$ ” için kırılma

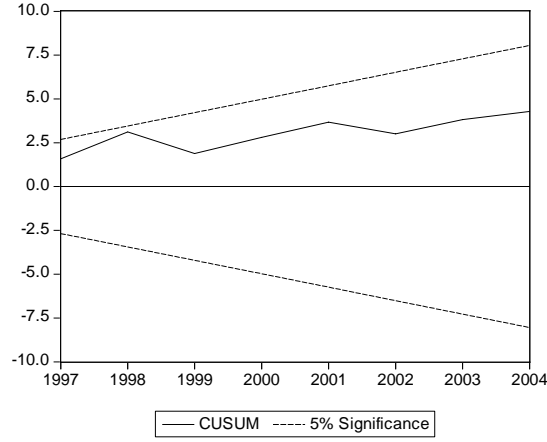


Grafik 4: “ $ATK-UDr = C + \text{Log}(UDr)$ ” için kırılma

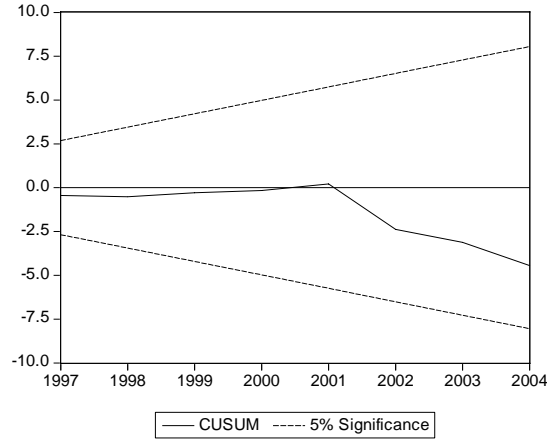


Grafik 5: “ $ATK-PDr = C + \text{Prati.Dr.}$ ” için kırılma

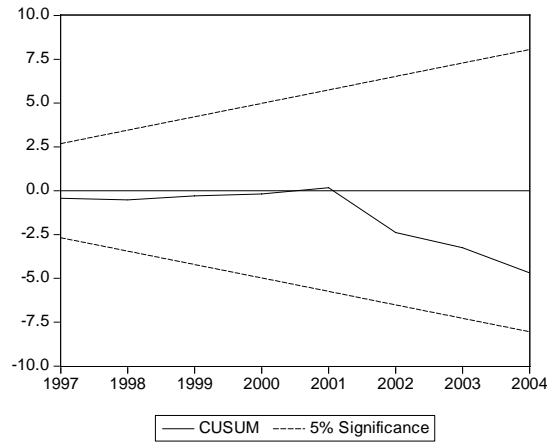
Çiftçi, M., Seymen, R. (2011). Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 8:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>



Grafik 6: “ $ATK-PDr = C + \text{Log}(PDr)$ ” için kırılma



Grafik 7: “ $ATK-DHek = C + DHek$ ” için kırılma



Grafik 8: “ $ATK-DHek = C + \text{Log}(DHek)$ ” için kırılma