

Sağlık Eşitsizliklerinin Mikroekonomik Temelleri: Gelir, Cinsiyet ve Bölgesel Farkları

Demet Topal Koç¹

Özet

Türkiye’de sağlık göstergeleri son yirmi yılda önemli gelişmeler kaydetmiş olsa da, sağlık sonuçları ve sağlık hizmetine erişimde gelir, cinsiyet, eğitim ve yaşa dayalı belirgin eşitsizlikler varlığını sürdürmektedir. Bu eşitsizlikler, yalnızca sağlık sisteminin performansını değil, aynı zamanda bireylerin ekonomik üretkenliklerini, refah düzeylerini ve yaşam fırsatlarını da doğrudan etkilemektedir. Sağlığın birey düzeyinde belirleyicilerinin heterojenliği, eşitsizliklerin mikro temellerini anlamayı zorunlu hâle getirmiştir. Bu bağlamda bu kitap bölümünde sağlık eşitsizliklerinin mikro temelleri ve bunların sebepleri literatürden örneklerle açıklanmıştır.

1.Sağlık Eşitsizliklerinin Mikro Temelleri

Gelir grupları arasındaki farklar Türkiye’de dikkate değer ölçüde yüksektir. En düşük gelir gruplarında hem kronik hastalıklar daha sık görülürken hem de sağlık hizmetine erişimde finansal zorluklar daha çok yaşanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2022 verilerine göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %18,5 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2023). Bu bulgular, Türkiye’de cepten ödemelerin düşük gelirli haneler üzerinde orantısız bir yük oluşturduğunu gösteren literatürle de uyumludur: Türkiye’deki cepten sağlık harcamalarının finansmanındaki eşitsizliği inceleyen Çınaroğlu (2018) çalışmasında, 2003-2015 yılları arasında harcamaların dağılımındaki ilerleyicilik düzeyinin azaldığı ve gerileyici (regresif) bir eğilimin arttığı gözlenmiştir. Bu durum, yoksul ve zengin gruplar arasındaki farkın devam ettiğini ve cepten ödeme yükünün giderek artan bir şekilde kırılğan grupların omuzlarına bindiğini göstermektedir.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, demettopalkoc@klu.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0003-0541-8011>

Cinsiyete dayalı eşitsizlikler, Türkiye'deki sağlık çıktılarının, kritik bir bileşeni olarak değerlendirilebilir. Kadınlar sağlık sistemiyle daha uzun süre temas etmelerine rağmen, özellikle ruh sağlığı, kronik hastalık sıklığı ve ev içi bakım emeği nedeniyle daha yüksek sağlık riski taşımaktadır. Düşük gelirli kadınlarda psikolojik problemler ve anksiyete belirtileri daha yüksek görülmekte, sağlık hizmetine erişimde kültürel ve ekonomik engeller ise giderek belirginleşmektedir. Bu durum, cinsiyetler arasında sağlıkta eşitsizliklerin hem ekonomik hem de sosyal sermaye farklılıklarıyla şekillendiğini göstermektedir (Blair & Alexander, 2019; López et al., 2024).

Eşitsizliklerin belirginleştiği bir diğer alan ise bölgesel farklılıklardır. Türkiye'nin Batı bölgelerinde sağlık göstergeleri daha olumlu seyrederken; Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ise hem kronik hastalık prevalansı hem de sağlık hizmetine erişim kısıtları daha yüksektir. Nitelikli insan kaynağı eksikliği, sağlık altyapısının bölgesel dağılımı ve ulaşım maliyetleri bu farklılıkları arttırmaktadır. Bu mekânsal eşitsizlikler, bireylerin yaşadıkları coğrafyanın da sağlık sonuçları üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Zhu et al., 2017).

Bunlara ek olarak, yaşlanan nüfusun sağlık talebi hızla artarken, özellikle düşük gelirli yaşlı bireyler hem kronik hastalık yönetimi hem de bakım hizmetlerine erişimde çok daha fazla zorluklarla karşılaşmaktadır. Gelir ve sağlık sermayesinin zaman içindeki birikimli etkisi, yaşlı bireylerde sağlık eşitsizliklerinin daha belirginleşmesine yol açmaktadır (Dean et al., 2013; Yancy, 2020).

1.1.Mikro İktisatta Sağlık Eşitsizliklerinin Yeri

Mikro iktisat, bireylerin sınırlı kaynaklar altında karar alma süreçlerini incelemektedir. Sağlık ise bir tüketim malı ve aynı zamanda bir yatırım malı niteliği taşıdığı için özel bir konuma sahiptir. Bireylerin sağlık düzeyleri, yaşam kalitesinin yanı sıra, üretkenliklerini, işgücüne katılımlarını ve gelecekteki gelirlerini etkileyen bir beşeri sermaye bileşeni olarak ele alınabilir. Bu nedenle sağlıkta gözlenen eşitsizlikler, mikro iktisadın temel konularından biri olan kaynak dağılımı, bireysel davranışlar ve refah farklılıkları ile doğrudan ilişkilidir (Ke & Sun, 2025).

Mikro iktisat açısından sağlık eşitsizlikleri, ilk olarak bireylerin bütçe kısıtı, zaman kısıtı ve bilgi eksikliği gibi sınırlamalar altında sağlık üretimi ve hizmet talebi kararları alması ile incelenebilir. Gelir düzeyi yüksek bireylerin sağlık hizmetlerine ve önleyici bakım uygulamalarına erişimi daha kolay olurken, düşük gelirli bireyler daha sık olarak talebi erteleyebilir, hizmet kullanımını sınırlayabilir ya da tamamen vazgeçebilir. Bu davranışsal farklılıklar, mikro

düzeyde farklılaşan fırsat maliyetleri, marjinal fayda beklentileri, risk algıları ve zaman tercihlerinin bir sonucudur(Li et al., 2025; Severino et al., 2022).

Eğitim, çalışma durumu ve sosyal sermaye gibi bireysel özellikler de mikro iktisadi çerçevede sağlık eşitsizliklerinin temel belirleyicileri olarak görülmektedir. Daha yüksek eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığını artırarak bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını daha bilinçli vermelerine olanak tanır. Benzer şekilde, sosyal destek ağlarının gücü, bireylerin kriz dönemlerinde sağlık hizmetine erişme kapasitelerini belirler(Zhao & Li, 2025). Tüm bu faktörler mikro iktisadın “birey davranışı”, “seçim setleri” ve “kısıtlar” kavramlarının sağlık alanındaki yansımalarıdır.

Mikro iktisat literatürü, sağlık eşitsizliklerini yalnızca birey düzeyindeki tercihlerle değil, aynı zamanda piyasa başarısızlıkları gibi bilgi asimetrisi ve ahlaki tehlike gibi etkenlerle de açıklamaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri piyasası, klasik mikro iktisat modellerinin varsayımlarının geçerli olmadığı bir alan olmakla birlikte, eşitsizliklerin nedenleri ve sonuçları açısından zengin bir araştırma ortamı sunmaktadır(Dobkin et al., 2018; Ke & Sun, 2025). Dağılımın adaletsizliği, bireylerin sağlık sermayesi biriktirme kapasitesindeki farklılıklarla toplumsal refah üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Özellikle sağlık eşitsizlikleri, düşük gelirli gruplar için gelecekteki ekonomik çıktılar üzerinde belirgin etkiler yapabilir ve dolayısıyla toplumsal refah fonksiyonlarının değerlendirilmesinde merkezi bir rol oynamaktadır (Li et al., 2025).

Bu çerçevede mikro iktisat, sağlık eşitsizliklerini yalnızca sağlık sektörüne özgü bir sorun olarak değil, bireysel davranışların, ekonomik kaynakların, toplumsal konumların ve piyasa mekanizmalarının kesiştiği çok boyutlu bir olgu olarak ele alır. Böylece sağlık eşitsizlikleri, bireylerin karar alma süreçleri ve toplumsal refah üzerindeki etkileri açısından mikro iktisadi analizlerin ayrılmaz bir parçası hâline gelmektedir.

1.2.Gelir, Eğitim, Cinsiyet ve Bölge Farkları

Gelir, eğitim, cinsiyet ve coğrafi bölge temelli farklılıklar, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını şekillendiren en önemli mikroekonomik belirleyiciler arasında yer alır. Mikro iktisat, bireylerin çeşitli kısıtlar altında nasıl seçim yaptıklarını, bu seçimlerin fayda düzeyini ve uzun dönem refah sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemektedir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler de tam olarak bu üç boyut üzerinde; kaynaklar, tercihler ve fırsatlar şekillendiği için mikro iktisat analizinin merkezinde yer alır (Diğer et al., 2025; Doğan, 2020).

Gelir farklılıkları: Bütçe kısıtı ve sağlık talebi

Gelir düzeyi, bireyin karşı karşıya olduğu bütçe kısıtının temel belirleyicisi olduğundan, sağlık harcaması ve önleyici bakım gibi kararlar doğrudan gelir seviyesine bağlıdır. Yüksek gelirli bireyler sağlık hizmeti, beslenme, barınma ve yaşam koşulları açısından daha geniş bir seçim setine sahipken, düşük gelirli bireyler sağlıkla ilgili kararları çoğu zaman talebi erteleme, asgari düzeyde hizmet alma veya tamamen vazgeçme yönünde şekillendirir. Bu nedenle gelir eşitsizlikleri, sağlık talebinin hem düzeyini hem de kompozisyonunu etkileyen temel bir mikro değişkendir (Doğan, 2020).

Eğitim farklılıkları: Sağlık okuryazarlığı ve tercih seti

Eğitim seviyesi, sağlıkla ilgili bilgi edinme, riskleri değerlendirme, erken teşhis davranışları ve tedavi seçeneklerini karşılaştırma gibi alanlarda bireyin tercih setini genişleten kritik bir unsurdur. Mikro iktisat literatüründe eğitim, “beşeri sermaye” olarak görülür ve bireyin gelecekteki sağlığı da bu sermayenin hem girdisi hem de çıktısıdır. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık üretim fonksiyonunu daha etkin kullandıkları, böylece sağlık sermayelerini koruma kapasitelerinin güçlendiği bilinmektedir (Ay et al., 2023; Wang & Lu, 2022). Dolayısıyla eğitim farklılıkları, sağlık eşitsizliklerinin hem davranışsal hem bilgi temelli mekanizmalarını açıklar (Wang & Lu, 2022).

Cinsiyet: Zaman kısıtları, bakım emeği ve sağlık davranışları

Cinsiyet, mikro düzeyde hem ekonomik hem sosyokültürel kısıtları belirleyen çok katmanlı bir değişkendir. Özellikle kadınların ev içi bakım emeğinin ağırlığını taşıması, onların zaman kısıtını erkeklere kıyasla daha sıkı hâle getirir. Bu durum sağlık hizmeti talebini doğrudan etkiler; kadınlar çoğu zaman kendi sağlık ihtiyaçlarını erteleyerek çocuk veya yaşlı bakımı gibi görevleri önceliklendirebilir. Ayrıca toplumsal normlar ve çalışma hayatındaki eşitsizlikler, kadınların gelir seviyelerini ve sosyal güvence olanaklarını da etkileyerek mikro ekonomik bir dezavantaj yaratabilir. Bu nedenle cinsiyet farkları, sağlık eşitsizliklerinin hem arz hem talep tarafını etkileyen temel mikro yapısal unsur olarak ele alınabilir (Wang & Lu, 2022).

Bölge farklılıkları: Erişim maliyeti ve mekânsal kısıtlar

Bireylerin yaşadıkları coğrafya, sağlık hizmetine erişim maliyetlerini, sağlık altyapısının kalitesini ve ulaşım masraflarını doğrudan belirler. Mikro iktisatta coğrafi konum, bir bireyin fiyatlara ve hizmetlere erişim mesafesini belirleyen doğal bir kısıt olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle Doğu-Batı veya kentsel-kırsal ayrımları gibi bölgesel farklılıklar, sağlık hizmeti talebinin hem miktarını hem zamanlamasını etkiler. Sağlık hizmetine erişimin daha zor olduğu bölgelerde bireyler daha fazla zaman ve maliyetle karşılaşır; bu da

talep eşitsizliklerini derinleştirir. Bölgesel farklılıklar böylece birey düzeyinde fırsat eşitsizliği yaratan bir belirleyici hâline gelmektedir (Diğer et al., 2025; Önder & Akın, 2016).

1.3.Sağlık Eşitsizliklerinin Ekonomik Sonuçları: Üretkenlik, İşgücü Piyasası ve Refah Kaybı

Sağlık eşitsizlikleri yalnızca bireylerin yaşam kalitesini etkileyen sosyal bir sorun değil, aynı zamanda ekonominin işleyişini ve toplumsal refahı belirleyen güçlü bir mikroekonomik mekanizmadır. Bireylerin sağlık durumları; işgücü arzı, üretkenlik düzeyi, gelir elde etme kapasitesi ve uzun dönem insan sermayesi birikimi üzerinde doğrudan ve dolaylı etkiler yaratır (Bound et al., 2003). Dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinin ekonomik sonuçlarını analiz etmek, mikro iktisadın hem birey hem firma düzeyindeki davranış modelleri açısından kritik önem taşır.

Üretkenlik ve İşgücü Verimliliği

Sağlığın bozulması işgücü piyasasında iki temel sonuç doğurur:

- (i) üretkenlik kaybı ve
- (ii) çalışma kapasitesinin azalması.

Kötü sağlık durumu, bireyin işteki performansını olumsuz etkileyerek verimlilik kayıplarına neden olur. Bu durum hem absenteeism (işe devamsızlık) hem de presenteeism (işte olup verimsiz çalışma) yoluyla ortaya çıkar. Örneğin, Lenhart (2018) tarafından yapılan çalışmada, sağlık eşitsizliklerinin düşük gelirli gruplar arasındaki etkileri incelenmiş ve sağlık durumu kötüleşen bireylerin işgücü verimliliğinin düştüğü tespit edilmiştir. Bu kritik durum, bireylerin marjinal ürün değerinin düşmesine ve dolayısıyla işgücü piyasasındaki konumlarının zayıflamasına sebep olmaktadır.

İşgücüne Katılım ve Gelir Etkisi

Kötü sağlık, bireylerin işgücüne katılma ihtimalini azaltır ve çalışma saatlerini kısıtlar. Kadınlar ve düşük eğitilmiş bireyler gibi dezavantajlı gruplar, sağlık şoklarından daha fazla etkilenir ve bu durum gelir eşitsizliklerini daha da derinleştirir. Mikro iktisatta işgücüne katılım modeli, bireyin fayda-maliyet analiziyle şekillenir; sağlık bozukluğu, çalışmanın “maliyet” bileşenini artırır, böylece işgücü arzını azaltıcı bir etki yaratır (Lenhart, 2018). Mikro iktisattan açısından bakıldığında, işgücüne katılım modeli bireyin fayda-maliyet analizi ile şekillenir; sağlık bozukluğu, çalışmanın maliyet bileşenini artırarak iş gücü arzını azaltır. Bu mekanizma, özellikle düşük gelirli bireylerde sağlık şoklarının uzun dönemli gelir kaybı ve iş gücü piyasasından kopma ile sonuçlanmasına

neden olmaktadır (French, 2005; Keane & Capatina, 2024). Sonuç olarak, sağlık eşitsizliklerinin ekonomik sonuçlarını anlamak, toplumsal refahın artırılması ve üretkenliğin geliştirilmesi adına büyük bir önem taşımaktadır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının güçlendirilmesi ve bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi, ekonomik açıdan pozitif yansımalar yaratabilir ve refah kaybını azaltabilir (Aydemir & Skuterud, 2005).

İnsan Sermayesi Birikiminin Zayıflaması

Sağlık eşitsizlikleri uzun dönemde insan sermayesi birikimini yavaşlatmaktadır. Eğitim başarısı, çocukluk dönemi sağlık durumu ve erişilebilir bakım olanaklarıyla yakından ilişkilidir. Sağlık şokları, özellikle düşük SES (sosyoekonomik statü) gruplarında daha fazla görüldüğü için, söz konusu bireylerin eğitim yatırımlarını azaltarak zaman içinde eğitim eşitsizliklerinin de artmasına sebep olmaktadır. Bu süreç mikro iktisatta “birikimli dezavantaj” mekanizmasıyla açıklanır: kötü sağlık → düşük eğitim → düşük gelir → daha kötü sağlık. Böylece eşitsizlik hem yatay hem dikey olarak derinleşmektedir (Alam & Mahal, 2014; Chernichovsky, 2021). Eğitim eksiklikleri, sağlık durumunun doğrudan etkilediği insan sermayesinin kalitesizleşmesi ve dolayısıyla bireylerin ekonomik potansiyellerinin azalmasına yol açmaktadır (Vögel et al., 2015). Bireylerin eğitim seviyeleri düştükçe, işgücü piyasasındaki verimlilikleri de önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu durum, sağlık eşitsizliklerinin bir mikroekonomik problem olarak ele alınmasının gerekliliğini göstermektedir (Dhanaraj, 2016; Rohayani et al., 2023).

Hanehalkı Refahı ve Tüketim Kısıtı

Sağlık harcamalarının öngörülemez olması, hanehalklarının tüketim kararlarını doğrudan etkileyebilir. Özellikle cepten yapılan harcamaların yüksek olduğu ekonomilerde sağlık şokları düşük gelir gruplarında tüketimin daralmasına, borçlanmaya veya diğer temel ihtiyaçların karşılanmamasına neden olabilir (Alam & Mahal, 2014). Bu durum, refah kaybına neden olup, hanehalklarının gelecekteki ekonomik davranışlarını değiştirebilir. Sağlık eşitsizlikleri, toplum genelinde fırsat eşitliğini artıran ve tüketim istikrarını bozan önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir (Liu et al., 2014). Bu bağlamda, hanehalklarının sağlık durumlarının iyileştirilmesi, yalnızca bireysel refahı artırmakla kalmayıp, aynı zamanda toplumsal refahı da olumlu yönde etkileyecektir (Dhanaraj, 2016; Ustaoglu & Demez, 2024).

Toplumsal Refah Kaybı ve Ekonomik Maliyetler

Sağlık eşitsizliklerinin makro düzeyde yansımaları toplam üretim kapasitesinin azalması, işgücü piyasasında etkinlik kaybı ve potansiyel

büyüme hızının düşmesidir; ancak bu sonuçların kaynağı mikro düzeyde yatan bireysel sağlık farklılıklarıdır (Chernichovsky, 2021). Düşük sağlık sermayesi, toplumsal refah fonksiyonlarında negatif yük oluşturarak toplumun genel mutluluk ve yaşam tatmini düzeyini de düşürür. Böylece sağlık eşitsizlikleri, yalnızca ekonomik çıktı kaybı değil, aynı zamanda dağılımsal adaletsizliğin refah üzerindeki etkisi bağlamında bir mikro iktisat problemine dönüşür (Gil-Delgado & Gómez-Calero, 2013; Ustaoglu & Demez, 2024).

2.Mikro İktisat Perspektifinden Sağlık Eşitsizliği

Bu bölümün amacı, Türkiye’de sağlık eşitsizliklerinin mikro iktisat açısından nasıl ortaya çıktığını ve bireylerin sağlık sonuçlarını şekillendiren temel mikroekonomik mekanizmaları açıklamaktır. Sağlık eşitsizlikleri yalnızca sosyal bir durumun yansıması değil, bireylerin karşı karşıya kaldığı kaynak kısıtları, tercih yapıları, bilgi düzeyleri ve fırsat eşitsizliklerinin sonucudur. Bu nedenle sağlık farklılıklarını anlamak, doğrudan mikro iktisadi analiz çerçevesine girmektedir.

Bu bölümde, öncelikle Türkiye’de sağlık eşitsizliklerinin mevcut görünümünü ortaya konularak, ardından sağlıkla ilgili kararların mikro düzeyde nasıl şekillendiğini açıklayan teorik temelleri tartışılmıştır. Gelir, eğitim, cinsiyet ve bölge gibi sosyoekonomik değişkenlerin, bireylerin sağlık sermayesi üretme ve sağlık hizmetine erişme kapasitelerini nasıl belirlediği ele alınmıştır. Bu çerçevede sağlık üretim fonksiyonu, bütçe ve zaman kısıtları, bilgi asimetrisi, risk algısı ve sosyal sermaye gibi mikro iktisada özgü kavramlar ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir.

Ayrıca sağlık eşitsizliklerinin ekonomik sonuçları incelenerek, bireysel sağlık durumunun işgücü arzı, üretkenlik, eğitim başarısı ve uzun dönem refah üzerindeki etkileri açıklanmıştır. Böylece sağlık eşitsizlikleri, hem birey düzeyinde davranışsal farklılıklar hem de toplumsal refah kaybı açısından temel bir mikro iktisat problemi olarak konumlandırılmıştır.

Bu bölümün kapsamı, yalnızca sağlık eşitsizliklerini tanımlamakla sınırlı değildir; aynı zamanda eşitsizliklerin ardındaki mekanizmaları çözümleyerek daha sonraki bölümlerde yapılacak ampirik analizlere teorik bir çerçeve sunmayı amaçlamaktadır. Bölümde ortaya konulan kavramsal altyapı, ilerleyen bölümde sosyoekonomik durumun (SES), mental ve fiziksel sağlık boyutlarının ve kronik hastalıkların bireylerin öznel sağlık algısı üzerindeki etkilerini modelleyen yapısal analizlere zemin hazırlamaktadır.

Mikro İktisat Perspektifinden Sağlık Eşitsizliği

Sağlık eşitsizlikleri, bireylerin kaynaklara erişimindeki farklılıklar, bilgi düzeyleri, zaman ve bütçe kısıtları ile davranışsal özellikleri tarafından şekillenen çok katmanlı bir mikro iktisat problemidir. Mikro iktisat, bireylerin fayda maksimizasyonu altında yaptıkları seçimlerin hangi kısıtlar tarafından belirlendiğini incelerken, sağlık konusu bu çerçevenin hem tüketici davranışı hem de yatırım kararları yönüyle merkezinde yer alır(Vineis, 2020). Sağlık eşitsizliklerinin kaynağını anlamak için, sağlık hizmeti talebinin ve sağlık üretiminin mikro düzeyde nasıl işlediğini açıklayan temel teorik yaklaşımlar önem taşır.

Bireylerin sağlıkla ilgili kararları, klasik mikro iktisattaki bütçe kısıtı, fırsat maliyeti, marjinal fayda ve zamana bağlı tercihler gibi kavramlarla doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmetleri çoğu zaman ertelemeye açık olmayan, aciliyeti yüksek ve bilgi asimetrisinin belirgin olduğu bir piyasa yapısında sunulduğu için, sağlık alanında gözlenen eşitsizlikler mikro modellerdeki standart varsayımların sınırlarını belirginleştirir(Crooks et al., 2019). Özellikle gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve sosyal sermaye gibi bireysel faktörler, sağlık talebinin hem düzeyini hem de zamanlamasını etkileyen kritik mikro belirleyicilerdir.

Bu bölümde, sağlık eşitsizliklerinin mikro iktisat literatüründe nasıl konumlandığı üç temel mekanizma üzerinden açıklanmaktadır:

- i. sağlık hizmeti talebi,
 - ii. sağlık üretimi ve sağlık sermayesi birikimi,
- bilgi asimetrisi ve piyasa başarısızlıkları(Aref, 2024).

Sonraki bölümlerde, bu üç mikro mekanizma ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

2.1.Sağlık Hizmeti Talebi ve Mikro Davranışsal Mekanizmalar

Sağlık hizmeti talebi, mikro iktisatta tüketici davranışının en karmaşık görünümlerinden biridir çünkü sağlık, hem fayda sağlayan bir tüketim malı hem de gelecekteki üretkenliği belirleyen bir yatırım malı niteliği taşır. Bu ikili yapı, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını klasik mal ve hizmet talebi modellerinden daha farklı ve çok boyutlu hâle getirir(Premkumar, 2015). Sağlık hizmeti talebinin düzeyi, zamanlaması ve bileşimi bireylerin karşılaştığı ekonomik, bilişsel ve sosyokültürel kısıtlar ile doğrudan ilişkili olduğundan, sağlık eşitsizliklerinin temelinde yer alan mikro mekanizmaların anlaşılması bu bölüm açısından kritik önemdedir.

Bütçe Kısıtı ve Gelire Duyarlılık

Sağlık hizmeti talebinin en belirleyici unsurundan biri gelir düzeyidir. Cepten ödeme gerektiren hizmetlerde talep genellikle fiyat karşısında esnektir; düşük gelirli bireylerde sağlık harcamalarının fırsat maliyeti daha yüksektir(Drebing et al., 2006). Bu nedenle:

- gelir arttıkça sağlık hizmetine başvuru olasılığı yükselir,
- düşük gelir gruplarında gecikmiş başvurular, tedavi eksiklikleri ve önleyici bakım kullanımında gerilik görülür,
- ertelenmiş talep genellikle sağlık sermayesinin hızlı bozulmasına yol açar.

Bu mekanizma, sağlık eşitsizliklerinin neden gelir dağılımı farklılıklarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koyar(Drebing et al., 2006).

Zaman Kısıtı ve Cinsiyete Dayalı Farklılıklar

Sağlık hizmeti talebi yalnızca parasal maliyetle değil, zaman maliyetiyle de belirlenir. Özellikle:

- uzun çalışma saatlerine sahip bireylerde,
- ev içi bakım emeğinin büyük kısmını üstlenen kadınlarda,
- sağlık tesislerine erişimin zor olduğu bölgelerde

zaman maliyeti talebi geciktiren önemli bir faktördür. Kadınların kendi sağlıklarına yönelik başvurularını çocuk veya yaşlı bakımına öncelik tanıyarak ertelemeleri, cinsiyete dayalı sağlık eşitsizliklerinin tipik örneklerinden biridir(Lucevic et al., 2019).

Bilgi Düzeyi, Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireyin hastalık riskini değerlendirme, tedavi seçeneklerini kıyaslama ve sağlık sistemi içinde yön bulma kapasitesini belirler. Eğitim düzeyi arttıkça:

- erken başvuru davranışı güçlenir,
- önleyici hizmetlerin kullanımı artar,
- yanlış inançlar ve bilgi eksikliği kaynaklı riskli tercihler azalır.

Bu nedenle eğitim, mikro iktisatta tercih setini genişleten ve sağlık sermayesini koruyan bir insan sermayesi girdisi olarak değerlendirilir(Khan et al., 2016).

Risk Algısı, Beklentiler ve Davranışsal Sapmalar

Sağlık talebi, klasik rasyonel seçim modellerinin ötesinde davranışsal iktisadın ortaya koyduğu bir dizi psikolojik mekanizmayla da şekillenir. Bunlar arasında:

- iyimserlik yanlılığı (hastalığa yakalanma riskinin düşük olduğuna inanma),
- geciktirme eğilimi (present bias),
- durumsallık etkileri,
- bilgi aşırı yüklemesi,
- kötümserlik ve anksiyete temelli aşırı başvurular

gibi davranışsal faktörler yer alır.

Bu davranışsal sapmalar, eğitim ve gelir düzeyi düşük bireylerde daha yoğun gözlemlendiği için sağlık eşitsizliklerini derinleştirir (Gong et al., 2019).

Sağlık Sigortası, Ödeme Yapısı ve Fiyat Teşvikleri

Sağlık sigortasının kapsamı ve ödeme şekli (muayene katılım payı, ilaç fark ücreti, cepten ödeme oranları) talebi doğrudan etkiler:

- eksik sigorta → finansal engel → düşük talep,
- tam sigorta → moral hazard → aşırı talep,
- yüksek cepten ödeme → düşük gelir gruplarında tedavi erteleme.

Mikro iktisat açısından bakıldığında, sigorta tasarımı sağlık talebinin hem düzeyini hem bileşimini etkileyen güçlü bir fiyat teşviki mekanizmasıdır (Anselmi et al., 2015; Hjelm & Hadziabdic, 2024).

Bölgesel Erişim Farkları ve Mekânsal Kısıtlar

Coğrafi konum, sağlığa erişimin maliyetini belirleyen doğal bir kısıttır. Kentsel bölgelerde:

- hizmet çeşitliliği daha fazladır,
- erişim maliyeti daha düşüktür,
- başvuru davranışı daha güçlüdür.

Kırsal ve dezavantajlı bölgelerde:

- seyahat maliyeti yüksektir,
- hizmet kalitesi sınırlıdır,

- talep daha geç ve daha düşük seviyede ortaya çıkar.

Bu nedenle bölgesel eşitsizlikler, sağlık talebinin mikro düzeyde coğrafi olarak heterojenleşmesine yol açar. Sağlık hizmeti talebi; gelir, eğitim, cinsiyet, zaman maliyeti, risk algısı, sigorta kapsamı ve bölgesel erişim gibi mikro belirleyicilerin birbirine geçtiği çok boyutlu bir karar sürecidir. Bu karmaşık yapı, sağlık eşitsizliklerinin yalnızca bir sistem sorunu olmadığını; bireylerin karşılaştığı mikro düzey kısıtlar ve tercih farklılıklarının eşitsizlikleri nasıl şekillendirdiğini açıkça ortaya koymaktadır.

2.2.Sağlık Üretimi ve Sağlık Sermayesi Modeli (Grossman Yaklaşımı)

Sağlık üretimi ve sağlık sermayesi kavramı, mikro iktisatta sağlıkla ilgili davranışların anlaşılmasını sağlayan en kapsamlı teorik çerçevelerden biridir. Grossman (1972) modeline göre sağlık, bireylerin hem fayda sağladığı hem de üretim sürecine girdi olarak kullandığı özel bir sermaye türüdür. Bu yaklaşım, sağlık eşitsizliklerinin nasıl ortaya çıktığını ve neden gelir, eğitim ve sosyal sınıf gibi faktörlere göre sistematik biçimde farklılaştığını mikro düzeyde açıklayan güçlü bir mekanizma sunar (Oladeji, 2021).

Sağlık hem tüketim hem yatırım malıdır. Grossman modelinin temel varsayımı, sağlığın iki yönlü bir mal olduğudur:

Tüketim malı olarak sağlık: Sağlıklı olmak bireylere doğrudan fayda sağlar; yaşam kalitesi artar, ağrı ve kısıtlılık azalır. Bu yönüyle sağlık, tüketim malları gibi anlık fayda yaratır (Galama & van Kippersluis, 2019).

Yatırım malı olarak sağlık: Sağlık aynı zamanda bireyin gelecekteki gelirini ve üretkenliğini artırır. Sağlığın bozulması işgücüne katılımı azaltır, çalışma saatlerini kısaltır ve üretkenliği düşürür (Saikia et al., 2019). Bu nedenle sağlık, eğitim gibi diğer insan sermayesi bileşenleriyle benzer bir yatırım kararını temsil eder.

Bu iki özellik, sağlık davranışlarının klasik tüketim teorisinden farklı ve çok katmanlı bir yapıya sahip olmasına yol açar (Galama & van Kippersluis, 2019).

Sağlık üretimi: Girdiler, teknoloji ve bireysel kapasite

Bireylerin sağlık seviyeleri bir “üretim fonksiyonu” aracılığıyla belirlenir. Sağlık üretimi şu girdilere dayanır (Baldanzi et al., 2019):

- Tıbbi bakım hizmetleri (M)
- Sağlıklı yaşam davranışları (B) (spor, beslenme, sigara içmeme vb.)

- Zaman girdisi (T)
- Bireyin başlangıçtaki sağlık stoku (H_0)
- Çevresel faktörler (Z)
- Bireysel bilgi ve eğitim düzeyi (E)

$$I_{(t)} = f(M_{(t)}, B_{(t)}, T_{(t)}, H_0, E, Z)$$

Bu fonksiyon, bireylerin sağlık sermayesini nasıl ürettiğini veya koruduğunu açıklar. Sağlık üretimi için hem mal satın almak (ilaç, tedavi, tahlil) hem de zaman ayırmak (randevu, iyileşme, dinlenme) gerekir. Özellikle düşük gelirli bireylerde zaman maliyeti ve gelir kaybı daha yüksek olduğu için sağlık üretimi daha pahalı hâle gelir; bu durum eşitsizliklerin yapısal temelini oluşturur (Goldman et al., 2010).

Sağlık sermayesinin zaman içindeki dinamikleri

Grossman modeline göre sağlık stoku zaman içinde doğal olarak aşınır. Bu aşınma oranı (depreciation rate) (δ) yaş, cinsiyet, çalışma koşulları ve yaşam tarzına göre değişir.

- Düşük SES gruplarında δ daha yüksektir (daha hızlı sağlık kaybı).

Eğitilmiş ve yüksek gelirli bireylerde δ daha düşüktür (sağlıklı yaşam davranışları daha yaygındır) (Mantón et al., 2009).

Bireyler sağlık sermayelerini korumak için her yıl yeniden yatırım yapmak zorundadır. Bu zorunluluk, düşük gelirli bireylerde sağlık eşitsizliklerinin zaman içinde neden biriktiğini açıklar: Yüksek doğal aşınma + düşük yatırım kapasitesi = daha düşük sağlık ile açıklanmaktadır (Bala et al., 2021).

Eğitim ve sağlık ilişkisi: Üretkenlik etkisi

Bireyin eğitim düzeyi, sağlık üretim fonksiyonunun verimliliğini artırır. Eğitim sayesinde:

- sağlık bilgisinin kalitesi artar,
- yanlış inanç ve irrasyonel davranışlar azalır,
- sağlık hizmetlerinden doğru şekilde yararlanma becerisi yükselir,

önleyici bakımın marjinal getirisi artar (Abdychev et al., 2015).

Bu ilişki, sağlık eşitsizliklerinde insan sermayesi kanalının ne kadar belirleyici olduğunu gösterir. Eğitim, hem sağlık sermayesini artırır hem de bireyin üretim fonksiyonunu daha etkin kullanmasını sağlar (Ohikhuare et al., 2022).

Sağlıkta eşitsizliklerin birikme nedeni: Birikimli dezavantaj mekanizması

Grossman modeli, eşitsizliklerin nesiller arası ve bireyin yaşam döngüsü boyunca neden derinleştiğini mikro düzeyde açıklar. Bu mekanizma şu şekilde işler:

1. Düşük gelir/ düşük eğitim → düşük sağlık üretim kapasitesi
2. Düşük kapasite → daha düşük sağlık stoku
3. Düşük sağlık stoku → daha az çalışma → daha düşük gelir
4. Daha düşük gelir → daha düşük sağlık yatırımı
5. Daha düşük sağlık yatırımı → gelecekte daha kötü sağlık

Bu döngü “birikimli dezavantaj” olarak adlandırılır ve sağlık eşitsizliklerinin neden ekonomik eşitsizliklerle birlikte arttığını açıklayan en önemli mikro teorik kanıt olduğu söylenebilir (Hambisa & Kiely, 2024).

Sağlık üretim fonksiyonunda bölgesel ve sosyal sermayenin rolü

Grossman modeli bireysel bir çerçeve sunsa da pratikte sağlık üretimi:

- sağlık altyapısı,
- bölgesel erişim,
- sosyal destek ağları,
- çevresel riskler

gibi yapısal unsurlardan da etkilenir. Kırsal bölgelerde sağlık üretimi daha maliyetlidir; dezavantajlı mahallelerde çevresel riskler daha yüksektir; sosyal destek eksikliği tedavi sürecini uzatır. Bu faktörler bireysel üretim fonksiyonunu doğrudan aşağıya kaydırarak eşitsizlikleri derinleştirir (Xu et al., 2023).

2.3. Bilgi Asimetrisi, Eksik Sigorta ve Piyasa Başarısızlıkları

Sağlık piyasası, mikro iktisatta tam rekabet varsayımlarının en çok ihlal edildiği alanlardan biridir. Bilgi asimetrisi, belirsizlik, sigorta mekanizmalarının eksikliği ve dışsallıklar nedeniyle sağlık piyasasında etkinlik sağlamak oldukça güçtür. Bu yapısal özellikler, sağlık hizmetlerine erişimin ve sağlık sonuçlarının bireyler arasında sistematik olarak farklılaşmasına yol açar (Galama & van Kippersluis, 2019). Dolayısıyla sağlık eşitsizlikleri, yalnızca bireylerin tercih ve kısıtlarından değil, aynı zamanda bizzat sağlık piyasasının yapısal işleyişinden kaynaklanan piyasa başarısızlıklarının doğrudan sonucu olduğu söylenebilir.

Aşağıda sağlık eşitsizliklerini derinleştiren üç temel piyasa başarısızlığı ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

Bilgi Asimetrisi: Sağlık Piyasasının Temel Sorunu

Sağlık piyasasının en belirgin özelliği, hizmeti sunan ile hizmeti talep eden arasındaki ciddi bilgi asimetrisidir. Doktorlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları:

- hastalığın niteliğini,
- tedavi gerekliliklerini,
- alternatif tedavileri,
- hizmet kalitesini,
- risklerini bireylerden çok daha iyi bilirler.

Bu durum aşağıdaki mikro davranışsal ve ekonomik sonuçları doğurur:

1. Türev Talep (supplier-induced demand)

Sağlık hizmeti sağlayıcıları bilgi avantajlarını kullanarak talebi artırabilirler. Örneğin:

- gereksiz tetkikler,
- maliyeti yüksek prosedürler,

aşırı ilaç yazımı bilgi asimetrisinin beraberinde getirdiği klasik sorunlardır (Roberts, 2021).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde bu yönlendirme etkisi daha güçlü çalışır; bu da sağlık eşitsizliklerini artırır.

2. Hizmet kalitesinin gözlemlenememesi

Hastalar sağlık hizmetinin kalitesini tam olarak değerlendiremezler; bu nedenle piyasa “görünmeyen kalite” sorunu içerir. Düşük gelirli bireyler daha düşük kaliteli hizmeti kabullenmek zorunda kalabilir (Nemati, 2023).

3. Tedavi sürecinde belirsizlik ve güven sorunu

Hastalığın ilerleme süreci belirsiz olduğundan, hastalar doktor önerilerine bağımlı hâle gelir ve söz konusu bağımlılık, eşitsizlikleri güçlendirir (Smith & Fendrick, 2022).

Eksik Sigorta, Cepten Ödeme ve Finansal Kırılganlık

Sağlık riskleri doğası gereği belirsizdir ve maliyetleri öngörülemez. Bu sebeple, sağlık sigortası, mikro düzeyde önemli bir risk yönetimi aracı olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak pratikte sigorta kapsamı sınırlı olabilir ve belirli

hizmetleri dışarıda bırakabilir. Bu eksik sigorta durumu, bireylerin finansal engeller nedeniyle tedavilerini ertelemeleri ve yüksek cepten ödemelerin yaşanması gibi sonuçlar doğurur. Yüksek cepten ödeme yükü, özellikle düşük gelirli bireyler için sağlık eşitsizliklerinin zamanla büyümesine yol açar (Chin et al., 2025).

1. Finansal Engeller

Cepten ödeme yükü arttıkça, düşük gelirli bireyler önleyici hizmetleri kullanmamaya, doktor ziyaretlerini azaltmaya ve kronik hastalıklarda kontrolü aksatmaya yönelir (Jung & Tran, 2016).

2. Katastrofik Sağlık Harcaması Riski

Eksik sigortalı bireylerde bir sağlık şoku, hane gelirinin çok yüksek bir kısmını tüketebilir, bu da finansal yoksullaşmaya ve temel tüketim mallarından feragat etmeye yol açar (Khera et al., 2018).

Ahlaki Tehlike, Ters Seçim ve Sigorta Piyasasında Dengesizlik

Sağlık sigortası piyasasında iki temel bilgi asimetrisi türü bulunur: ahlaki tehlike (moral hazard) ve ters seçim (adverse selection). Ahlaki tehlike, tam sigortalı bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla tüketme eğiliminde olmasıyla ortaya çıkar. Bu durum gereksiz başvuru ve aşırı tetkik talepleri gibi sonuçlar doğurur (Ackerman & Busija, 2012). Ters seçim, yüksek riskli bireylerin sigortaya daha fazla ihtiyaç duyması, düşük riskli bireylerin ise primleri yüksek bulması nedeniyle sigorta kapsamından çıkması gibi bir durumu ifade eder. Bu süreç, sigorta piyasasında risk havuzunun bozulmasına yol açar (Loehrer, 2023).

Dışsallıklar ve Halk Sağlığını Eşitsizlikleri

Sağlık piyasasında önemli pozitif ve negatif dışsallıklar bulunmaktadır. Aşılama pozitif dışsallık yaratırken, pandemi dönemindeki düşük tarama oranları negatif dışsallık olarak değerlendirilir (Ellis et al., 2017). Bireyin sağlığının işyerindeki diğer çalışanları etkilemesi, üretkenlik dışsallığına neden olur. Dışsallık içeren piyasalarda bireyler rasyonel davranırsa bile sosyal olarak optimal sonuçlar oluşmaz; bu durum, düşük gelirli ve dezavantajlı gruplarda sağlık eşitsizliklerinin daha ağır sonuçlar doğurmasına yol açar (Berinstein et al., 2020).

2.4.Sağlık Piyasasında Eşitsizlikleri Derinleştiren Mikro Düzey Mekanizmaların Özeti

Sağlık piyasasında gözlenen eşitsizlikler, yalnızca sağlık sisteminin organizasyonundan değil, aynı zamanda bireylerin karşılaştığı mikro

düzeydeki ekonomik, bilişsel ve sosyal kısıtlardan kaynaklanmaktadır. Aşağıda, sağlık hizmeti talebi, sağlık üretimi ve piyasa başarısızlıklarını içeren temel mekanizmaların özetlendiği referanslar sunulmaktadır.

Talep Tarafındaki Mikro Mekanizmalar

Sağlık hizmetine talep, bireylerin bütçe ve zaman kısıtları, bilgi düzeyleri, risk algıları ve tercih yapıları tarafından belirlenmektedir. Bu faktörler arasındaki etkileşimler, sağlık eşitsizliklerini derinleştirmektedir:

- **Gelir Kısıtı:** Cepten ödeme yükü düşük gelirli bireyleri sağlık hizmeti talebini ertelemeye zorlamaktadır Abeliantsky et al. (2020).
- **Zaman Kısıtı:** Uzun çalışma saatlerine sahip bireylerin sağlık hizmetine erişimi gecikmektedir (Barry et al., 2021).
- **Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı:** Düşük eğitim düzeyleri, bireylerin sağlıklarını gereksiz yere değerlendirememesine ve yetersiz sağlık hizmeti kullanımına yol açmaktadır. Ancak, bu konuda kıyaslanabilir veriler farklılık göstermektedir, bazı çalışmalar bölgesel faktörlerin daha etkili olduğunu belirtmektedir (Zhang et al., 2023).
- **Davranışsal Sapmalar:** Düşük gelirli gruplarda geciktirme, iyimserlik yanlılığı ve bilişsel sınırlılıklar gibi davranışsal faktörler daha yoğun görünmektedir (Zhu et al., 2017).
- **Sağlık Üretimi ve Sağlık Sermayesi Mekanizmaları**
- **Grossman'ın sağlık sermayesi modeli,** sağlık eşitsizliklerinin yaşam döngüsü boyunca nasıl biriktiğini açıklayan en güçlü mikro teorik çerçevedir:

Sermaye Aşınması: Dezavantajlı gruplarda sağlık sermayesi daha hızlı aşınmaktadır, bu da bireylerin sağlık üretim kapasitesini olumsuz etkilemektedir (Case & Deaton, 2005).

Sağlık Üretim Kapasitesi: Eğitim, gelir ve sosyal çevrenin etkisi önemli bir belirleyicidir (Sepehri, 2015).

Yatırım Davranışları: Gelir düştüğünde, sağlık sermayesine yapılan yatırım azalır (Okoli et al., 2020).

Zaman Tercihi: Geleceği önemsemeyen bireyler, önleyici sağlık yatırımlarını erteleyebilir (Xu et al., 2023).

Bu süreç, düşük sosyoekonomik statü (SES) gruplarındaki kronik hastalık yükünün neden daha yüksek olduğunu ve sağlık sonuçlarının neden nesiller boyunca aktarılabildiğini açıklar.

Piyasa Başarısızlıkları ve Yapısal Kısıtlar

Sağlık piyasası, tam rekabet varsayımlarının geçerli olmadığı bir alandır. Eşitsizlikleri derinleştiren üç temel piyasa başarısızlığı şunlardır:

Bilgi Asimetrisi: Hastalar sağlık hizmetinin kalitesini ve gerekliliğini tam olarak değerlendiremez; bu durum, düşük eğitilmiş bireylerin daha dezavantajlı hâle gelmesine yol açar (Kara, 2024).

Eksik Sigorta: Cepten ödeme gerektiren yapılar, düşük gelirli gruplarda tedavi erteleme ve yüksek finansal kırılganlık oluşturur (Weng et al., 2016).

Ahlaki Tehlike ve Ters Seçim: Sigorta piyasasındaki dengesizlikler, kapsayıcılığı azaltır ve primleri yükseltir (Gao et al., 2024).

Bu yapısal unsurlar, bireylerin sağlık üretim kapasitesini sınırlandırarak eşitsizliklerin hem oluşumunu hem de sürmesini tetikler.

Mikro Mekanizmaların Birikimli ve Katmanlı Etkisi

Eşitsizlikleri derinleştiren mikro mekanizmalar, birbirinden bağımsız değil, birbirini besleyen ve güçlendiren bir yapıya sahiptir (Maharani, 2009). Bu döngü, eşitsizliklerin yalnızca dönemsellikten ibaret olmadığını ve bireylerin yaşam boyu sağlık sermayesini, işgücü piyasası performansını ve uzun dönem refahını belirleyen köklü bir mikro süreç olduğunu gösterir (Grossman, 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölüm, Türkiye’deki sağlık eşitsizliklerinin mikro iktisadi temellerini derinlemesine incelemiştir. Elde edilen bulgular, sağlık sonuçlarındaki belirgin farklılıkların yalnızca sağlık sisteminin performansından değil, bireylerin karşılaştığı temel ekonomik ve davranışsal kısıtlar tarafından şekillendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle, gelir düzeyi ve eğitim gibi mikroekonomik belirleyiciler, bireylerin sağlık hizmeti talebini erteleme, önleyici bakımı kısıtlama ve sağlık sermayesini etkin kullanma kapasitelerini doğrudan etkilemektedir. Yüksek cepten ödeme yükü, düşük gelirli haneler üzerinde orantısız bir finansal kırılganlık oluşturarak eşitsizlikleri daha da pekiştirmekte; cinsiyet ve bölgesel farklılıklar ise zaman kısıtları ve erişim maliyetleri üzerinden fırsat eşitsizlikleri yaratmaktadır. Sonuç olarak, sağlık eşitsizlikleri birikimli bir dezavantaj mekanizması ile işgücü piyasasında üretkenlik kaybına ve toplumsal refahın azalmasına yol açan temel bir mikro iktisat problemi olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle, gelir ve eğitim temelli eşitsizlikleri hedef alan kapsayıcı politikalar, yalnızca bireysel sağlık durumunu değil, aynı zamanda ekonomik potansiyeli ve toplumsal refahı da iyileştirmek için zorunludur.

Kaynakça

- Abdychew, A., Jirasavetakul, L.-B. F., Jonelis, A., Leigh, L., Moheeput, A., Parulian, F., Stepanyan, A., & Mama, A. T. (2015). Increasing Productivity Growth in Middle Income Countries. *Imf Working Paper*, 15(2), 1. <https://doi.org/10.5089/9781484328439.001>
- Ackerman, I. N., & Busija, L. (2012). Access to Self-Management Education, Conservative Treatment and Surgery for Arthritis According to Socio-economic Status. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26(5), 561–583. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2012.08.002>
- Alam, K., & Mahal, A. (2014). Economic Impacts of Health Shocks on Households in Low and Middle Income Countries: A Review of the Literature. *Globalization and Health*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-21>
- Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Health Service Availability and Health Seeking Behaviour in Resource Poor Settings: Evidence From Mozambique. *Health Economics Review*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0062-6>
- Aref, F. (2024). From Recession to Pandemic. *Comparative Sociology*, 23(2), 182–215. <https://doi.org/10.1163/15691330-bja10103>
- Ay, Ç. K., Benli, T. E., & Özşahin, Z. (2023). Doğum Sonu Dönem Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11(1), 1068–1080. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1170060>
- Aydemir, A., & Skuterud, M. (2005). Explaining the Deteriorating Entry Earnings of Canada's Immigrant Cohorts, 1966 – 2000. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne D Économique*, 38(2), 641–672. <https://doi.org/10.1111/j.0008-4085.2005.00297.x>
- Bala, M. M., Singh, S., & Janor, H. (2021). The Elasticity of Health Expenditure on Agricultural Productivity Growth in Southeast Asia. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 16(2), 109–115. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v16i2.699>
- Baldanzi, A., Bucci, A., & Prettnier, K. (2019). CHILDREN'S HEALTH, HUMAN CAPITAL ACCUMULATION, AND R&D-Based ECONOMIC GROWTH. *Macroeconomic Dynamics*, 25(3), 651–668. <https://doi.org/10.1017/s136510051900035x>
- Berinstein, J., Cohen-Mekelburg, S., Steiner, C. A., McLeod, M. R., Nouredin, M., Allen, J. I., Kullgren, J. T., Waljee, A. K., & Higgins, P. (2020). Variations in Health Care Utilization Patterns Among Inflammatory Bowel Disease Patients at Risk for High Medical Service Utilization Enrolled in High Deductible Health Plans. *Inflammatory Bowel Diseases*, 27(6), 771–778. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa179>

- Blair, M., & Alexander, D. (2019). *Equity*. 99–119. <https://doi.org/10.1108/978-1-78973-351-820191002>
- Bound, J., Waidmann, T., Schoenbaum, M., & Bingenheimer, J. B. (2003). The Labor Market Consequences of Race Differences in Health. *Milbank Quarterly*, 81(3), 441–473. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00063>
- Case, A., & Deaton, A. (2005). Broken down by work and sex: How our health declines. *Analyses in the Economics of Aging*.
- Chernichovsky, D. (2021). *Israel — The Human Capital Perspective*. <https://doi.org/10.52873/policy.2021.wellbeing.04-en>
- Chin, Z. S., Ghodrati, A., Foulger, M., Demirkhanyan, L., & Gondi, C. S. (2025). Beyond Barriers: Achieving True Equity in Cancer Care. *Current Oncology*, 32(6), 349. <https://doi.org/10.3390/curroncol32060349>
- Çınaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. *Journal of Business Research Turk*, 10(1), 876–897. <https://doi.org/10.20491/ISARDER.2018.401>
- Crooks, V. A., Labonté, R., Cerón, A., Johnston, R., Snyder, J., & Snyder, M. (2019). “Medical Tourism Will...obligate Physicians to Elevate Their Level So That They Can Compete”: A Qualitative Exploration of the Anticipated Impacts of Inbound Medical Tourism on Health Human Resources in Guatemala. *Human Resources for Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0395-z>
- Dean, H. D., Williams, K. M., & Fenton, K. (2013). From Theory to Action: Applying Social Determinants of Health to Public Health Practice. *Public Health Reports*, 128(6_suppl3), 1–4. <https://doi.org/10.1177/00333549131286s301>
- Dhanaraj, S. (2016). Economic Vulnerability to Health Shocks and Coping Strategies: Evidence From Andhra Pradesh, India. *Health Policy and Planning*, 31(6), 749–758. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv127>
- Diger, H., Karaaslan, K. Ç., Köstekçi, A., & GÖV, A. (2025). Determinants of Healthcare Expenditures: Evidence From Türkiye’s Healthcare System. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1632883>
- Dobkin, C., Finkelstein, A., Kluender, R., & Notowidigdo, M. (2018). The Economic Consequences of Hospital Admissions. *American Economic Review*, 108(2), 308–352. <https://doi.org/10.1257/aer.20161038>
- Doğan, E. (2020). Gelir Düzeyi Ve Sağlık Hizmet Talebi İlişkisi: Mikro Veriler ile Türkiye Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(4), 2376–2392. <https://doi.org/10.33206/mjss.705718>

- Drebing, C. E., Hebert, M., Mueller, L., Ormer, E. A. V, & Herz, L. (2006). Vocational Rehabilitation From a Behavioral Economics Perspective. *Psychological Services*, 3(3), 181–194. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.3.181>
- French, E. (2005). The Effects of Health, Wealth, and Wages on Labour Supply and Retirement Behaviour. *The Review of Economic Studies*, 72(2), 395–427. <https://doi.org/10.1111/j.1467-937x.2005.00337.x>
- Galama, T. J., & van Kippersluis, H. (2019). A Theory of Socio-economic Disparities in Health over the Life Cycle. *The Economic Journal*, 129(617), 338–374. <https://doi.org/10.1111/ECOJ.12577>
- Gao, Y., Zeng, J., Liao, Z., & Yang, J. (2024). Social transition, socioeconomic status and self-rated health in China: evidence from a national cross-sectional survey (CGSS). *Frontiers in Public Health*, 12(June), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1359609>
- Gil-Delgado, M. del P. P.-R., & Gómez-Calero, M. D. L. P. (2013). A Translog Production Function for the Spanish Provinces: Impact of the Human and Physical Capital in Economic Growth. *Economic Modelling*, 32, 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2013.01.040>
- Goldman, D. P., Jena, A. B., Lakdawalla, D., Malin, J. L., Malkin, J. D., & Sun, E. (2010). The Value of Specialty Oncology Drugs. *Health Services Research*, 45(1), 115–132. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01059.x>
- Gong, E., Dulá, J., Alberto, C., Albuquerque, A. d., Steenland, M. W., Fernandes, Q., Cuco, R. M., Sequeira, S., Chicumbe, S., Gudo, E. S., & McConnell, M. (2019). Client Experiences With Antenatal Care Waiting Times in Southern Mozambique. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4369-6>
- Hambisa, M. T., & Kiely, K. M. (2024). Life Course Socio-Demographic Circumstances and the Association Between Housing Tenure and Disability-Free Life Expectancy in Australia: A Longitudinal Cohort Study. *BMJ Public Health*, 2(2), e000852. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000852>
- Hjelm, K., & Hadziabdic, E. (2024). Who Seeks Care and for What Reasons at a Nurse-led Walk-in Center in an Immigrant-dense Area—A Quantitative Survey. *Public Health Nursing*, 41(4), 664–674. <https://doi.org/10.1111/phn.13330>
- Jung, J., & Tran, C. (2016). Market Inefficiency, Insurance Mandate and Welfare: U.S. Health Care Reform 2010. *Review of Economic Dynamics*, 20, 132–159. <https://doi.org/10.1016/j.red.2016.02.002>
- Kara, O. (2024). Grossman's Generalised Health Demand Model: An Application on Türkiye. *İzmir İktisat Dergisi*, 39(3), 806–821. <https://doi.org/10.24988/ije.1466447>

- Ke, J., & Sun, F. (2025). Long-Term Care Insurance and Health Inequality: Evidence From China. *The International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 594–606. <https://doi.org/10.1002/hpm.3905>
- Keane, M. P., & Capatina, E. (2024). *Health Shocks, Health Insurance, Human Capital, and the Dynamics of Earnings and Health*. <https://doi.org/10.1920/wp.ifs.2024.4724>
- Khan, J. A. M., Ahmed, S., MacLennan, M., Sarker, A. R., Sultana, M., & Rahman, H. (2016). Benefit Incidence Analysis of Healthcare in Bangladesh – Equity Matters for Universal Health Coverage. *Health Policy and Planning*, czw131. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw131>
- Khera, R., Valero-Elizondo, J., Okunrintemi, V., Saxena, A., Lemos, J. A. d., Krumholz, H. M., & Nasir, K. (2018). Abstract 2: Financial Toxicity From Out-of-Pocket Annual Health Expenditures in Low-Income Adults With Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the United States. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(suppl_1). https://doi.org/10.1161/circoutcomes.11.suppl_1.2
- Lenhart, O. (2018). The Effects of Health Shocks on Labor Market Outcomes: Evidence From UK Panel Data. *The European Journal of Health Economics*, 20(1), 83–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0985-z>
- Li, Z., Zheng, L., & Liu, J. (2025). From Caregiving Burden to Income Transformation: Intergenerational Employment Effects of Long-Term Care Insurance. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1606448>
- Liu, T., Su, C., & Jiang, X. (2014). Is Economic Growth Improving Urbanisation? A Cross-Regional Study of China. *Urban Studies*, 52(10), 1883–1898. <https://doi.org/10.1177/0042098014540348>
- Loehrer, A. P. (2023). High-Deductible Health Plans, Surgical Conditions, and a Different Moral Hazard. *Annals of Surgery Open*, 278(4), e675–e676. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000006010>
- López, J. D., Sriprasert, I., & Wilson, M. L. (2024). Inequities and Disparities in Reproductive Health: Reproductive Epidemiology. *Frontiers in Reproductive Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/frph.2024.1419178>
- Lucevic, A., Péntek, M., Kringos, D., Klazinga, N., Gulácsi, L., Fernandes, Ó. B., Boncz, I., & Baji, P. (2019). Unmet Medical Needs in Ambulatory Care in Hungary: Forgone Visits and Medications From a Representative Population Survey. *The European Journal of Health Economics*, 20(S1), 71–78. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01063-0>
- Maharani, D. A. (2009). Inequity in Dental Care Utilization in the Indonesian Population With a Self-Assessed Need for Dental Treatment. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 218(3), 229–239. <https://doi.org/10.1620/tjem.218.229>

- Mantón, K. G., Gu, X., Ullian, A. D., Tolley, H. D., Headen, A. E., & Lowrimore, G. (2009). Long-Term Economic Growth Stimulus of Human Capital Preservation in the Elderly. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(50), 21080–21085. <https://doi.org/10.1073/pnas.0911626106>
- Nemati, R. K. (2023). The Health Insurance Situation in Iran: A Brief Overview. *Depiction of Health*, 14(4), 393–396. <https://doi.org/10.34172/doh.2023.30>
- Ohikhuare, O. M., Oyewole, O. J., & Adediji, A. (2022). Public Health Investment, Human Capital Accumulation, and Labour Productivity: Evidence From West Africa. *Zagreb International Review of Economics and Business*, 25(2), 139–163. <https://doi.org/10.2478/zireb-2022-0019>
- Okoli, C., Hajizadeh, M., Rahman, M. M., & Khanam, R. (2020). Geographical and Socioeconomic Inequalities in the Utilization of Maternal Healthcare Services in Nigeria: 2003–2017. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05700-w>
- Oladeji, O. (2021). Health Budgeting at Woreda Level and Effect on Access and Quality of Health Services in Somali Region of Ethiopia. *Texila International Journal of Public Health*, 9(1), 118–126. <https://doi.org/10.21522/tijph.2013.09.01.art013>
- Önder, K., & Akın, B. (2016). The Supply and Demand Functions for Turkey's Manufacturing Industry: Simultaneous Equation Systems <p>Türkiye'nin İmalat Sanayi İhracat Ve İthalatının Talep Ve Arz Fonksiyonu: Eşanlı Denklem Modeli. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 112. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v13i1.3452>
- Premkumar, A. (2015). 'The Opposite of a History.' *Medicine Anthropology Theory*, 2(2). <https://doi.org/10.17157/mat.2.2.188>
- Roberts, E. T. (2021). The Unintended Cost of High Cost Sharing in Medicare—Assessing Consequences for Patients and Options for Policy. *Jama Health Forum*, 2(12), e213624. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.3624>
- Rohayani, R., Maski, G., & Khusaini, M. (2023). Factors Affecting the Welfare of Labors in Indonesia. *International Journal of Environmental Sustainability and Social Science*, 4(3), 695–706. <https://doi.org/10.38142/ijesss.v4i3.373>
- Saikia, N., Bora, J. K., & Luy, M. (2019). Socioeconomic Disparity in Adult Mortality in India: Estimations Using the Orphanhood Method. *Genus*, 75(1). <https://doi.org/10.1186/s41118-019-0054-1>
- Sepehri, A. (2015). A Critique of Grossman's Canonical Model of Health Capital. *International Journal of Health Services*, 45(4), 762–778. <https://doi.org/10.1177/0020731415586407>

- Severino, R., Espinoza, M., & Cabieses, B. (2022). Health-Related Quality of Life by Household Income in Chile: A Concentration Index Decomposition Analysis. *International Journal for Equity in Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01770-w>
- Smith, N. K., & Fendrick, A. M. (2022). Value-Based Insurance Design: Clinically Nuanced Consumer Cost Sharing to Increase the Use of High-Value Medications. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 47(6), 797–813. <https://doi.org/10.1215/03616878-10041191>
- TÜİK. (2023, December 7). *TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676>
- Ustaoglu, M., & Demez, S. (2024). Economic Impact of Health Expenditures: Panel Data Analysis for Selected Economies. *Jerf*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.62844/jerf.4>
- Vineis, P. (2020). Life Trajectories, Biomedical Evidence, and Lessons for Policies. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00160>
- Vögel, E., Ludwig, A., & Börsch-Supan, A. (2015). Aging and Pension Reform: Extending the Retirement Age and Human Capital Formation. *Journal of Pension Economics and Finance*, 16(1), 81–107. <https://doi.org/10.1017/s1474747215000086>
- Wang, T., & Lu, J. (2022). Does Advanced Human Capital Structure Provide Positive Feedback on Public Health? Evidence From China. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.829716>
- Weng, S., Chen, Y., Chen, C., Cheng, Y., Tang, Y., Yang, S., & Lin, J. (2016). Application of Qualitative Response Models in a Relevance Study of Older Adults' Health Depreciation and Medical Care Demand. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(4), 645–652. <https://doi.org/10.1111/ggi.12751>
- Xu, S., Tong, Z., Cheng, L., & Chen, S. (2023). The Impact of Social Pension Scheme on the Quality of Labor Supply: Empirical Evidence Based on Health Human Capital. *Kybernetes*, 53(4), 1395–1410. <https://doi.org/10.1108/k-10-2022-1413>
- Yancy, C. W. (2020). COVID-19 and African Americans. *Jama*, 323(19), 1891. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6548>
- Zhao, Q., & Li, Y. (2025). The Impact of the Digital Economy on Health Inequality: Micro Evidence From China. *The International Journal of Health Planning and Management*, 40(4), 961–974. <https://doi.org/10.1002/hpm.3931>
- Zhu, D., Guo, N., Wang, J., Nicholas, S., & Chen, L. (2017). Socioeconomic Inequalities of Outpatient and Inpatient Service Utilization in China: Personal and Regional Perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0706-8>

