

TOPLUMSAL REFAHIN DİNAMİKLERİ

“HALK SAĞLIĞI, KONUT FİYATLARI VE
SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM ÜZERİNE
ANALİZLER”



BİDGE Yayınları

**TOPLUMSAL REFAHIN DİNAMİKLERİ “HALK SAĞLIĞI,
KONUT FİYATLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE
ERİŞİM ÜZERİNE ANALİZLER”**

Editör: HAKAN YALÇINKAYA

ISBN: 978-625-372-723-9

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-06-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



ÖNSÖZ

Modern iktisat disiplini, yalnızca üretim ve tüketim ilişkilerini değil, aynı zamanda bireylerin davranışlarını, devletin müdahale biçimlerini ve toplumsal kaynakların adil dağılımını da kapsamına alan geniş bir kuramsal alan haline gelmiştir. Bu dönüşüm, ekonomik analiz araçlarının toplumsal refah, eşitsizlik ve hizmetlere erişim gibi karmaşık meseleleri anlamada vazgeçilmez hale gelmesini beraberinde getirmiştir.

Elinizdeki kitap, bu geniş çerçevede ele alınması gereken bazı temel iktisadi ve toplumsal konuları disiplinler arası bir bakış açısıyla incelemektedir. Bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını nasıl aldıkları, gelir ve eğitim farklılıklarının ekonomik yaşama katılım üzerindeki etkileri ve mekansal faktörlerin fiyat oluşumundaki rolü, günümüz ekonomi politikasında merkezi bir tartışma zemini oluşturmaktadır. Bu sorunlar hem piyasa mekanizmalarının hem de kamu politikalarının yeniden düşünülmesini gerekli kılmaktadır.

Kitapta yer alan çalışmalar, iktisadi eşitsizliklerin hem bireylerin yaşam kalitesine hem de toplumsal sürdürülebilirliğe etkilerini farklı düzeylerde irdelemekte; davranışsal iktisat, refah ekonomisi ve bölgesel kalkınma gibi alanlarla diyalog kurarak bu etkileri analiz etmektedir. Bu yönüyle eser, klasik ekonomik modellemeleri sosyal gerçekliğe yaklaştıran eleştirel bir yaklaşım sunmaktadır.

Bu eser, yalnızca akademik literatüre katkı sunmayı değil, aynı zamanda ekonomi politikalarının daha kapsayıcı, daha adil ve daha etkin biçimlerde tasarlanabilmesi için düşünsel bir zemin oluşturmayı amaçlamaktadır. Disiplinlerarası düşünmeye açık tüm araştırmacılara, öğrenciler ve karar vericilere katkı sunması dileğiyle...

Prof. Dr. M. Hakan YALÇINKAYA

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

İÇİNDEKİLER

HALK SAĞLIĞI VE DÜRTME	1
<i>KADİR İNAN</i>	
GELİR VE EĞİTİM EŞİTSİZLİKLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	24
<i>NİHAL KALAYCI OFLAZ</i>	
KONUT FİYATLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÜZERİNE BİR UYGULAMA	49
<i>ZEYNEP KARACA UZUNKAYA</i>	

BÖLÜM 1

HALK SAĞLIĞI ve DÜRTME

KADİR İNAN¹

Giriş

Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik hava yolu hastalıkları küresel ölümlerin yaklaşık olarak %70'ine sebep olan önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Bulaşıcı olmayan bu hastalıkların (BOH) ortak risk faktörleri ise alkol ve sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezitedir. Alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezite aynı zamanda küresel hastalık yüküne sebep olan başlıca halk sağlığı sorunlarıdır. Halk sağlığının temel hedefi insanlara sürdürülebilir sağlıklı davranışlar kazandırmaktır. Bunun için alkol ve tütünden uzak durma, sağlıklı bir diyet yapma ve düzenli spor yapma alışkanlıklarının insanlara kazandırılması gerekmektedir. Ne yazık ki nüfusun %10'undan daha azı bu alışkanlıkların hepsine sahiptir (Roberto & Kawachi, 2015: 265; Dönmez, 2021: 18). DSÖ'ye göre düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanan erken ölümler 5 temel risk faktörüne bağlıdır. Bu beş temel risk faktörü tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı, sağlıksız beslenme ve hava kirliliğidir (WHOa, 2025). DSÖ 2019 yılında

¹ YÖK 100/2000 Öncelikli Alan Doktora Öğrencisi, Erzurum Teknik Üniversitesi, İktisat, Orcid: 0000-0002-6872-0798

küresel sağlığa yönelik on tehditte birisi olarak ilan ettiği bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisinde yine bu risk faktörlerine yer vermiştir (WHOb, 2025).

Bu risk faktörlerinin ortak noktası bireylerin yaptığı sağlıksız yaşam tarzı seçimleridir. Bu seçimler sezgisel yöntemlere ve önyargılara bağlıdır. Sağlıksız seçimlerin önlenmesi yani bu 4 temel risk faktörüyle mücadele etmenin bir yolu karar sürecindeki psikolojik faktörleri belirlemek ve dürtme gibi davranışsal müdahalelere başvurmaktır (Lin, Osman & Ashcroft, 2017: 293). Alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezitenin azaltılması ile halk sağlığının korunmasında önemli bir aşama kaydedileceği düşünülmektedir. Bu risk faktörlerinin önlenmesi bireysel davranış değişikliklerinin elde edilmesiyle sağlanabilir. Çünkü Bireysel davranış değişikliklerinin sağlanması hastalık sonuçları üzerinde önemli etkilere sebep olabilmektedir. Burada önemli olan nokta bireyleri bu konuda rasyonel karar almaktan uzak tutan nedenlerin belirlenmesidir. Davranışsal iktisat hastaların refahını iyileştirme, kamu sağlık hizmeti politikalarını geliştirme, bakım kalitesinde iyileşme ve tıbbi karar almada maliyetleri azaltma konusunda oldukça etkili bir araç olsa da sağlık alanında davranışsal iktisada başvuran araştırma sayısı oldukça azdır (Carminati, 2020: 660; Uğurlu & Yardım, 2023: 30).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine yönelik politika ve uygulamalar genellikle alkol ve tütün kullanımı, kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezite olmak üzere dört ana risk faktörünü hedef alır (Capewell & Capewell, 2018: 351). BOH’la mücadelede bireylerin seçimleri oldukça önemli yer kaplamaktadır. Uzun vadede bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin artırılması bireylerin seçimlerine bağlıdır. Halk sağlığı uygulamaları ve politikalarının başarıya ulaşması bireylerin seçimlerini doğru öngörmek ve tasarlamakla doğrudan ilişkilidir (Uğurlu & Yardım, 2023: 33). Dürtme uygulamaları bireysel sağlık uygulamaları, satış ve

pazarlama stratejileri ve kamu politikalarına kadar birçok alanda seçimlerin düzenlemesine katkı sunmaktadır (Thaler & Sunstein, 2008).

Bu çalışmada iktisat alanında yapılan dürtme uygulamalarının, halk sağlığını önemli düzeyde etkileyen bulaşıcı olmayan hastalıklardaki temel risk faktörleri olan alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezite üzerindeki etkisi incelenecektir.

Halk Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kavramını “bedenen ve ruhen/psikolojik yönlerden tam bir iyilik hali” olarak tanımlaması sonrasında sağlık kavramı için birey odaklı olmaktan önce toplum odaklı olmanın önemi ortaya çıkmıştır. Halk sağlığı kavramı işte bu şekilde literatürde kendine yer bulmuştur. Alma Ata Bildirgesi (1978) ile Temel Sağlık Hizmetlerinin tanımlanması ve çerçevesinin çizilmesi, La Londe Raporu (1974) ve 1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Ottawa Sözleşmesi (1986) halk sağlığı anlayışı için yani çağdaş sağlık anlayışı için mihenk taşları olmuştur. Çağdaş sağlık anlayışı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetinin sürekliliği ve ekip anlayışı, sağlıklı bir toplum için sektörler arası işbirliğini ve yanı sıra toplum katılımı olarak özetlenen herkesin kendi sağlığından ve toplum sağlığından sorumlu olduğu ve sağlık hizmetlerinin sunumunda aktif rol alması gerekliliği ile mümkün görülmüştür (Tözün & Sözman, 2015: 49).

Halk sağlığı kavramının 20. yüzyıl başlarından itibaren dünya genelinde “Public Health” olarak adlandırıldığı ve gelişmeye devam ettiği görülmektedir. Halk Sağlığı, "organize toplumsal çalışmalar neticesinde çevre-sağlık koşullarını daha iyi hale getirmek, insanlara sağlık bilgisi vermek, bulaşıcı hastalıkları önlemeyi amaçlamak, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini

sağlayacak sağlık örgütleri kurmak, toplumsal çalışmaları toplumdaki her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirilerek hastalıklardan korunmayı sağlamak, daha uzun bir yaşam, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün arttırılmasını sağlamak için bir bilim ve sanattır” şeklinde tanımlanmaktadır (Turnock, 2012: 8; Çakıcı & Yücel, 2019: 343).

Halk sağlığı gözetimi, 1800'lerin sonlarında bulaşıcı hastalıkların gözetimiyle başlamıştır. Sağlık görevlileri çiçek hastalığı, kolera, tifo ve tüberküloz gibi hastalıkların takibi ve tedavisi, topluma bulaşma riskinin önlenmesi ve bu doğrultuda gerekli adımların atılmasını gerekli görmüşlerdir. Buradan hareketle halk sağlığının önemi yıllar içinde artarak devam etmiştir. Günümüzde de halk sağlığı gözetimini iyileştirmek için yasal çalışmalar devam etmektedir. Bu yasal çalışmalar her ülkenin kendine özgü şekliyle devam ederken aynı zamanda dünya çapında da salgın hastalıkların kontrol altına alınması ve önlenmesi ortak amaç olmuştur (AbouZahr & Boerma, 2005; Birkhead & ark., 2015: 579).

1950'lerle birlikte dünyada ulusal düzeyde başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere tüm hastalıkların sağlık kuruluşları tarafından takibi ve raporlanması dönemi başlamıştır. 20. yüzyıl sonlarında gözetim vaka tanımlarının geliştirilmesi, ülke geneli sağlık kurumlarının gözetim yürütmesinin ana politikaları arasında yerini almıştır. Böylece salgınların, hastalıkların oranları ve değişimleri analiz edilebilir hale getirilmiştir. Elbette ki bu durumun bir sonucu olarak halk sağlığını kontrol altında tutabilmek veya koruyabilmek daha da kolay hale gelmiştir (Shaw, 2004: 399; Schneider, 2020).

21. yüzyılda halk sağlığını gözetim altında tutmak ve takip edebilmek gelişen teknoloji ile daha da kolay hale gelmiştir. Hastaneler, laboratuvarlar, sağlık kurum ve kuruluşları elde ettikleri verileri elektronik ortamda depo ederek ve kolayca paylaşarak

toplum sağlığının korunmasında önemli gelişme elde etmişlerdir. Halk sağlığının korunması ise günlük hayatın, ekonominin, insanlar arası ilişkilerin iyileşmesi gibi birçok olumlu etki sağlamaktadır. Ayrıca sağlıklı bir toplumun sağlıklı iletişim kurduğu bilinmektedir. Bu sağlıklı iletişimin bir sonucu olarak toplumlar problemlerini kolayca çözebilme, üstesinden gelebilme kapasitelerini geliştirirler. Bu durum da toplumun maddi ve manevi refah seviyesinin yükselmesini sağlamaktadır. Buradan bakıldığında halk sağlığının önemi bir kez daha karşımıza çıkmaktadır (Oliver, 2006; Rimal & Lapinski, 2009: 247).

Toplum sağlığındaki olası bir bozulma önemli ekonomik kayıplara neden olabilecektir. Örneğin salgın dönemlerinde hem mal ve hizmet piyasalarında hem de faktör piyasalarında büyük ekonomik kayıplar meydana gelebilir. Özellikle emek yoğun üretim sektörlerinde büyük bir üretim kaybı olması beklenebilir. Gıda ürünleri ve konut fiyatları gibi temel ihtiyaç kalemlerinde enflasyon yaşanabilir ve böylece hem arz hem de talep kısmında önemli bir azalma meydana gelebilir. Bu gibi durumlar toplumun sağlık yönünden çöküşü ile birlikte ekonomik yönden de çöküşünü tetikleyebilir. Örneğin, insanların çalışma isteğinde azalma, tüketim kalıplarında bozulmalar ve daha düşük tüketim, finansal sistem üzerinde ek stres ve daha düşük yatırıma yol açan daha fazla belirsizlikler söz konusudur. Yani işgücü arz şokları, talep şokları, finansal şoklar ve belirsizlik şokları bir arada yaşanabilir. En güçlü ekonomiler bile dış olayların etkisini hissedebilir (Lin & Meissner, 2020: 12).

Bu bağlamda bakılacak olursa, halk sağlığını tehdit edebilecek her türlü hastalığın kontrol altında tutulması veya önlenmesi toplumdaki her bir bireyin ekonomisini sağlıklı bir düzeyde tutmakla kalmaz aynı zamanda da ülkelerin ekonomik düzeylerini de yeterli bir refah seviyesinde tutar (Ruger & ark., 2011: 758). Daha da derinden bakacak olursak halk sağlığı ile ekonomik

durumlar arasında çok derin bağlantıların olduğu görülmektedir. Örneğin; halkın içinde barındığı binaların küf ve nem gibi olumsuz etkilerden uzak inşa edilmesi ile birlikte halkın belirli sağlık problemlerinden (astım gibi) korunmasından, toplumun yaşadığı çevre düzenlenmesinin sağlık koşullarını olumsuz etkilemeyecek şekilde yapılması ve hatta insanların kullandıkları araç ve gereçlerin yine sağlık açısından zararsız halde üretilmesi gibi konuların hepsi genelden özele veya özelden genele ekonomik durumlar ile halk sağlığı arasındaki kaçınılmaz ilişkinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Mudarri, 2007: 4). Buradan hareketle halk sağlığı ile yaşamın birçok olgusunun doğrudan veya dolaylı bağlantılı olduğunu görebileceğimiz gibi, halk sağlığı ile ekonominin de iç içe, bağlantılı kavramlar olduğunu görmekteyiz. Konuyla ilgili yapılan birçok araştırmada halk sağlığının korunmasının doğrudan veya dolaylı olarak ekonomiye de olumlu yansıdığı ve ekonomiyi ekstra bir maliyet stresinden koruduğu ortaya konmuştur. Elbette burada dikkat edilmesi gereken önemli nokta şudur ki; halk sağlığı maksimum düzeye çıkarılmaya çalışılırken ekonomik olarak da maliyetlerin minimum düzeyde tutulması gerekmektedir (Ruger & ark., 2011: 758; Nyarko & ark., 2020: 2).

Dürtme

Dürtme, “insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde değiştiren, herhangi bir seçeneği yasaklamayan veya ekonomik teşvikleri büyük ölçüde değiştirmeyen seçim mimarisinin herhangi bir yönüdür” (Thaler & Sunstein, 2008: 6). Bireyler genellikle irrasyonel seçimler yaparlar. Bunun nedeni bireylerin genellikle en az dirençli yolu tercih etmeleridir. Bireylerin seçimleri varsayılan kurallar, çerçeveler ve başlangıç noktalarından etkilenmektedir. Asimetrik bilgi, sınırlı bilişsel yetenekler ve eksik öz kontrol sahipliği irrasyonel seçimlerin temel sebeplerindendir. Dürtme uygulamaları bireyleri irrasyonel seçimlerden kurtarmak için başvurulan uygun yöntemlerdir (Vallgård, 2012: 200).

Bir dürtme stratejisinin geçerli olması için 3 şartı sağlaması gerekmektedir (İltüzer, 2023: 14):

- Uygulamanın kolay olması ve uygulamadan vaz geçilmesi halinde herhangi bir maliyetle karşılaşılması gerekmektedir.
- Uygulamanın manipölasyon içermemesi gerekmektedir.
- Uygulamanın bir kanıta dayanması gerekmektedir.

Dürtme uygulamaları seçim davranışlarını farklı şekillerde etkilemektedir:

- Bilgi sağlama (Merdiven kullanmanın daha faydalı olduğunu bildirme)
- Sosyal normlar hakkındaki yanlışları düzeltme (Ortalama alkol alımı hakkında bilgilendirme)
- Farklı seçimlerin profillerini değiştirme (Sağlıklı gıdaları ön plana çıkarma)
- Varsayılan seçenekleri uygulama (Organ bağışını varsayılan seçenek yapma)

Bu yöntemlerin temel amacı bireyler için “daha iyi” seçeneğini daha kolay ve belirgin hale getirmektir. Bu seçenekler bireyler için daha iyi olarak kabul edilmektedir. Çünkü uzun vadede bireysel ve toplumsal refah ve sağlığı daha üst bir düzeye çıkaracaktır (Lin, Osman & Ashcroft, 2017: 293).

Dürtme uygulamaları kamu politikalarında giderek daha fazla yer almaktadır. Özellikle kamu politikalarında dürtme uygulamalarında çokça istifade eden ülkelerde davranışsal iktisat kamunun bir parçası haline getirilmiştir. Örneğin Birleşik Krallık, ABD, Singapur, Avustralya, Danimarka, Japonya ve Dünya Bankası tarafından kamuda bu alanda çalışan birimler kurulmuştur.

İngiltere’de 2010 yılında Davranışsal İçgörüler Ekibi (BIT) adıyla bir dürtme birimi kurulmuştur. Bu ekip halk sağlığı alanında oldukça maliyet etkin uygulamalar geliştirmiştir. BIT’e göre bu uygulamalarla milyonlarca pound tasarruf sağlanmıştır (COBIT, 2010; B.I., 2011).

ABD’de 2015 yılında Beyaz Saray Sosyal ve Davranış Bilimleri Ekibi (SBST) kurulmuştur. SBTS’nin amacı hükümet kurumlarının davranışsal içgörülerini uygulamasına ve program müdahalelerini değerlendirmesine yardımcı olmaktır. SBST tüzüğü 2017’de sona ermiştir ancak ABD Genel Hizmetler İdaresi (GSA) federal kurumlarda davranış bilimi uygulamalarını desteklemeye devam etmektedir. Davranış bilimleri alanında Dünyanın merkezi konumunda olan ABD’de yerel yönetimlerden özel kuruluşlara kadar birçok kurum tarafından davranış bilimi kavramlarını uygulamak için ekipler kurulmuştur (Murayama & ark., 2023: 4).

Japonya’da 2015 yılında Çevre Bakanlığı bünyesinde bir dürtme birimi kurulmuştur. 2017 yılında yine Çevre Bakanlığı tarafından ulusal Davranış Bilimleri Ekibi (BEST) kurulmuştur. 2019 yılında ise Yokohama Davranışsal İçgörüler ve Tasarım Ekibi (YBiT) Çevre Bakanı tarafından "Dürtüleme Elçisi" olarak ilk yerel yönetim birimi olmuştur. YBiT ve BEST’in amacı insanların daha iyi ve sağlıklı kararlar almasına yardımcı olmaktır (Policy Garage, 2024; YBiT, 2025).

Singapur davranışsal iktisat uygulamalarında Asya’da öncü konumundadır. 2011 yılında Çevre ve Su Kaynakları Bakanlığı bünyesinde ilk dürtme birimi kurulmuştur. Bunu takiben birçok bakanlık kendi bünyelerinde dürtme birimleri kurmuştur. Singapur Ulusal Üniversitesi ile hükümet arasında insan merkezli tasarım ve davranış bilimi kavramlarını kamu politikasına entegre etmek için iş birliği yapılmıştır (Murayama vd., 2023: 4).

2015 yılında Dünya Bankası tarafından uluslararası bir girişim olarak tanıtılan Küresel İçgörüler Girişimi (GINI) çalışmalarına başlamıştır. GINI Dünya Bankası ekipleri ve müşterileriyle birlikte ekonomi, psikoloji ve ilgili alanlardan davranışsal ve sosyal içgörülerini proje tasarımına dâhil etmek ve bu içgörülerden ilham alan müdahalelerin etkisini değerlendirmek için çalışmaktadır (World Bank, 2025).

DSÖ davranışsal uygulamaları sağlık politikası ve planlamasına dâhil etmek, uygulamalar konusunda teknik rehberlik ve uzmanlık sağlama çabalarını koordine etmek ve yönetmek için Nisan 2020 yılında Davranışsal ve Kültürel İçgörüler Birimini (BCI) kurmuştur. BCI, sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri inceleyen halk sağlığı içindeki bir alan olarak kabul edilmektedir. BCI alkol içmek, sigara içmek, fiziksel olarak hareketsiz olmak veya sağlıklı yiyecekler yemek gibi yaşam tarzı davranışlarına yol açan faktörlerin neler olduğunu davranışsal ve kültürel içgörülerini kullanarak açıklamaya çalışmaktadır (Ghebreyesus, 2021: 755; BCI, 2025).

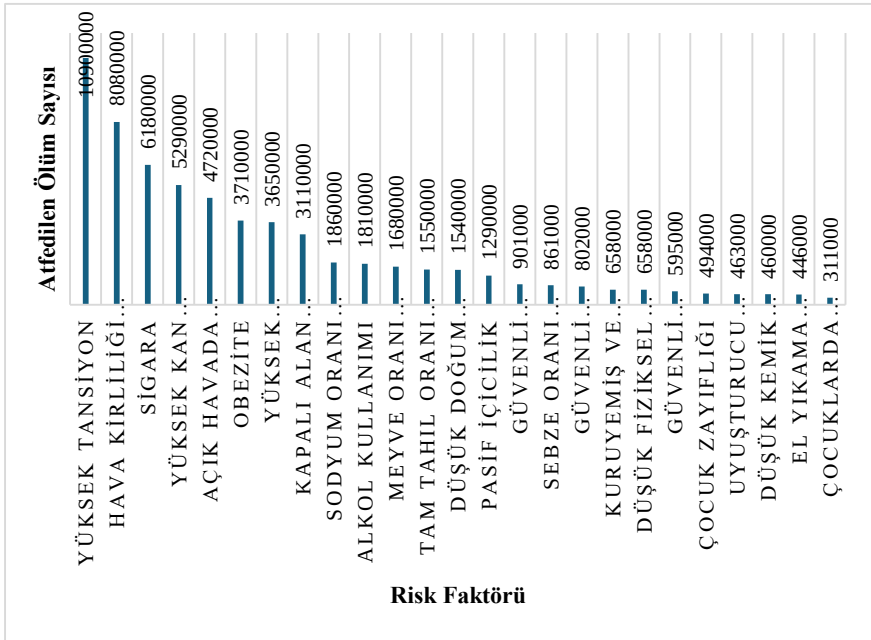
Halk Sağlığı ve Dürtme Uygulamaları

Sağlık sektörünün içsel özellikleri, sağlık ürün ve hizmetlerinin zorunlu mal niteliğinde olması, asimetrik bilgi, çok sayıda kritik seçim ile karakterize edilen karar alma süreçleri ve klinik uygulamalarındaki irrasyonelite sağlık alanını davranışsal iktisat uygulamaları için verimli bir zemin haline getirmektedir (Carminati, 2020: 661). Davranışsal ekonomi yaklaşımları halk sağlığı alanında pek çok kez kullanılmıştır, bu yaklaşımlar halk sağlığı politika hedefleri ve karşılaştırma ölçütleri açısından nicel belirteçler sağlamaktadır. Bu yaklaşımlar içerisinde dürtme uygulamalarının sağlık alanına uygulanabilirliği oldukça yüksektir (Uğurlu & Yardım, 2023: 31). Dürtme, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ve sağlık dışı sunum, uzun vadeli bakım/demans önleme,

toplum temelli bakım sistemleri gibi birçok sağlık politikası alanında uygulanabilir bir araçtır. Bununla birlikte dürtme uygulamalarının ana hedefi bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkları kontrol altında tutmak için uygun maliyetli ve uygulanabilir müdahalelere yatırım yaparak 2030 yılına kadar yaklaşık 7 kat getiri elde etmeyi planlamaktadır (Murayama & ark., 2023: 3).

Küresel düzeyde risk faktörlerine atfedilen ölüm sayıları azımsanamayacak düzeydedir. Bu risk faktörleri içerisinde alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezite faktörleri önemli bir pay almaktadır. Şekil 1’de 2021 yılı için risk faktörlerine atfedilen tahmini yıllık ölüm sayılarına yer verilmiştir. Şekil 1’e göre 2021 yılında alkol ve sigaraya atfedilen ölüm sayısı 7.990.000 kişi, sağlık beslenmeye atfedilen toplam ölüm sayısı 8.006.000 kişi, fiziksel hareketsizliğe atfedilen ölüm sayısı 658.000 kişi ve obeziteye atfedilen ölüm sayısı 3.710.000 kişidir. Şekil 1’e göre halk sağlığında dört temel risk faktörü olarak kabul edilen bu faktörler atfedilen toplam tahmini yıllık ölüm sayısının %35’ini oluşturmaktadır. Bu durum DSÖ’nün bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik 2030 yılı hedefinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Şekil 1 Risk faktörlerine atfedilen tahmini yıllık ölüm sayıları



Kaynak: IHME, 2025

Literatürde dürtmenin alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezitenin azaltılmasını sağladığını kanıtlayan çok sayıda çalışma mevcuttur. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü azaltmak bir halk sağlığı hedefidir.

Alkol ve Tütün Kullanımı

DSÖ'ye göre küresel hastalık yüküne sebep olan 4 ana risk faktörü içerisinde yıllık genel atfedilebilir ölümlerin büyük payı alkol ve tütün tüketiminden kaynaklanmaktadır (Nurchis & ark., 2023: 2). Alkol ve tütün kullanımı genellikle birlikte değerlendirilmektedir. Çünkü alkol bağımlılarının %80'i sigara içmektedir ve nikotin bağımlılarının %30'u alkol kullanmaktadır (Miller & Gold, 1998: 55).

Alkol ve tütünle mücadelede dürtme uygulamalarına oldukça sık başvurulmaktadır. Filipinlerde özel bir banka “sigarayı azaltma ve bırakma taahhüdü” programı ile nikotin bandı ya da benzeri bir yardımcı olmadan kişilerin sigarayı bırakması için bir dürtme uygulaması geliştirmiştir. Uygulamaya göre sigarayı bırakmak isteyen kişiler 6 ay boyunca sigaraya ödeyecekleri parayı bankadaki hesaplarına yatırmaktadırlar. 6 ay sonra bu kişilere nikotin testi yapılmaktadır. Eğer test sonucunda değerler temiz çıkarsa katılımcı parasını geri alabilmektedir, yoksa para hayır kurumlarına bağışlanmaktadır. Uygulama katılımcılarda sigarayı bırakma ihtimalini %53 oranında artırmıştır (Thaler & Sunstein, 2019). Volpp & ark. (2009) ABD merkezli çok uluslu bir şirketin 878 çalışanını kapsayan bir dürtme uygulaması gerçekleştirmişlerdir. Çalışanlar sigarayı bırakma programları hakkında bilgi alanlar ve programlar hakkında bilgi alanlar ve finansal teşvik uygulananlar olarak iki farklı gruba rastgele atanmışlardır. Uygulamada sigarayı bırakma programını tamamlayanlar için 100 dolar, 6 ay içinde sigarayı bırakanlar için 250 dolar ve sigarayı bıraktıktan sonra 6 ay içinde tekrar sigara içmeyenler için 400 dolarlık teşvik verilmiştir. Çalışma sonucunda teşvik grubunda yer alan bireylerin (%14) sadece bilgi grubunda yer alan bireylere (%5) göre sigarayı bırakma oranları çok daha yüksek bulunmuştur. Bu durum sigarayı bırakmaya yönelik finansal teşviklerin sigarayı bırakma oranlarını önemli ölçüde artırdığı kanıtlamıştır.

Kersbergen & ark. (2018) Birleşik Krallık'ta ticari alkollü içeceklerin standart porsiyon boyutunu azaltarak potansiyel halk sağlığı faydasını modellemişlerdir. Alkollü içeceklerin standart porsiyon boyutunu azaltarak alkol tüketimini azaltmayı amaçlamışlardır. Alkol servis boyutunda %25'lik bir azalma alkol tüketiminde %20'lik bir azalma sağlamıştır. Alkol servis boyutunda %30'luk bir azalma alkol tüketiminde %35'lik bir azalma sağlamıştır. Ticari alkollü içeceklerin servis boyutunun %25

azaltılmasının Birleşik Krallık ‘ta alkol kaynaklı hastane yatışlarını ortalama %8 ve ölümleri ortalama %10 azalttığı tespit edilmiştir (Kersbergen & ark., 2018). Clarke & ark., (2020) kanser riskini ileten sağlık uyarı etiketlerinin alkol seçimi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Alkol şişeleri üzerinde alkol tüketiminin olumsuz sonuçlarını tasvir eden sağlık uyarı etiketleri kullanılmıştır. Etiketler, resim ve metin içeren, sadece resim içeren ve sadece metin içeren etiketleri kapsamaktadır. Bazı alkol şişelerine de herhangi bir uyarı metni ya da resmi koyulmamıştır. Çalışma sonuçlarına göre görüntü ve metin içeren etiketlerin sadece metin içeren etiketlere oranla daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Alkol tüketimiyle ilişkili kanser riskinin arttığını bildiren sağlık uyarı etiketleri alkol kullanımını azaltmada başarılı olmuştur.

Fiziksel Hareketsizlik

Fiziksel hareketsizlik, bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Aynı zamanda küresel düzeyde erken ölüme sebep olan dördüncü önde gelen faktördür. Dünya nüfusunun yaklaşık %31'inin sağlığını koruyacak düzeyde yeterli fiziksel aktivite yapmadığı tahmin edilmektedir. Fiziksel hareketsizliğin, küresel düzeyde erken ölüm, koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, meme kanseri ve kolon kanseri vakalarının yaklaşık 10'una neden olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca fiziksel hareketsizlik birçok vakada obezite ile yakından bağlantılıdır (Guthold & ark., 2018; NCD, 2025). DSÖ 2020-2030 yılları arasında fiziksel hareketsizliğin kamu sağlık sistemlerine maliyetinin yaklaşık 300 milyar ABD doları olacağını tahmin etmektedir. Ayrıca fiziksel hareketsizliğin azaltılmasının ülkelerin sağlık harcamalarını %1 ile %3 oranında azaltacağı öngörülmektedir. DSÖ'nün 2030 yılına kadar fiziksel hareketsizlik düzeyini %15 oranında azaltmayı hedeflemektedir (WHO, 2025). Fiziksel hareketsizliğin azaltılması yıllık 5 milyon ölümü önleyebilir. Çünkü fiziksel olarak daha hareketsiz olan

bireylerin ölüm riski diğer bireylerden %30 daha fazladır (WHO, 2019).

Katzmarzyk & ark., (2022) fiziksel hareketsizlik ortadan kaldırılsa fiziksel hareketsizliklere bağlı hastalıkların ne kadarlık bir kısmının önlenebileceğini tahmin etmek için 168 ülkeyi kapsayan bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada Dünya çapında, tüm nedenlere bağlı ölümlerin %7,2'sinin ve kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %7,6'sının fiziksel hareketsizliğe atfedilebilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Fiziksel hareketsizliği önlemeye yönelik yapılan başarılı bir dürtme uygulaması Davranışsal İçgörüler Ekibi tarafından İsveç'in başkenti Stockholm'de gerçekleştirilmiştir. Bir gün boyunca Stockholm metro istasyonuna, insanlar merdivenleri tırmanırken müzik melodileri çalınması için hareket sensörlü piyano tuşları yerleştirilmiştir. Çalışma sonuçları, normalden yüzde 66 daha fazla insanın yürüyen merdiven yerine normal merdivenleri kullandığını göstermiştir. Uygulama merdivenleri ilgi çekici ve tırmanması eğlenceli hale getirerek motive edici bir etki oluşturmuştur. Ayrıca, daha fazla insanın normal merdivenleri kullanmaya başlaması, diğerlerinin de onlara katılmasını sağlamıştır (B.I., 2010: 19).

Chen & ark., (2023) turistlerin bir şehri ziyaret ettiklerinde yürümeye olan ilgilerini artırmak için teşvik edici üç tasarım faktörünü incelemişlerdir. Çalışma sonuçları, çıplak kaldırımlara nazaran renkli kaldırımların kullanımının turistlerin ruh hallerini uyardığını ve böylece turistlerin yürüme isteğini artırdığını göstermektedir. 2. olarak diğer turistler arasında yürümenin popülerliğini tanımlayan kısa bir mesaj, katılımcıların yürümeye olan ilgisini artırmıştır. 3. tasarımda ise turistlerin yürüyüş ayakkabılarını karşılaştırmaları istenmiştir. Böylece astarlamanın katılımcıları yürümeye teşvik etmede bir rol oynayıp oynayamadığı ölçülmüştür. Spor ayakkabı fotoğraflarıyla astarlamanın turistlerin yürüyüşe olan ilgisini artırdığı tespit edilmiştir.

Sağlıksız Beslenme ve Obezite

Sağlıksız beslenme alışkanlığı aşırı kilo, obezite, felç, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların temel sebeplerindendir (Vecchio & Cavallo, 2019: 1). WHO'ya (2025) göre 2022 yılında dünyada her 8 kişiden 1'i obeziteyle yaşıyordu. Dünya çapında yetişkin obezitesi 1990'dan bu yana iki kattan fazla arttı. 2022'de 2,5 milyar yetişkin fazla kiloluydu. Bunlardan 890 milyonu obeziteyle yaşıyordu. 2024 yılında 5 yaş altı 35 milyon çocuk aşırı kiloluydu. 2022 yılında 5-19 yaş aralığındaki 390 milyondan fazla çocuk ve genç aşırı kiloluydu ve bunların 160 milyonu obezdi. Dünya çapında obezite prevalansında yaşanan artış obezitenin DSÖ tarafında pandemi olarak nitelendirilmesine ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmesine neden olmuştur. Bireyin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesini hedefleyen halk sağlığı disiplini açısından obeziteyle mücadele oldukça önemlidir. Obezitenin önlenmesinde temel koruma basamağı olarak ifade edebileceğimiz sağlıksız gıdaların engellenmesi, toplumun tüm fertlerinin sağlıklı gıdaya ulaşımının kolaylaştırılması ve çocukluk çağı obezitesiyle mücadele etkili çözümler olarak kabul edilebilir (Demiray & Yorulmaz, 2023: 153). Günümüzde toplumlar yetersiz beslenme ve obezitenin bir arada bulunmasıyla karakterize edilen sağlıksız beslenmenin çifte yüküyle karşı karşıyadır (World Health Statistics, 2024: 34).

Arno & Thomas'a (2016) göre Dürtme Teorisi stratejileri yetişkinlerde daha sağlıklı beslenme tercihlerini teşvik etmede oldukça etkili ve uygulanabilir bir halk sağlığı stratejisidir. Broers & ark., (2017) sistematik incelemelerinde daha sağlıklı beslenme tarzını teşvik etmede dürtme uygulamalarının oldukça başarılı olduğunu ortaya koymuşlardır. Skov & ark., (2014) otomatik karar alma süreçlerine dayalı sebze tüketimini teşvik etmek için seçim mimarisi uygulamışlardır. Danimarkalılar arasında sebze tüketimini teşvik etmek için üç tip seçim mimarisi dürtmesinin etkinliği test

edilmiştir. Bu dürtmeler doğal yeşil sebze seçme davranışını teşvik etme, ana yemeğe varsayılan olarak sabit salata koyma ve önceden karıştırılmış bir salataya kıyasla seçenekleri artırmak için salatanın her bir bileşenini ayrı ayrı sunma şeklinde dizayn edilmiştir. Ana yemeğe varsayılan olarak sabit bir salata koyma dürtmesi istenilen kazanımı sağlamıştır. Diğer dürtme uygulamaları ise sebze alımını artırmada başarılı olamasa da toplam enerji alımının azalmasını sağlamıştır. Meeusen & ark., (2023) Hollanda'daki bir tıp merkezinin kafeteryasında sağlık çalışanlarına yönelik bir takım dürtme yöntemleri uygulamışlardır. Kafeteryada ürünler sağlıklı gıdalar önde, sağlıksız gıdalar arkada olacak şekilde düzenlenmiştir. Satılan ekmeklerde tam buğday ekmeği oranı %75, tam buğday olmayan ekmek oranı %25 olacak şekilde değiştirilmiştir. Son olarak ürünlerin sağlık yararlarını vurgulayan bilgiler ve teşvik edici ifadeler içeren tabelalar hazırlanmıştır. Dürtme uygulamaları sonucunda tam buğday ekmeği tüketimi artmıştır. Sağlıklı yiyecek seçimleri kısmen iyileştirilmiştir.

Volpp & ark., (2008) çalışmalarında yaygın karar hatalarının (olasılık teorisi, kayıp kaçınma ve pişmanlık gibi) etkili bir kilo kaybı müdahalesi tasarlamak için kullanılıp kullanılamayacağını araştırmışlardır. Bunun için 30-70 yaş aralığında ve vücut kitle indeksleri 30-40 aralığında olan 57 katılımcıya finansal teşvik uygulayarak kilo vermeleri teşvik edilmiştir. Katılımcılar teşvik grubu ve kontrol grubuna rastgele olarak atanmışlardır. 16 haftalık program sonucunda ise katılımcıların 3 kilo vermesi amaçlanmıştır. Katılımcılardan her ay belirli bir miktar para alınmakta ve eğer katılımcı hedeflenen kilo kaybını yakalarsa para geri iade edilmektedir. Hedeflenen miktarda kilo veremeyen katılımcıların kaybettikleri para ise başarılı olan katılımcılar için oluşturulan ortak bir havuza aktarılmaktadır. Çalışma sonunda teşvik grubundaki bireyler kontrol grubuna göre kayda değer biçimde daha fazla kilo vermeyi başarmıştır.

Sonuç

Alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve obezite halk sağlığında dört temel risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu faktörler hem bireylere hem de toplumlara önemli ekonomik yükler getirme potansiyeline sahiptir. Hem sağlığın korunması hem de bulaşıcı olmayan hastalıkların ekonomik yükünün azaltılmasında davranışsal iktisada sıkça başvurulmaktadır. Davranışsal iktisat, rasyonelliğin sınırlı kaldığı, halk sağlığı alanında rasyonel kararların alınmasına katkı sağlamaktadır.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede bireysel davranışlar oldukça önemli bir yer kaplamaktadır. Çünkü bireysel davranışlar uzun vadede sağlığı belirleyici rol oynamaktadır. Alkol ve sigara kullanımının azaltılması, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve obeziteyle mücadelede maliyet etkin bir yöntem olan “dürtme” uygulamaları oldukça sık başvurulmuş yöntemlerdir. Bu davranışların dürtme uygulamaları ile yönlendirilebildiği ve davranışlar üzerinde kalıcı değişiklikler elde edilebildiği literatürde kanıtlanmıştır. Thaler & Sunstein’e (2008) göre küçük dürtmeler bile kalıcı davranış değişikliklerine yol açabilmektedir.

Halk sağlığındaki bu dört temel risk faktörünün neden olduğu hastalık yükü ve ekonomik yük göz önüne alındığında araştırmacılar, yöneticiler ve politika yapıcılarının yapılacak olan çalışmalar ve halk sağlığı politikalarında davranışsal iktisada başvurmalarının etkili sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

Kaynakça

AbouZahr, C., & Boerma, T. (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 578-583.

Arno, A., & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 16, 1-11. Doi: 10.1186/s12889-016-3272-x

BCI, 2025. What are behavioural and cultural insights? (Erişim tarihi: 10.03.2025, <https://bci-hub.org/>).

B. I., Team (2011). Behavioural insights team annual update 2010–11. Cabinet Office: London, UK, 1-30.

Birkhead, G. S., Klompas, M., & Shah, N. R. (2015). Uses of electronic health records for public health surveillance to advance public health. *Annual review of public health*, 36(1), 345-359.

Broers, V. J., De Breucker, C., Van den Broucke, S., & Luminet, O. (2017). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of nudging to increase fruit and vegetable choice. *The European Journal of Public Health*, 27(5), 912-920.

Capewell, S., & Capewell, A. (2018). An effectiveness hierarchy of preventive interventions: neglected paradigm or self-evident truth?. *Journal of Public Health*, 40(2), 350-358.

Carminati, L. (2020). Behavioural economics and human decision making: Instances from the health care system. *Health Policy*, 124(6), 659-664. Doi: 10.1016/j.healthpol.2020.03.012

Chen, J., Lehto, X., Lehto, M., & Day, J. (2023). Can colored sidewalk nudge city tourists to walk? An experimental study of the effect of nudges. *Tourism Management*, 95, 104683. Doi: 10.1016/j.tourman.2022.104683

Clarke, N., Pechey, E., Mantzari, E., Blackwell, A. K., Deloyde, K., Morris, R. W., ... & Hollands, G. J. (2021). Impact of health warning labels communicating the risk of cancer on alcohol selection: an online experimental study. *Addiction*, 116(1), 41-52. doi:10.1111/add.15072

COBIT (2010). Cabinet Office Behavioural Insights Team. Applying behavioural insight to health.

Çakıcı, A. B., & Yücel, İ. (2019), Uluslararası Sağlık, Toplum Ve Kültür Sempozyumu Bildirileri Tam Metin Kitabı, Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmet Public Health and Social Work.

Demiray, G., & Yorulmaz, F. (2023). Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 147-155.

Dönmez, A. (2021). Sağlığın geliştirilmesi bağlamında sağlıklı davranış değişikliği oluşturmada mobil sağlık uygulamalarının ve sosyal medya gruplarının etkisi. *Bilgi Yönetimi*, 4(1), 16-24.

Ghebreyesus, T. A. (2021). Using behavioural science for better health. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(11), 755.

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The lancet global health*, 6(10), e1077-e1086.

IHME (2025), Institute for Health Metrics and Evaluation. (Erişim tarihi: 20.05.2025, <https://www.healthdata.org/>)

İltüzer, Yahya, (2023). Çevrimiçi Öğrenme Ortamında Çerçeveleme Dürtme Stratejilerinin Kullanılmasının Üniversite Öğrencilerinin Başarı ve Motivasyonuna Etkisi. Haceteppe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Anabilim Dalı, ANKARA

Katzmarzyk, P. T., Friedenreich, C., Shiroma, E. J., & Lee, I. M. (2022). Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British journal of sports medicine*, 56(2), 101-106.

Kersbergen, I., Oldham, M., Jones, A., Field, M., Angus, C., & Robinson, E. (2018). Reducing the standard serving size of alcoholic beverages prompts reductions in alcohol consumption. *Addiction*, 113(9), 1598-1608. Doi: 10.1111/add.14228

Lin, Z., & Meissner, C. M. (2020). Health vs. wealth? public health policies and the economy during covid-19 (No. w27099). National Bureau of Economic Research.

Lin, Y., Osman, M., & Ashcroft, R. (2017). Nudge: concept, effectiveness, and ethics. *Basic and Applied Social Psychology*, 39(6), 293-306.

Meeusen, R. E., van der Voorn, B., & Berk, K. A. (2023). Nudging strategies to improve food choices of healthcare workers in the workplace cafeteria: A pragmatic field study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 53, 126-133. Doi: 10.1016/j.clnesp.2022.11.022

Miller, N. S., & Gold, M. S. (1998). Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *Journal of addictive diseases*, 17(1), 55-66.

Mudarri, D. (2007). Public health and economic impact of dampness and mold.

Murayama, H., Takagi, Y., Tsuda, H., & Kato, Y. (2023). Applying nudge to public health policy: practical examples and tips for designing nudge interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3962. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053962>

NDC, (2025). Noncommunicable diseases. (Erişim tarihi: 05.04.2025, <https://ncdalliance.org/>)

Nurchis, M. C., Di Pumpo, M., Perilli, A., Greco, G., & Damiani, G. (2023). Nudging interventions on alcohol and tobacco consumption in adults: a scoping review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 1675. Doi: 10.3390/

ijerph20031675

Nyarko RO, Boateng E, Kahwa I, Boateng PO, Nyarko RO, et al. (2020) The Impact on Public Health and Economy Using Lockdown as a Tool against COVID-19 Pandemic in Africa: A Perspective. *J Epidemiol Public Health Rev* 5(3): dx.doi.org/10.16966/2471-8211.188

Oliver, T. R. (2006). The politics of public health policy. *Annu. Rev. Public Health*, 27(1), 195-233.

Policy Garage, (2025). Policy Garage (Erişim Tarihi: 17.03.2024, <https://policygarage.or.jp/>)

Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247a.

Roberto, C. A., & Kawachi, I. (Eds.). (2015). *Behavioral economics and public health*. Oxford University Press.

Ruger, J., Jamison, D. T., Bloom, D. E., & Canning, D. (2011). Health and the economy. *Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, 757-814.

Samson, A. (2016). *The behavioral economics guide 2016* (with an introduction by Gerd Gigerenzer).

Schneider, M. J. (2020). *Introduction to public health*. Jones & Bartlett Learning.

Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Annu. Rev. Public Health*, 25(1), 397-418.

Skov, L. R., Rasmussen, R. F., Andersen, P. M., Olsen, A., & Perez-Cueto, A. (2014). Choice architectural nudge interventions to promote vegetable consumption based on automatic processes decision-making. *International Journal of Community Nutrition*, (Supplement), 38.

Thaler, R., & Sunstein, C. (2008). Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness. In *Amsterdam Law Forum*; HeinOnline: Online (p. 89).

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2019). Nudge: como tomar melhores decisões sobre saúde, dinheiro e felicidade. *Objetiva*.

Tözün, M., & Sözmen, M. K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.

Turnock, B. (2012). *Public health*. Jones & Bartlett Publishers.

Uğurlu, G., & Yardım, M. (2023). Halk sağlığı alanında davranışsal ekonomi uygulamaları. *HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMALARI DERGİSİ*, 1(1), 27-34.

Vallgård, S. (2012). Nudge—A new and better way to improve health?. *Health policy*, 104(2), 200-203. Doi: 10.1016/j.healthpol.2011.10.013

Vecchio, R., & Cavallo, C. (2019). Increasing healthy food choices through nudges: A systematic review. *Food Quality and Preference*, 78, 103714.

Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., ... & Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 360(7), 699-709.

WHO. (2019). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization.

WHOa (2025). World Health Organization. (2025). Noncommunicable diseases progress monitor 2025. World Health Organization. (Erişim tarihi: 03.05.2025, <https://www.who.int/>)

WHOb (2025). World Health Organization (Erişim tarihi: 03.05.2025, <https://www.who.int/>)

World Bank, (2025). Global INsights Initiative. (Erişim Tarihi: 17.03.2024)

World health statistics. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization.

YBiT (2025). Yokohama Behavioral insights and Design Team (Erişim Tarihi: 17.03.2024, <https://ybit.jp/top-en>)

BÖLÜM 2

GELİR VE EĞİTİM EŞİTSİZLİKLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

NIHAL KALAYCI OFLAZ¹

Giriş

Gelir ve eğitim, sağlık hizmetlerine erişim açısından sağlık statüsünü etkileyen ve sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yer alan başlıca faktörlerdendir (OECD, 2023). Gelir düzeyi daha çok sağlık hizmetine erişimin finansman boyutuna etki ederken, eğitim düzeyi ise bilgiye erişim, sağlık okuryazarlığı ve karar alma süreçleri üzerinde etkili olmaktadır (Wagstaff & van Doorslaer, 2000; Berkman vd., 2011). Gelir düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerini daha az kullandığı, sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşadığı ve tedaviye geç başlama olasılıklarının arttığı bilinmektedir (Gunja vd., 2023). Eğitim düzeyi ise sağlık davranışlarına ve sağlık hizmetlerinin kullanımına etki etmektedir (Nutbeam, 2008). Eğitimli bireyler sağlık sistemini daha iyi

1 Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Ticaret ve Finansman Bölümü, Orcid: 0000-0002-8252-5868

anlamakta, önleyici sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmakta ve sağlık risklerine karşı daha bilinçli davranışlar göstermektedir (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizliklerin nedenleri arasında kamu ve özel sağlık hizmetleri ayrımı bir diğer faktör olarak eklenebilir (OECD, 2019). Ayrıca; bekleme süreleri, coğrafi erişim ve hizmet kalitesi gibi unsurlar da düşük gelirli bireyler için sağlık hizmetlerine erişimde engel teşkil etmektedir (WHO & World Bank, 2022).

Sağlık hizmetlerine erişim aısından bireylerin sosyoekonomik konumlarının oynadığı rolden hareketle bu çalışma, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini şekillendiren mikro iktisadi belirleyicileri gelir ve eğitim eşitsizlikleri aısından incelemeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca bireylerin sağlık durumunu belirleyen bir unsur olmakla kalmayıp, aynı zamanda toplumsal eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olan bir alan olarak değerlendirilebilir. Bunun nedeni, eşitsizliklerin sağlık hizmetlerinin sunum biçimi, finansman yapısı ve bölüşüm ilişkilerini içeren arz yönlü faktörlerden de kaynaklanabilmesidir. Bu çalışmanın ana odağı bireylerin sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıkları mikro iktisadi düzeyde analiz etmek ve kullanımdaki farklılıkların politik-ekonomik bağlamına da dikkat çekmektir.

Çalışmanın hedefi doğrultusunda öncelikle teorik arka plana yer verilmiş ve sağlık hizmetleri konusunda eşitsizliğe neden olan eğitim ve gelir farklılıklarının mikro iktisadi temelleri ele alınmıştır. Ardından sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ve toplumsal etkileri gelir düzeyine göre, eğitim düzeyine göre ve eşitsizlik göstergeleri aısından elde edilen bulgular ile desteklenmiştir. Elde edilen bulgular Türkiye aısından değerlendirilmiş ve politika önerilerine yer verilmiştir.

Sağlık Hizmetlerine Mikro İktisadi Yaklaşım

Sağlık politikalarının eşitlik ilkelerine ne kadar uygun olduğunu ortaya koymak için öncelikle sağlık hizmetlerine erişim ve hakkaniyetin ne olduğunu tanımlamak yerinde olacaktır. Sağlığa ayrılan kaynakların nüfusun farklı grupları arasındaki ihtiyaçları karşılayacak şekilde dağıtılması kaygısı, erişim kavramının merkezinde yer almakta olup hakkaniyet, adalet veya sosyal adalet gibi kavramları birlikte düşünmeyi gerektirmektedir (Martins vd., 2024; Amri vd., 2024). Bu kavramlar açısından değerlendirildiğinde Aday & Anderson (1981), sağlık bakımına erişimde hakkaniyetin hizmetlerin insanların ihtiyaçlarına göre dağıtıldığında gerçekleştiğini, eğer hizmetler ihtiyaçtan ziyade ırk, aile geliri veya ikamet yeri gibi demografik değişkenler temelinde dağıtılıyorsa eşitsizlikten bahsedildiğini ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyeti ölçmek için literatürde kullanılan karşılanmamış ihtiyaçlar kavramı dikkat çekmekte olup sosyal, kültürel ya da ekonomik nedenlerden bir ya da birkaçı sağlık hizmetlerine erişimin önünde engel oluşturuyorsa sağlık hizmetlerine erişim konusunda hakkaniyete ilişkin sorunlar bulunduğu belirtilmektedir (Yetim & Çelik, 2020).

Sağlık hizmetlerine erişimin sosyoekonomik faktörlerle olan ilişkisi açısından bu bölümde gelir ve eğitim eşitsizliklerinin sağlık hizmeti talebine nasıl etki ettiğini açıklamak amacıyla temel teorik çerçeve tartışılmıştır. Gelir düzeyi, sağlık hizmetlerinin finansal erişilebilirliğini etkilerken; eğitim düzeyi ise bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebini yönlendiren bilgiye erişim ve sağlık okuryazarlığını belirlemektedir. Eğitimli bireyler, sağlık hizmetlerini daha rasyonel bir biçimde kullanma eğilimindedirler, çünkü sağlıkla ilgili kararlarını verirken daha bilinçli davranışlar göstermektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2024). Literatürde yer alan öncü çalışmalar açısından gelir ve eğitim düzeyi, sağlık hizmetine erişimin yalnızca finansal değil, davranışsal boyutlarına da etki etmektedir. Grossman

(1972)'ın sağlık talebinin ekonomi teorisine göre, bireyler sağlığı refahı artıran bir tüketim malı ve gelecekteki üretkenliği artıran bir yatırım malı olarak görmektedir. Bu anlamda sağlık sermayesi, bireylerin hem gelir düzeylerinden hem de eğitimlerinden etkilenmektedir ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyler sağlık bilgilerini daha etkin kullanarak daha sağlıklı tercihler yapabilmekte ve bu da ekonomik refahlarına katkı sağlamaktadır.

Gelir eŗitsizliklerinin toplum sağlığı üzerinde derin etkiler yarattığını ve bu etkilerin özellikle d ŗuk gelirli bireyler için daha belirgin olduğunu ortaya koyan Lynch vd. (2000)'ne göre yüksek gelirli bireyler, genellikle sağlık hizmetlerine daha kolay eriŗirken, d ŗuk gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine eriŗimleri genellikle daha sınırlı düzeydedir. Bu durum ise sağlık eŗitsizliklerini artıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Pampel vd. (2010)'nin  alıŗmalarında, eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine eriŗim üzerindeki etkileri incelenmiŗ olup d ŗuk eğitimi bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin daha d ŗuk olduğunu ve bu bireylerin sağlık bilgisi eksikliklerinin, sağlık hizmeti kullanımlarını olumsuz etkilediği tespit edilmiŗtir. Wagstaff vd. (2009)'nin  alıŗmalarında ise özellikle geliŗmekte olan ülkelerde gelir eŗitsizliđinin sağlık sistemine olan etkisi ele alınmıŗ olup d ŗuk gelirli bireylerin özel sağlık hizmetlerine eriŗim konusunda önemli engellerle karŗılaŗtığını ve bu engellerin sağlık harcamalarını artırarak toplumsal sağlık eŗitsizliklerini daha da derinleŗtirdiđini ifade etmektedirler.

Bu  alıŗmaların daha çok gelir ve eğitimden kaynaklanan sağlık eŗitsizliklerine odaklandığı söylenebilir. Gelir ve eğitim temelli eŗitsizliklerin sağlık harcamalarına etkisinin incelendiği  alıŗmalardan biri olan Gerdtham vd. (2015)'nin  alıŗmasında gelir ve eğitim eŗitsizliklerinin, bireylerin sağlık harcamalarına yöneltilen kaynakların miktarını doğrudan etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir. Bleich vd. (2012), sağlık harcamalarının gelir

düzeyle pozitif bir ilişkisi olduğunu ve gelir seviyesi arttıkça, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların da arttığını ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha yüksek oranda harcam yaptıklarını ve bu durumun sağlık sistemine olan erişimi de artırdığını belirtmektedirler. Yakın zamanda yapılan çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (Şengül vd., 2023; Aytemiz vd., 2024). Bu çalışmalar bireylerin sağlık harcamalarını ve sağlık hizmetlerine olan talebini belirlerken sosyoekonomik faktörlerin nasıl bir rol oynadığını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Sağlık hizmeti talebi bağlamında Becker (1965)'ın zaman kullanımı teorisi önemli bir kuramsal temel sunmaktadır. Teoriye göre bireyler yalnızca mal ve hizmetlerin parasal maliyetlerini değil, aynı zamanda bu hizmetleri tüketmek için harcadıkları zamanı da bir maliyet unsuru olarak dikkate almalıdır. Bu yaklaşım çerçevesinde, bireyler için zamanın değeri sağlık hizmetleri açısından zamanın fırsat maliyeti ve sağlık hizmetlerine ulaşırken katlanılmak zorunda olunan bekleme süreleri ile ilişkilendirilebilir. Yüksek gelirli bireyler için zamanın alternatif kullanımları (örneğin iş gücü piyasasında ek gelir elde etme) daha değerlidir. Dolayısıyla bu bireyler sağlık hizmeti alırken uzun bekleme sürelerinden kaçınma eğilimi gösterirler. Öte yandan, düşük gelirli bireyler için parasal maliyetler daha önceliklidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimde zaman maliyetinin nispeten daha düşük bir öneme sahip olduğunu belirtir. Bu bireyler kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmak adına daha uzun bekleme sürelerini göze alabilir; ancak bu durum, iş kaybı, ulaşım zorluğu veya sağlık hizmetlerinden yararlanmanın getirdiği yükümlülükler gibi faktörler nedeniyle sağlık hizmetlerinden tamamen vazgeçilmesine de neden olabilir.

Gelir ve eğitim eşitsizliklerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisini anlamada bir diğer faktör olarak bilgi asimetrisi ve sağlık okuryazarlığı ele alınabilir. Arrow (1963), sağlık

hizmetlerine erişim konusuna bilgi asimetrisi yönüyle yaklaşmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmakta ve bu da bireylerin sağlık hizmeti talebinde büyük bir rol oynamaktadır. Gelir ve eğitim düzeyine göre farklılaşan sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetine olan talep biçimlerine de etki etmektedir. Eğitimli bireyler, sağlık hizmetlerinin kalitesine ve türüne dair daha bilinçli tercihlerde bulunabilmekte ve bu da sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Berkman vd. (2011)'nin çalışmalarında, sağlık okuryazarlığının, bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl kullandığını etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Eğitimli bireyler, sağlıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olduklarından, sağlık hizmetlerine daha bilinçli ve etkin bir şekilde erişim sağlarken, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler ise sağlık bilgilerini yeterince etkin kullanamamaktadır. Nutbeam (2008) ise sağlık okuryazarlığının yalnızca sağlık bilgisiyle değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlayacak bilinçli kararlar alabilme yeteneğiyle doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Gelir ve eğitim eşitsizliklerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri politika yapıcıları yönlendiren önemli bir faktördür. Politika yapıcıların sağlık sistemleri üzerindeki reformları, özellikle gelir eşitsizliklerini ve eğitim düzeyini dikkate alarak tasarımları önem taşımaktadır. Chauhan vd. (2016)'nin, sağlık reformlarının gelir ve eğitim eşitsizliklerini nasıl etkileyebileceğini incelediği çalışmalarında, sosyal güvenlik sistemlerinin ve sağlık politikalarının, özellikle düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine daha adil erişimini sağlayabilmesi gerektiği ve düşük eğitim düzeyine sahip bireyler için sağlık okuryazarlığını artırıcı adımların atılması gerektiği vurgulanmıştır. Husain vd. (2017)'nin çalışmalarında, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemleri üzerinde yapılan neoliberal reformların, düşük

gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini daha da zorlaştırdığını ve sağlık eşitsizliklerini artırdığı belirtilmektedir. Bu nedenle, devletin sağlık hizmetleri sunumundaki rolünü artıran politikaların, sağlıkta eşitliği sağlama konusunda daha başarılı sonuçlar ortaya çıkardığı belirtilmiştir.

Son yıllarda yapılan araştırmalar incelendiğinde gelir ve eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine erişimi belirlemedeki rolünün devam ettiğini görülmektedir. Xue vd. (2025)'nin çalışmalarında siyasi bağlılık, ırksal demografi ve eğitim düzeyleri gibi sosyoekonomik ve demografik faktörlerin halkın sağlık kaynaklarına erişim algılarına neden olan faktörler olduğu değerlendirilmiştir. Maynou & Street (2022)'in çalışmalarında acil servislerde sosyoekonomik eşitsizliklerin zamanında ve uygun bakım erişimine etkisini analiz ettikleri çalışmalarında bekleme s relerindeki eşitsizlikler küçük olmasına rağmen daha yoksun bireylerin daha az karmaşık acil servis bakımı aldığını, yatılı bakım için kabul edilme olasılıklarının daha düşük, acil servise tekrar başvurma veya başvurudan kısa bir süre sonra ölme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca hasta ve doktor arasındaki etkileşim ve daha yoksun hastalara yönelik bilinçsiz önyargı ise eşitsizlikler için önemli nedenler arasında belirtilmiştir. Gelir ve eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalar incelendiğinde özellikle gelir eşitsizliklerinin, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen en temel faktörlerden biri olduğu görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Eşitsizlikler ve  ktisadi Etkileri

Modern sosyal devletlerde yeniden dağıtım; eğitim, sağlık ve emeklilik gibi bir dizi temel sosyal hakkın sağlanmasıya dayalıdır (Brazauskas, 2024). Piketty (2015)'e göre, sermayenin getirisi ekonomik büyüme oranını aştığında, servet giderek daha küçük bir azınlığın elinde yoğunlaşmaktadır. Servetin yoğunlaşması ise

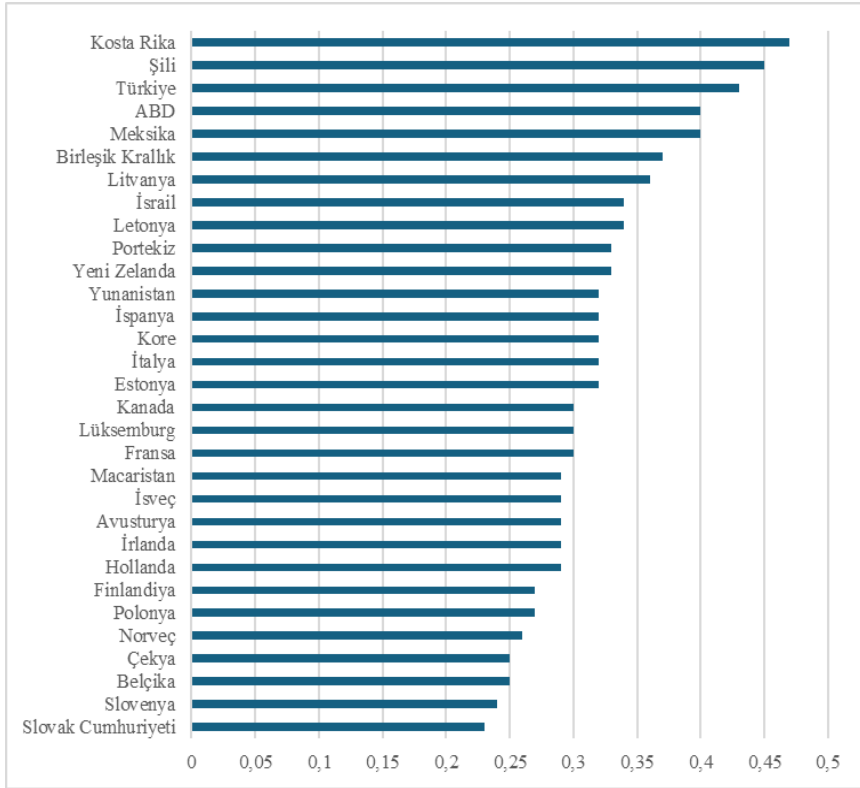
ekonomik gücün yanı sıra politik gücün de belirli bir sınıfta toplanmasına yol açmakta ve kamusal hizmetler için yapılan yatırımlar zayıflamaktadır. Bunun sonucu olarak sağlık ve eğitim gibi temel kamusal hizmetlerin yetersiz finansmanı, özellikle düşük gelirli kesimlerin bu hizmetlere erişimini zorlaştırmakta ve toplumsal eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine eşit erişim imkanının sağlanamamasını bölüşüm ilişkilerinin sağlık alanına yansımaları olarak değerlendirmek mümkündür. WHO'ya göre sağlıkta eşitsizlikler; farklı toplumsal gruplar arasında sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizlikleri ifade etmektedir. Bu eşitsizlikler; ırk, cinsiyet, ekonomik durum ve sosyal sınıf gibi nedenler ile ortaya çıkabileceği gibi paranın, gücün ve kaynakların küresel, ulusal ve yerel düzeydeki eşitsiz dağılımı nedeni ile de meydana gelebilmektedir (WHO, 2018).

Gelir Düzeyine Göre Eşitsizlik

Gelir eşitsizliği konusunda iktisadi açıdan adaletin temin edilmesi sosyal refahın sağlanması açısından önemli bir unsurdur. Bu konuda Atkinson'un alana önemli katkıları söz konusudur. Ona göre piyasa mekanizmasının işleyişinden kaynaklanan eşitsizlikler, kamu politikaları aracılığıyla düzeltilmektedir. Vergilendirme, sosyal transferler ve kamu hizmetleri toplumun daha adil bir gelir dağılımına ulaşmasına katkı sağlamaktadır (Atkinson, 2015). Daha adil gelir dağılımının sağlanabilmesi öncelikle gelir dağılımındaki eşitsizliklerin ölçütünün bilinmesine bağlıdır. Gelir düzeyine göre eşitsizliği ölçen Gini katsayısı, Palma endeksi (nüfusun en zengin %10'unun gelirini en fakir %40'ının geliriyle karşılaştırır), Theil endeksi (nüfusu grup içi ve gruplar arası eşitsizlik açısından değerlendirir) ve Lorenz eğrisi (gelirin kümülatif dağılımını nüfusa ideal eşit dağılımını açısından ele alır) gibi göstergeler literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır (Kebalo & Zouri, 2024; Brazauskas, 2024). Corrado Gini tarafından 1912 yılında geliştirilen Gini katsayısı eşitsizlik ölçümünde en yaygın kullanılan göstergelerden

biridir (Cowell, 2011). Bu çalışmada da daha kolay ulaşılabilir olması nedeniyle Gini katsayısına ilişkin verilere yer verilmiştir. Gini katsayısı, gelir dağılımı eşitsizliğini ölçen bir istatistik olup 0 değeri, tam eşitlik yani herkesin gelirinin aynı olması durumunu, 1 değeri ise tam eşitsizlik yani tüm gelirin bir kişide toplanması durumunu ifade etmektedir. Katsayının 0.25-0.30 arası değer alması eşitliğe yakın gelir dağılımı, 0.30-0.40 arası değer alması orta düzeyde gelir eşitsizliği, 0.40'ın üzerinde değer alması yüksek gelir eşitsizliği şeklinde yorumlanmaktadır (Our World in Data, 2023). Grafik-1'de OECD ülkeleri için 2022 yılında Gini katsayısına ilişkin veriler sunulmuştur.

Grafik 1. OECD Ülkelerinde Gini katsayısı, 2022

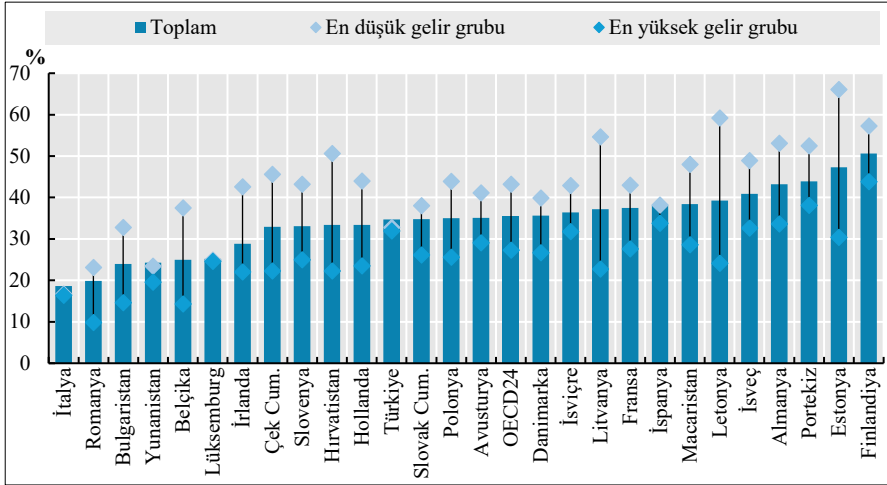


Kaynak: OECD, 2024b.

Gini katsayısına ilişkin 2022 yılı verilerine göre ülkeler arasında gelir dağılımı eşitsizliğinin önemli farklılıklar gösterdiğini söylemek mümkündür. Slovakya, Slovenya ve Belçika gibi ülkelerde Gini katsayısının düşük olması, daha eşit bir gelir dağılımına işaret etmektedir. Buna karşılık, Türkiye, Şili ve Kosta Rika gibi ülkelerde yüksek Gini düzeyleri, gelir eşitsizliğinin belirgin olduğunu göstermektedir. Gini katsayısındaki bu farklılıklar, gelir eşitsizliğinin toplumsal refah üzerindeki etkileri açısından oldukça önemli olup sağlık hizmetlerine erişime de etki etmektedir.

Gelir düzeyi düşük olan bireylerin sağlık statüsünde ve sağlık hizmetlerine erişiminde sorunlar ile karşılaşabilmektedir (Marmot, 2005; Cai vd., 2024). *Sağlığa Genel Bakış: AB Döngüsünde Sağlık Durumu* raporuna göre, karşılanmamış tıbbi bakım ihtiyaçları 2023 yılında 65 yaş üstü kadınlar arasında erkeklerde ve özellikle en düşük gelir grubundaki yaşlı kadınlar arasında yüksektir (en yüksek gelir grubundaki kadınlar arasında %1,9, en düşük gelir dilimindeki kadınlar arasında %6,0). Rapora göre bu tür tıbbi bakımdan yoksun kalmak yaşlı kadınların sağlık sorunlarının daha da ağırlaşmasına neden olabilecektir (OECD/European Commission, 2024: 66). Gelir düzeyi düşük bireylerin sağlık sorunlarını daha yüksek oranda bildirme ve sağlık hizmetlerine erişim ile yaşam koşullarında eşitsizlikler bulunma olasılığı sağlık ve sosyoekonomik eşitsizlikler arasındaki ilişkiyi anlamak açısından önemlidir. Bu bağlamda gelir dilimine göre uzun süredir devam eden bir hastalık veya sağlık sorunu bildiren kişilere ilişkin bilgiler OECD ülkeleri açısından ele alınmış olup en düşük ve en yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerde gelir dilimine göre uzun süredir devam eden bir hastalık veya sağlık sorunu bildiren kişilere ilişkin veriler Grafik-2’de sunulmuştur. Bu grafik sağlık hizmetlerine erişimdeki gelir temelli eşitsizliği ülkeler arası karşılaştırmaya olanak sağlayacak şekilde sunması açısından önem taşımaktadır.

Grafik 2. Gelir dilimine göre uzun süredir devam eden bir hastalık veya sağlık sorunu bildiren kişiler, 2021 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD, 2023: 77.

Grafiğe göre hemen her ülkede en düşük gelir grubu sağlık hizmetine erişimde daha fazla engelle karşılaşırken, en yüksek gelir grubu ise çok daha düşük oranlarda erişim sorunu yaşamaktadır. OECD ülkelerinde ortalama olarak, en düşük gelir dilimindeki kişilerin %43'ü uzun süredir devam eden bir hastalık veya sağlık sorunu bildirirken, en yüksek gelir dilimindeki kişilerin %27'si bildirimde bulunmaktadır. En yüksek eşitsizlik Portekiz, Estonya, Hırvatistan ve Letonya gibi ülkelerde gözlenmektedir. Bu ülkelerde düşük gelir grubunun sağlık hizmetine erişiminin toplam nüfusa göre çok daha düşük olduğu görülmektedir. İsveç, İsviçre, Yunanistan, İspanya gibi ülkelerde ise bu farkın az olması bu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim konusunda daha az sorunlarla karşılaşıldığını göstermektedir. Türkiye'de ve İtalya'da ise en düşük gelir dilimindeki bireylerin en yüksek gelir dilimindeki bireylere kıyasla uzun süredir devam eden bir hastalık veya sağlık sorunu yaşama olasılığının daha düşük olduğu görülmektedir.

Gelir eşitsizliğinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisini sağlık okuryazarlığının tespit edilmesi çalışmasından elde edilen veriler kapsamında değerlendirmek mümkündür. Çalışmada Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeğinden yararlanarak hazırlanan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)” kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024). Bu çalışmanın sonuçları toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yanı sıra Tablo-1’de görülebileceği gibi hane halkının gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi de ele almaktadır.

Tablo 1: Hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği durumuna göre sağlık okuryazarlığı dağılımı (TSOYA, 2023)

Gelir Yeterliliği Durumu	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
	Yetersiz (%)	Sorunlu/Sınırlı (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)
Çok yeterli	19,9	20,4	36,4	23,3
Yeterli	11,9	30,3	44,4	13,4
Ne yeterli ne yetersiz	19,8	31,3	35,3	13,6
Yetersiz	25,2	38,3	27,9	8,6
Çok yetersiz	37,6	31,7	22,9	7,8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2024.

Tabloya göre gelir düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmektedir. “Çok yeterli” gelir düzeyine sahip olan bireylerde “mükemmel” sağlık okuryazarlığı oranı (%23,3) yüksekken, bu oran “çok yetersiz” grupta sadece %7,8’dir. “Yetersiz” sağlık okuryazarlığı özellikle düşük gelir gruplarında yoğunlaşmaktadır. “Çok yetersiz” gelir grubunda bu oran %37,6 iken, “çok yeterli” gelir grubunda %19,9’dur. Sorunlu–sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığının tüm gruplarda dikkate değer bir orana sahip olduğu görülmektedir. Özellikle, %30-38 arası değeri ile orta gelir seviyelerinde daha belirgindir. Veriler doğrultusunda

gelirin sağlık okuryazarlığının düzeyine etki ettiği söylenebilmektedir.

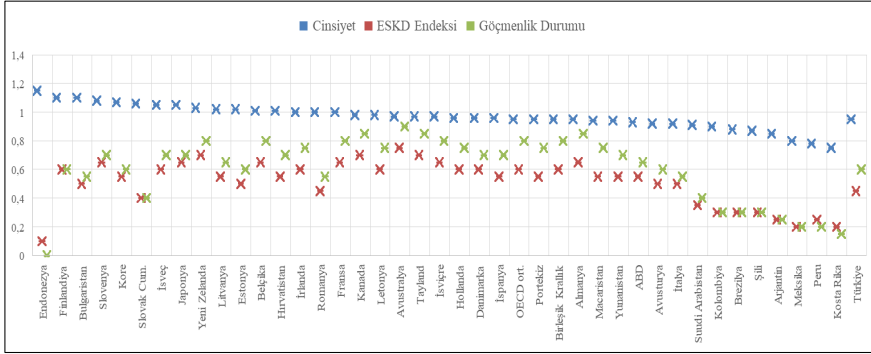
Eğitim Düzeyine Göre Eğitsizlik

Eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine erişime olan etkisinden önce eğitimde eğitliğe ilişkin mevcut durumun değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Eğitimde eğitlik ya da fırsat eğitliği her çocuğun geçmişlerine ya da doğduğu koşullara bakılmaksızın eğit gelişim fırsatına sahip olabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Sunar vd., 2025). Bir Bakışta Eğitim Raporuna göre (OECD, 2024a: 45), OECD lkeleri genelinde ortalama olarak yetişkinlerin %41'i (25-64 yaş arası) en yüksek eğitim düzeyi olarak yükseköğretim yeterliliğine sahipken, diğer %40'ı lise veya lise sonrası yükseköğretim dışı eğitim almış ve %19'u lise altı eğitim almıştır. Kosta Rika, Meksika ve Türkiye'de yetişkinlerin %50'sinden fazlasının bir st ortaöğretim yeterliliği bulunmazken, Çekya, Polonya ve Slovak Cumhuriyeti'nde bu oran %6 ile en düşük seviyededir.

Eğitimde eğitlik Uluslararası ğrenci Değerlendirme Programı (PISA Programı) ile ölçülmekte ve bu endeks sonuçları bir ülkenin eğitim politikalarının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. PISA programı kapsamında bir öğrencinin sosyoekonomik düzeyi PISA Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Durum (ESKD) endeksi ile ölçülmektedir. Sosyo-ekonomik gelir eğitliğini ölçmek için, ESKD endeksinin en düşük çeyreğindeki öğrenciler pay kısmında, en yüksek çeyreğindeki öğrenciler ise payda kısmında yer almaktadır. Göçmenlik statüsü eğitliğini ölçmek için ise pay kısmında göçmen kökenli öğrenciler, payda kısmında ise göçmen olmayan öğrenciler kullanılmaktadır. Eğitlik endeksinin 0,97 ile 1,03 arasında olması, dikkate alınan iki grup arasında eğitlik olduğunu göstermektedir. Değerin 0,97'den küçük olması, muhtemelen en avantajlı grup lehine bir eğitsizlik olduğunu, 1,03'ten büyük olması ise en dezavantajlı grup lehine bir eğitsizlik olduğunu göstermektedir

(OECD, 2024a:34). Bu değerlendirme çerçevesinde Grafik-3'te OECD ülkelerinde sosyo-ekonomik geçmiş, cinsiyet ve göçmenlik durumuna göre asgari matematik yeterliliği için eşitlik endeksleri sunulmuştur.

Grafik 3.Sosyo-ekonomik geçmiş, cinsiyet ve göçmenlik durumuna göre asgari matematik yeterliliği için eşitlik endeksleri (2022)



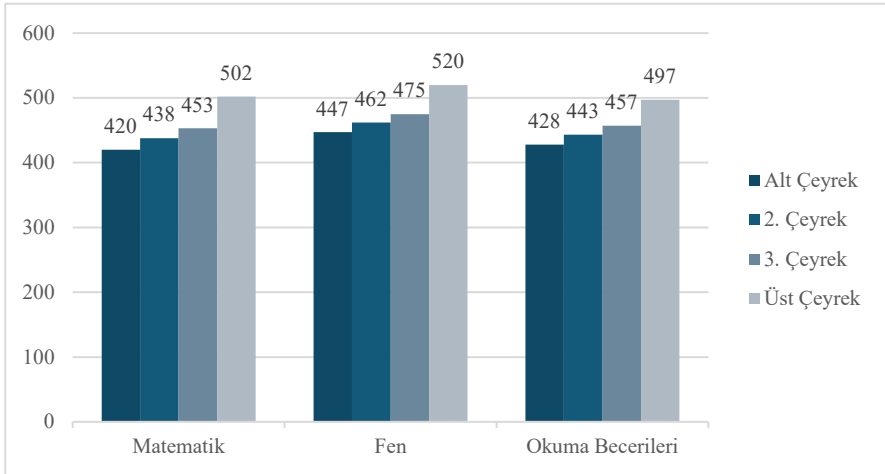
Kaynak: OECD, 2024a: 30

PISA 2022 verilerine dayalı olarak oluşturulan grafikte, ülkeler arasında cinsiyet, sosyoekonomik statü ve göçmenlik durumu temelinde öğrenci başarılarında önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, cinsiyet temelli başarı farkı yaklaşık 0,95 düzeyinde olup, OECD ortalamasına yakın bir seviyede seyretmekte ve toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin hâlen eğitim çıktıları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. ESKD değişkeni açısından Türkiye'deki fark yaklaşık 0,45 seviyesindedir. Buna göre sosyoekonomik durumun öğrenci başarısı üzerindeki etkisinin orta düzeyde olduğunu, ancak sosyal hareketlilik ve eğitimde fırsat eşitliği açısından hâlâ iyileştirme alanları bulunduğu söylenebilir. En dikkat çekici fark ise göçmenlik statüsüne ilişkin olup yaklaşık 0,60'lık değer göçmen kökenli öğrencilerin eğitim çıktılarında belirgin bir dezavantaja sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Türkiye'nin eğitim

politikalarında kapsayıcılığı artırması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'nin PISA 2022 sonuçları daha detaylı ele alındığında; Türkiye'de öğrencilerin sosyoekonomik durumlarının OECD ülkelerine göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2023). Grafik-4'te Türkiye'deki öğrencilerin Matematik, Fen ve okuma becerileri kategorilerinde gelir durumlarına göre akademik başarı düzeyine yer verilmiştir.

Grafik 4. Sosyoekonomik çeyrekliklere göre Türkiye'deki öğrencilerin üç alandaki ortalama puanları



Kaynak: Milli Eğitim Bakanlığı, 2023.

Grafik-4'te Türkiye'de Matematik, Fen ve okuma becerilerini gösteren üç alanda sosyoekonomik düzey arttıkça öğrencilerin akademik performanslarının arttığı görülmektedir. Üst çeyrekteki öğrenciler, alt çeyreğe göre yaklaşık 82 puan daha yüksek puana sahiptir. Bu fark, Matematikteki başarıyı büyük ölçüde sosyoekonomik düzeyin etkilediğini göstermektedir. Fen alanında da benzer şekilde, 73 puanlık bir fark bulunması üst çeyrekte yer alan öğrencilerin ilave eğitim kaynaklarına daha fazla erişebildiği

şeklinde değerlendirilebilir. Okuma becerileri açısından da yine 69 puanlık bir fark bulunmaktadır.

Bu bulgular, Türkiye’deki eğitim sisteminde sosyoekonomik eşitsizliklerin öğrenme çıktıları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Türkiye’de eğitimde fırsat eşitsizliğine yol açan faktörler; sosyo-ekonomik durum ve akademik başarı arasındaki ilişki, ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocukların başarısına olan etkisi, kuşaklar arası aktarılan eşitsizlik, okul dışında kalan çocuklar ve bölgesel farklılıklar şeklinde sıralanabilir (Sunar vd., 2025: 35-36). Bu bağlamda, eğitimde fırsat eşitliğini sağlamaya yönelik politikaların geliştirilmesi önem taşımaktadır.

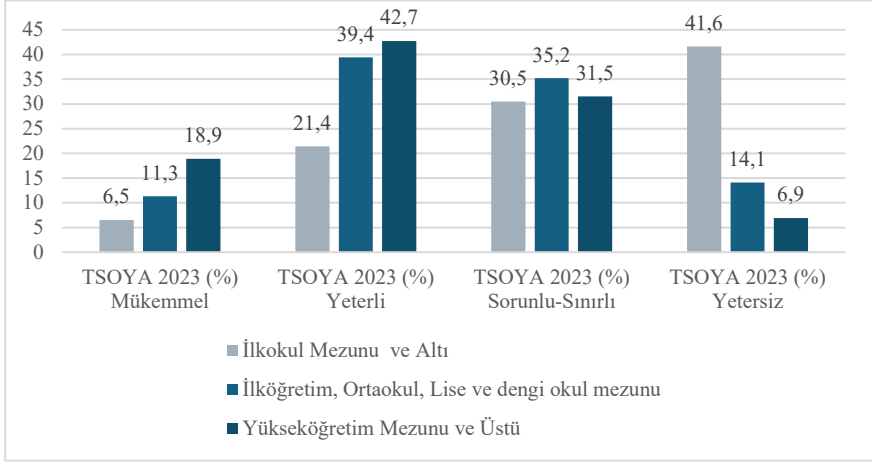
Duruma eğitim ve sağlık ilişkisi açısından bakıldığında Türkiye’de eğitim düzeyinin yüksek olduğu bireylerde sağlık eşitsizliği düşükken, düşük eğitimli bireylerde sağlık eşitsizliklerinin yüksek olduğuna yönelik ampirik kanıtlar bulunmaktadır (Karakuzu & Sengül, 2024). Literatürde sıkça vurgulandığı üzere, sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde faydalanabilmesi, tedavi süreçlerine aktif katılım sağlayabilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimseyebilmesi açısından kritik önemde bir değişkendir (Kickbusch vd., 2013).

OECD’nin “Eğitim Yoluyla Sağlık ve Sosyal Uyumun İyileştirilmesi” raporuna göre; eğitimin sağlık ve sosyal uyum üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Raporda, eğitim yoluyla bireylerin bilişsel, sosyal ve duygusal becerilerinin geliştirilmesinin, sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesini ve toplumsal katılımın artmasını sağladığı belirtilmektedir. Bununla birlikte, eğitime yönelik bu tür müdahalelerin sağlık eşitsizliklerini azaltmada daha etkili olacağı belirtilmektedir (OECD, 2010).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin incelenmesi için yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TSOYA) 2023 anketinin sonuçları bu bulguyu desteklemektedir.

Grafik-5’te eğitim gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir.

Grafik 5. Eğitim Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2024.

TSOYA verilerine göre, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile eğitim durumları arasında belirgin bir ilişki olduğu görülmektedir. Grafik incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyi “mükemmel” ve “yeterli” olarak değerlendirilen bireylerin oranı, eğitim seviyesi yükseldikçe artmaktadır. Buna karşın, “sınırlı” ve özellikle “yetersiz” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranı, düşük eğitim gruplarında yüksektir. Nitekim yükseköğretim mezunlarının %18,9’u mükemmel, %42,7’si ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken, ilkokul mezunu ve altı bireylerde bu oranlar sırasıyla yalnızca %6,5 ve %21,4’tür. Bu durum, düşük eğitim düzeyinin sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama kapasiteleri üzerinde sınırlayıcı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi ilkokul ve altı grubunda %41,6 ile en yüksek seviyedeysen, yükseköğretim mezunlarında bu oran %6,9’a kadar düşmektedir. Bu bulgular, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı

üzerindeki belirleyiciliğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumsal kesimlerde sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik müdahaleler, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında etkili bir araç olarak görülebilir.

Sonuç

Gelir ve eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik göstergeler, bireylerin sağlık hizmeti talebi, hizmet tercihleri ve sağlık harcamaları üzerinde etkiler üretmektedir. Bu çalışma sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri mikro iktisadi bir çerçevede analiz ederek, özellikle gelir ve eğitim düzeylerinin sağlık çıktıları üzerindeki belirleyici rolü açısından ortaya koyma amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte çalışmada eşitsizliklerin toplumsal refah üzerindeki sonuçları değerlendirilmiş ve sağlık politikaları açısından olası müdahale alanlarına yer verilmiştir.

OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak Türkiye özelinde incelenen veriler ve literatürde yer alan çalışmalar, düşük gelirli ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin hem sağlık hizmetlerine erişimde hem de sağlık okuryazarlığında dezavantajlı konumda olduklarını göstermektedir. Bu durum, yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını değil, toplumun genel sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin etkinliği üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir.

Gelir ve eğitim eşitsizlikleri, sağlık hizmeti talebini ve hizmetten yararlanma biçimlerini belirleme konusunda önemli faktörlerdir. Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini şekillendirirken; gelir düzeyi, bu bilgileri finanse etme biçim ve olanaklarını şekillendirmektedir. Bu nedenle, sağlık alanında eşitliği önceleyen politikaların, sosyal politikalar ile birbirine içkin bir şekilde hazırlanması önem taşımaktadır.

Politika yapıcılarının yalnızca sağlık hizmetlerinin arzına ve finansmanı konusuna değil, hizmete erişimin önündeki sosyal ve

ekonomik engellerin ortadan kaldırılmasına da odaklanması gerekmektedir. Özellikle düşük gelirli ve düşük eğitim düzeyine sahip gruplara yönelik sağlık okuryazarlığı programları, ücretsiz veya sübvansede edilmiş tamamlayıcı sağlık sigortaları ve sosyal yardımlar bu engellerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilmektedir. Bu sübvansiyonlar özellikle cepten yapılan harcamaların katastrofik etkilerinin de azaltılmasına katkı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte sunulan kamusal sağlık hizmetlerinin artırılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanım konusunda; rutin taramalar, sağlıklı beslenme davranışları, yaşam koşullarının iyileştirilmesi gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik programların farkında olması ve katılımının sağlanması da önem taşımaktadır. Gelir dağılımını dengeleyen vergi politikaları ve eğitimde fırsat eşitliğini sağlayacak adımların atılması ise uzun vadede sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına da katkı sağlayacak araçlar olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, sağlık sistemlerinin hakkaniyetli, kapsayıcı ve sürdürülebilir biçimde işemesi, yalnızca sağlık politikalarının değil, aynı zamanda eğitim ve gelir dağılımına ilişkin politikaların da birbiriyle eşgüdüm içinde tasarlanmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir.

Kaynakça

Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical care*, 19(12), 4-27.

Amri, M., Jolstad, B., & Bump, J. B. (2024). Health equity and distributive justice: Views of high-level African policymakers. *BMC Medical Ethics*, 25, 151. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01154-5>.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Atkinson, A. B. (2015). *Inequality: What can be done?* Harvard University Press.

Aytemiz, L., Sart, G., Bayar, Y., Danilina, M., & Sezgin, F. H. (2024). The long-term effect of social, educational, and health expenditures on indicators of life expectancy: an empirical analysis for the OECD countries. *Frontiers in Public Health*, 12, 1497794. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1497794>

Becker, G. S. (1965). *A theory of the allocation of time*. The Economic Journal, 75(299), 493–517. <https://doi.org/10.2307/2228949>.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review*. Evidence Report/Technology Assessment, 199, 1-941.

Bleich, S. N., Jarlenski, M., Bell, C. N., & LaVeist, T. A. (2012). Health inequalities: Trends, progress, and policy. *Annual Review of Public Health*, 33(1), 7-30. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124658>

Brazauskas, V., Greselin, F., & Zitikis, R. (2024). Measuring income inequality via percentile relativities. *Quality & Quantity*, 58(5), 4859-4896. <https://doi.org/10.1007/s11135-024-01881-2>

Cai, J., Li, Y., Li, R., & Coyte, P. C. (2024). Has socioeconomic inequality in perceived access to health services narrowed among older adults in China?. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1077. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11510-1>

Chauhan, R., DeVore, S., & Gupta, S. (2016). *Social determinants of health and health equity: The role of the healthcare system in achieving health equity*. *Journal of Health Economics and Policy*, 35(1), 23-39. <https://doi.org/10.1016/j.jhecon.2016.03.004>

Cowell, F. A. (2011). *Measuring inequality* (3rd ed.). Oxford University Press.

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>

Gerdtham, U. G., & Johannesson, M. (2015). Income-related health inequalities and the role of health insurance: Evidence from Sweden. *Journal of Health Economics*, 27(3), 531-546. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.01.003>

Grossman, M. (1972). The demand for health: A theoretical and empirical investigation. *NBER Working Paper No. 406*. National Bureau of Economic Research.

Gunja, M. Z., Gumas, E. D., Williams II, R. D., Doty, M. M., Shah, A., & Fields, K. (2023). *The cost of not getting care: Income disparities in the affordability of health care*. The Commonwealth Fund.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2023/no-v/cost-not-getting-care-income-disparities-affordability-health>

Husain, M. I., & Uddin, M. (2017). *The impact of neoliberal health reforms on access to healthcare in developing countries. International Journal of Health Services*, 47(2), 255-270. <https://doi.org/10.1177/0020731417707451>.

Karakuzu, B., & Sengül, S. (2024). Türkiye'de sağlık eşitsizliğinin sosyoekonomik belirleyicileri. *Third Sector Social Economic Review*, 59(4), 3222–3243. <https://doi.org/10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.24.12.2516>

Kebalo, L., & Zouri, S. (2024). Income inequality in developing countries: Fiscal policy's role amid uncertainty. *Journal of Applied Economics*, 27(1), 2316969. <https://doi.org/10.1080/15140326.2024.2316969>.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>

Lynch, J., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320(7243), 1200-1204. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7243.1200>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).

Martins, L. O. M., dos Reis, M. F., Chaoubah, A., & Rego, G. (2024). Distributive justice and equity in resource allocation: A temporal analysis of hospitalization costs in indigenous populations

in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 23(21).
<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02102-w>

Maynou, L., & Street, A. (2022). Socioeconomic inequality in access to timely and appropriate care in emergency departments. *Journal of Health Economics*, 85, 102668.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102668>

Millî Eğitim Bakanlığı. (2023). *PISA 2022 Türkiye raporu*. Ölçme, Değerlendirme ve Sınav Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
https://odsgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2023_12/05123911_pisa_2022_turkiye_raporu.pdf

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.

OECD (2010), *Improving Health and Social Cohesion through Education*, Educational Research and Innovation, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264086319-en>.

OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

OECD (2024a). *Education at a Glance 2024: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c00cad36-en>.

OECD (2024b). Income Distribution Database. <https://data-explorer.oecd.org/>

OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Our World in Data (2023). *Measuring inequality: What is the Gini coefficient?*<https://ourworldindata.org/what-is-the-gini-coefficient>

Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>

Piketty, T. (2015). Yirmi Birinci Yüzyılda Kapital. (H. Koçak, Çev.). İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.

Sağlık Bakanlığı (2024). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50280/0/turkiye-saglik-okuryazarligi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf>

Sunar, S., Celep, N.D., Demirtaş, D. & Şişman, E.E. (2025). *2024 Eğitim Değerlendirme Raporu*, Türk Eğitim Derneği Yayınları, (Değerlendirme Dizisi: 10). Nisan 2025.

Şengül, H., Atmaca, Z., & Bulut, A. (2017). Hastaların eğitim seviyeleri ile sağlık harcamaları ve/veya sağlık hizmetlerine başvuru sayısı arasındaki bağlantının incelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(12), 906–916. <https://doi.org/10.26450/jshsr.152>

Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440. <https://doi.org/10.33417/tsh.630479>

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*, 1, 1803–1862. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80045-0](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80045-0)

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., & Watanabe, N. (2009). Horizontal equity in health care financing and delivery. *Health Economics*, 18(1), 23-46. <https://doi.org/10.1002/hec.1323>

World Health Organization. (2018). Health equity status report initiative: Flyer. <https://www.who.int/europe/publications/flyer---health-equity-status-report-initiative-2018>

World Health Organization & World Bank. (2022). *Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

Xue, Z., Liu, G., Wei, K., Zhang, C., Zeng, Q., Hu, S., ... & Li, L. (2025). Toward Equitable Access: Leveraging Crowdsourced Reviews to Investigate Public Perceptions of Health Resource Accessibility. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2502.10641>

BÖLÜM 3

KONUT FİYATLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÜZERİNE BİR UYGULAMA

ZEYNEP KARACA UZUNKAYA ¹

Giriş

Son yıllarda konut fiyatları, ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri olarak artan bir dikkatle incelenmektedir. Akademik literatürde konut fiyatları üzerine yapılan çok sayıda çalışma, bu fiyatların çok boyutlu ve karmaşık bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. Konut fiyatları, aynı ülke içerisinde bile bölgesel ve şehir bazında farklılık gösterebilmekte; gayrimenkul gelişimi farklı bölgelerde farklı evrelerde gerçekleşebilmektedir.

Piyasa ekonomisinde tüm varlıkların fiyatları piyasa mekanizması tarafından belirlenmektedir ve konut fiyatları da bu kapsamdan muaf değildir. İşletme perspektifinden değerlendirildiğinde, konut fiyatları; arazi edinimi, inşaat süreci ve satışa kadar olan tüm harcamalardan etkilenmektedir. Arz ve talep dengesi açısından bakıldığında ise, konut arz ve talebindeki değişimler fiyatlar üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Talep

¹ Doç. Dr., Erzurum Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, Orcid: 0000-0001-8046-7222

sabitken arzın artması fiyatları düşürürken, arzın azalması fiyatların yükselmesine yol açmaktadır.

Konut fiyatlarındaki farklılıklar büyük ölçüde konutun bulunduğu konum, çevresel özellikler, ulaşım olanakları ve doğal koşullar gibi unsurlardan kaynaklanmaktadır. Özellikle şehir merkezine yakın, yüksek kaliteli çevreye ve ulaşım kolaylığına sahip konutların fiyatları daha yüksek olmaktadır (Li vd., 2022: 781-782). Konut, çoğu hane halkı için toplam servetin en büyük kısmını oluşturmakta ve konut maliyetleri genellikle harcanabilir gelirin dörtte birini kapsamaktadır. Bu nedenle konut değerleri, hanehalkı tüketim davranışlarını etkileyerek genel ekonomik faaliyetler üzerinde önemli bir rol oynamaktadır.

Finansal sistem açısından bakıldığında, konutlar ipotek ve çeşitli kredi türlerinde teminat olarak kullanıldığı için, konut fiyatları bankalar ve finans kuruluşlarının bilançolarını doğrudan etkilemektedir. Konut fiyatlarındaki dalgalanmalar, 2008 finansal krizinde olduğu gibi, finans sektöründen başlayarak tüm ekonomik yapıyı etkileyebilecek sonuçlar doğurabilmektedir (Pashardes ve Savva, 2009: 4).

Konutun yalnızca bir barınma aracı değil, aynı zamanda güvenlik, konfor, yaşam kalitesi gibi unsurları da kapsayan çok yönlü bir varlık olması, konut piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayıran temel bir özelliktir. Konut piyasasında; sabit konum, heterojen yapı, yatırım ve tüketim malı olarak çift yönlü işlev gibi özellikler ön plana çıkmaktadır (Özsoy ve Şahin, 2022: 146).

Gayrimenkul sektörü, toplumsal üretim zincirinin her halkasında yer almakta ve uzun endüstriyel bağlantıları nedeniyle birçok sektörü doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, gayrimenkul sektörü hem temel bir sektör hem de ekonomik büyümenin

lokomotiflerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Ma, 2022: 103).

Konut fiyatlarını etkileyen faktörler arasında; merkezden uzaklık, altyapı, sosyoekonomik yapı, mimari özellikler, devlet politikaları, yasal düzenlemeler, gürültü seviyesi ve enflasyon gibi çok çeşitli unsurlar yer almaktadır. Ayrıca, arsa ihalesi yöntemleri, geliştiricilerin itibarı, fiyat politikaları ve spekülatif beklentiler de konut fiyatları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır (Nam ve Phuong, 2022: 1020).

Bu çalışmada, 2010-2024 dönemine ait Türkiye verileri kullanarak konut fiyatlarını etkileyen temel faktörler analiz edilecektir. Kurulan ekonometrik modelde bağımlı değişken konut fiyatlarıdır. Bağımsız değişkenler ise konut satışları, genç nüfus oranı, inşaat maliyetleri ve faiz oranıdır. Bu değişkenler üzerinden Türkiye konut piyasasındaki dinamikler ortaya konulacak ve politika yapıcılara yol gösterici öneriler sunulacaktır.

Literatür Özeti

Konut piyasası, ekonomik sistemin hem arz hem de talep yönlü bileşenleriyle doğrudan ilişkili olan, karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, konut fiyatlarını ve konut satışlarını etkileyen faktörler hem ulusal hem de uluslararası literatürde uzun süredir ilgi görmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar, konut fiyatlarının ve konut satışlarının ekonomik, demografik, sosyopolitik ve çevresel birçok değişkene duyarlı olduğunu ortaya koymuştur. Konut fiyatları, bir ülkenin ekonomik ve sosyal dinamikleri açısından önemli bir göstergedir. Ekonomik büyüme, faiz oranları, gelir düzeyi, nüfus artışı ve inşaat maliyetleri gibi birçok faktör konut fiyatlarını etkilemektedir.

Konut fiyatlarının belirlenmesinde en temel iki unsur arz ve taleptir. Dipasquale ve Wheaton (1996), konut piyasalarının kendine özgü yapısını analiz ederek konut arzının durağan doğası karşısında

talep şoklarının fiyatlar üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu vurgulamıştır. Özellikle arsa arzının sınırlı olduğu büyük şehirlerde, talep artışları fiyatları hızlı biçimde yukarı çekebilmektedir.

Makroekonomik göstergeler de konut piyasasını güçlü biçimde etkilemektedir. Glaeser vd. (2008), gelir düzeyindeki artışların konut talebini artırarak fiyatları yukarı çektiğini; faiz oranlarındaki düşüşlerin ise ipotekli kredi kullanımını teşvik ettiğini ve konut alımını kolaylaştırdığını belirtmiştir. Türkiye özelinde yapılan çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Örneğin, Çetin (2021), tüketici fiyat endeksi ve sanayi üretim endeksinin konut fiyatlarını negatif yönde, konut kredisi faiz oranı ve inşaat malzemeleri toptan eşya fiyat endeksinin ise pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Ong (2013), çalışmasında makroekonomik değişkenler ile konut fiyatları arasındaki ilişkiyi ölçmüştür. Malezya konut fiyatlarındaki artış eğiliminin gayri safi yurtiçi hasıla, nüfus, enflasyon oranı, inşaat maliyetleri, faiz oranı ve gayrimenkul kazanç vergisindeki değişikliklerle ilişkili olup olmadığını ampirik olarak incelemiştir. Ampirik veriler 2001-2010 yılları arasında Malezya Maliye Bakanlığı Değerleme ve Mülkiyet Hizmetleri Departmanından toplanmıştır. Çalışma, gayri safi yurtiçi hasıla, nüfus ve gayrimenkul kazanç vergisinin konut fiyatlarının temel belirleyicileri olduğuna dair ampirik sonuçlar sunmaktadır.

Demografik yapı, özellikle genç nüfusun oranı, konut talebini şekillendiren bir diğer önemli faktördür. Genç nüfusun artması, yeni hane oluşumları üzerinden konut talebini artırmakta ve bu durum piyasa üzerindeki baskıyı yükseltmektedir (Gabriel & Rosenthal, 2005). Türkiye gibi genç nüfusun yüksek olduğu ülkelerde, bu demografik baskının etkileri daha da belirgin olmaktadır.

Konut fiyatlarının mekânsal farklılıklar gösterdiği de literatürde sıkça vurgulanmıştır. Luo (2024), şehir merkezine yakınlık, ulaşım kolaylığı ve çevresel kalitenin konut fiyatları

üzerindeki pozitif etkilerini ortaya koyarken; Nam ve Phuong (2022), gürültü, altyapı eksiklikleri ve güvenlik gibi olumsuz çevresel koşulların konut fiyatlarını düşürdüğünü göstermiştir.

Türkiye üzerine yapılan bazı ampirik çalışmalar, konut satışlarının konut fiyatlarına duyarlılığını analiz etmiştir. Örneğin, Özsoy ve Şahin (2022), konutun hem tüketim hem de yatırım malı özelliğine sahip olması nedeniyle fiyat değişimlerinin hanehalkı davranışlarını ve tüketim kalıplarını etkilediğini vurgulamışlardır. Aynı zamanda konutun, bireylerin servetlerinin önemli bir bileşeni olması nedeniyle ekonomik istikrar açısından stratejik bir öneme sahip olduğunu ifade etmişlerdir.

Konut fiyatlarını etkileyen temel makroekonomik değişkenlerden biri de faiz oranlarıdır. Faiz oranlarının düşmesi, konut kredilerinin maliyetini azaltarak talebi artırmakta, bu da konut fiyatlarını yukarı çekmektedir (Iacoviello, 2005). Benzer şekilde, kişi başına düşen gelirdeki artış da konuta olan talebi ve dolayısıyla fiyatları artırıcı bir etkiye sahiptir (Goodman & Thibodeau, 2008).

Konut fiyatlarındaki artışlar sadece ekonomik değil, aynı zamanda sosyal etkiler de doğurmaktadır. Özellikle büyük şehirlerdeki konut fiyatlarındaki yükseliş, gelir dağılımı eşitsizliğini artırmakta ve düşük gelirli grupların barınma hakkını tehdit etmektedir (Glaeser, Gyourko & Saks, 2005).

Son yıllarda konut fiyatlarının bölgesel farklılıklar gösterdiği ve bu farklılıkların yerel ekonomik koşullar, altyapı yatırımları ve ulaşım imkânları gibi faktörlerden etkilendiği vurgulanmaktadır (Hilber & Vermeulen, 2016). Bu da konut piyasasının yalnızca ulusal değil, yerel düzeyde de analiz edilmesini gerekli kılmaktadır.

Sonuç olarak, konut fiyatlarını etkileyen faktörler arasında ekonomik büyüme, faiz oranları, demografik yapı, konut fiyatları ve mekânsal özellikler öne çıkmaktadır. Bu faktörlerin Türkiye örneğinde ampirik olarak test edilmesi, hem literatüre katkı

sağlamakta hem de konut piyasasına yönelik politika geliştirme süreçlerine önemli bilgiler sunmaktadır.

Yöntem ve Bulgular

Bu çalışmada, 2010–2024 dönemi için Türkiye’de konut fiyatlarını etkileyen faktörler ekonometrik bir model çerçevesinde analiz edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni konut fiyatlarıdır. Bağımsız değişkenler olarak konut satışları, genç nüfus oranı, inşaat maliyet endeksi ve faiz oranı kullanılmıştır. Bu değişkenlerin seçiminde hem literatürdeki bulgular hem de Türkiye’ye özgü makroekonomik ve demografik dinamikler dikkate alınmıştır (Glaeser vd., 2008; Özsoy ve Şahin, 2022). Konut fiyatları, faiz oranı ve konut satışları Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası internet sitesinden; genç nüfus oranı, inşaat maliyet endeksi değişkenleri ise Türkiye İstatistik Kurumu internet sitesinden temin edilmiştir.

Analize başlamadan önce zaman serilerinin durağanlık düzeylerini belirlemek amacıyla birim kök testleri uygulanmıştır. Bu kapsamda Augmented Dickey-Fuller (ADF) testi kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre, tüm değişkenlerin seviye değerlerinde durağan olmadıkları, ancak ikinci farkları alındığında durağan hale geldikleri (I(2)) tespit edilmiştir. Bu nedenle tüm seriler ikinci farkları alınarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin aynı derecede bütünleşik (I(2)) olması, eşbütünleşme analizini dışarda bırakmakta; bu durumda uygun olan modelleme tekniği durağanlaştırılmış serilerle klasik regresyon yöntemidir. Bu doğrultuda, model en küçük kareler yöntemi (Ordinary Least Squares – OLS) ile tahmin edilmiştir. OLS yöntemi, ilişkiyi açıklayan regresyon katsayılarının tahmininde yaygın olarak kullanılan parametrik bir yöntem olup, hataların klasik varsayımları sağladığı durumda güvenilir sonuçlar sunmaktadır (Gujarati, 2003).

Modelin genel formu aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir:

$$\Delta^2 \text{KONUTFIY}_t = \beta_0 + \beta_1 \Delta^2 \text{KONUTSAT}_t + \beta_2 \Delta^2 \text{GNCNUF}_t + \beta_3 \Delta^2 \text{FAIZ}_t + \beta_4 \Delta^2 \text{INSAATMAL}_t + \varepsilon_t$$

Burada,

Δ^2 : ikinci fark operatörünü,

KONUTSAT: konut satışlarını,

KONUTFIY: konut fiyatlarını,

GNCNUF: genç nüfus oranını,

INSAATMAL: inşaat maliyetini,

FAIZ: faiz oranlarını temsil etmektedir.

Modelin tahmininde, hata teriminin klasik varsayımları (normallik, otokorelasyon ve değişen varyans) test edilmiş; gerekli tanısal kontroller gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1’de değişkenlerin durağanlık değerleri yer almaktadır.

Tablo 1. ADF Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	I(2) ADF Birim Kök Testi Prob. Değeri
Konut Satışı	0.0252
Konut Fiyatları	0.0181
Genç Nüfus Oranı	0.0032
Faiz Oranı	0.0380
İnşaat Maliyeti	0.0310

Tablo 1’de görüldüğü gibi değişkenlerin hepsine ait ADF birim kök test sonuçları %5 anlamlılık düzeyinde değişkenlerin ikinci dereceden durağan olduğunu göstermektedir. Değişkenlerin ikinci farkları alınarak kurulan model Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Model Tahmin Sonuçları

Değişkenler	Katsayı	Standart Hata	t-istatistik	Prob.
İnşaat maliyeti	3.365359	0.483163	6.965267	0.0009
Faiz oranı	-289.2359	140.2224	-2.062694	0.0941
Konut satış	-0.024266	0.006492	-3.737820	0.0135
Genç nüfus oranı	0.023952	0.012961	1.847947	0.1239
Sabit terim	-274888.1	167216.0	-1.643910	0.1611
R2 değeri	0.992655			
F-istatistik	168.9235			
Prob (F-istatistik)	0.000016			

Tablo 2’ye göre inşaat maliyetleri ile konut fiyatları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Katsayı değeri 3.37 olup, bu durum inşaat maliyetlerinde bir birimlik artışın konut fiyatlarını yaklaşık 3.37 birim artırdığını göstermektedir. Bu sonuç, maliyet artışlarının fiyatlara doğrudan yansıdığını ortaya koymaktadır. Faiz oranlarının konut fiyatları üzerinde negatif yönlü etkisi vardır. Faiz oranı katsayısı -289.24 olup, bu oranlar arttığında konut fiyatlarının azaldığını göstermektedir. Etki istatistiksel olarak %10 anlamlılık düzeyinde sınırda anlamlıdır. Bu, faiz oranlarının kredi maliyetini artırarak konut talebini baskıladığını göstermektedir. Konut satışları ile konut fiyatları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki gözlemlenmektedir. Satışlardaki artışın konut fiyatlarını azalttığı görülmektedir. Katsayı -0.024 olup, bu durum talep yönlü dinamikler ya da stokların eritilmesine bağlı olarak fiyatlar üzerinde aşağı yönlü baskı oluşabileceğini düşündürmektedir. Genç nüfus oranının konut fiyatları üzerindeki

etkisi pozitifdir ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Katsayı 0.024 civarındadır. Bu sonuç, genç nüfusun artışının konut talebini artırdığına işaret etse de mevcut modelde bu etkinin güçlü bir şekilde ortaya çıkmadığı anlaşılmaktadır. Sabit terim istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu, modelde bağımsız değişkenler dışında kalan sabit etkilerin fiyatlar üzerindeki katkısının belirgin olmadığını göstermektedir. $R^2 = 0.9927$ model bağımlı değişkendeki (konut fiyatı) değişimin %99.3'ünü açıklamaktadır. Bu oldukça yüksek bir açıklayıcılık düzeyidir. **F-istatistik ve p-değeri** modelin genel anlamda anlamlı olduğunu göstermektedir ($p = 0.000016$). Modelin geçerliliğini test etmek için otokorelasyon, değişen varyans ve normal dağılım sınamaları yapılmıştır. Bu sonuçlar Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Model Geçerlilik Varsayımları Sınama Sonuçları

Normal Dağılım	Jarque-Bera	0.350790
	Prob.	0.839126
Değişen Varyans	Prob.	0.5107
Otokorelasyon	Prob.	0.9365

Tablo 3'te görüldüğü gibi modelin artıklarında:

- Normal dağılım sağlanmış,
- Varyans sabit,
- Otokorelasyon yok.

Bu da regresyon varsayımlarının büyük oranda sağlandığını ve tahmin sonuçlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada Türkiye'de konut fiyatlarını etkileyen temel belirleyiciler incelenmiş ve 2010–2024 dönemine ait yıllık verilerle bir regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, konut fiyatlarının özellikle inşaat maliyetleri, faiz oranları ve konut

satışları gibi ekonomik değişkenlerden anlamlı düzeyde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Analiz sonuçlarına göre, inşaat maliyetleri konut fiyatlarını pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Bu durum, maliyetlerdeki artışların doğrudan fiyatlara yansıdığını göstermektedir. Faiz oranı değişkeni ise negatif yönlü ve %10 düzeyinde anlamlı bir ilişki sunmakta, bu da konut talebinin kredi maliyetleri üzerinden faiz oranlarına duyarlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, konut satışları değişkeni ile konut fiyatları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgu, piyasa doygunluğunun veya stokların etkisiyle fiyatlar üzerinde aşağı yönlü baskı oluşabileceğine işaret etmektedir. Modelin tanı testlerinden elde edilen sonuçlar, artık terimlerin normal dağılıma sahip olduğunu, değişen varyans ve otokorelasyon sorunlarının bulunmadığını göstermektedir. Modelin yüksek açıklayıcılığı ($R^2 = 0.99$) ve anlamlılığı da (F-istatistiği) dikkate alındığında, sonuçların güvenilir olduğu değerlendirilmektedir. Genel olarak bu çalışma, Türkiye konut piyasasında fiyat oluşumunun arz yönlü (maliyet) ve talep yönlü (faiz, satış hacmi) dinamiklerin etkileşimiyle şekillendiğini göstermektedir.

Çalışmanın bulguları, konut fiyatlarının özellikle inşaat maliyetleri ve faiz oranlarından etkilendiğini göstermektedir. Özellikle kamu destekli arsa tahsisi, hammadde sübvansiyonları veya vergi teşvikleri yoluyla konut fiyatları üzerindeki maliyet baskısını hafifletebilir. Konut kredisi faiz oranlarında istikrarın sağlanması, özellikle dar gelirli grupların konuta erişimini kolaylaştıracaktır. Konut satışlarındaki artışın fiyatlar üzerinde aşağı yönlü bir etki yaratması, arz-talep dengesinin önemine işaret etmektedir. Bu nedenle planlı konut üretimi ve bölgesel arz-talep analizlerine dayalı konut projeleri geliştirilmelidir. Genç nüfusun konut fiyatları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da, gelecekteki konut talebi açısından bu grubun desteklenmesi önem arz etmektedir. Bu bağlamda, genç bireylerin ilk konut

alımlarında vergi indirimleri ve düşük faizli kredi imkânları sunulabilir.

Bu çalışma yıllık verilerle gerçekleştirilmiş olup, bazı değişkenlerin etkilerini sınırlı bir zaman diliminde yansıtmaları olasıdır. İleriki çalışmalarda aylık veya çeyreklik veriler kullanılarak daha dinamik analizler gerçekleştirilebilir. Bölgesel farklılıklar dikkate alınarak, büyükşehirler ile kırsal bölgeler arasında konut fiyatlarını etkileyen faktörlerin karşılaştırmalı analizi yapılabilir. Çalışmaya gelir dağılımı, işsizlik oranı, göç hareketleri gibi sosyal ve demografik değişkenler entegre edilerek daha kapsamlı modeller geliştirilebilir. Son olarak, zaman serisi analizlerine ek olarak nedensellik testleri (Granger nedenselliği vb.) ile değişkenler arasındaki yönlü ilişkiler de incelenebilir.

Kaynakça

Çetin, A. C. 2021. Türkiye’de Konut Fiyatlarına Etki Eden Faktörlerin Analizi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi, 5(1), 1-30.

Dipasquale, D., & Wheaton, W. C. 1996. Urban economics and real estate markets. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall.

Gabriel, S. A., & Rosenthal, S. S. 2005. Homeownership in the 1980s and 1990s: Aggregate trends and racial gaps. *Journal of Urban Economics*, 57(1), 101–127.

Glaeser, E. L., Gyourko, J., & Saks, R. E. 2005. Why Have Housing Prices Gone Up?. *American Economic Review*, 95(2), 329–333.

Glaeser, E. L., Gyourko, J., & Saiz, A. 2008. Housing supply and housing bubbles. *Journal of Urban Economics*, 64(2), 198–217.

Goodman, A. C., & Thibodeau, T. G. 2008. Where Are the Speculative Bubbles in US Housing Markets?. *Journal of Housing Economics*, 17(2), 117–137.

Gujarati, D. N., & Porter, D. C. 2003. Basic econometrics (4th ed.). McGraw-Hill Education.

Hilber, C. A. L., & Vermeulen, W. 2016. The Impact of Supply Constraints on House Prices in England. *The Economic Journal*, 126(591), 358–405.

Iacoviello, M. 2005. House Prices, Borrowing Constraints, and Monetary Policy in the Business Cycle. *American Economic Review*, 95(3), 739–764.

Li, Na, Li, Rita Yi Man, Nuttapong, Jotikasthira. 2022. Factors affect the housing prices in China: a systematic review of

papers indexed in Chinese Science Citation Database, Property Management, 40(5), 780-796.

Luo, Ernuo. 2024. The Impact of Urban Planning on House Prices in China, *Advances in Economics Management and Political Sciences*, 96(1), 194-203.

Ma, Rong. 2022. Research on the Main Factors Affecting House Prices, *Academic Journal of Business & Management*, 4(3), 103-105.

Nam, Pham Phuong, Phuong, Tran Trong. 2022. Factors affecting commercial housing prices in Vietnam, *International Journal of Housing Markets and Analysis*, 15(5), 1019-1032.

Olanrewaju, A., Lim, X. Y., Tan, S. Y., Lee, J. E., Adnan, H. 2018. Factors Affecting Housing Prices In Malaysia: Analysis Of The Supply Side, *Journal of the Malaysian Institute of Planners*, 16(2), 225-235.

Ong, Tze San. 2013. Factors Affecting the Price of Housing in Malaysia, *Journal of Emerging Issues in Economics, Finance and Banking*, 1(5), 414-429.

Özsoy, Onur, Şahin, Hasan. 2022. Factors affecting housing prices in Izmir, Turkey: a quantile regression approach, *International Journal of Housing Markets and Analysis*, 15(1), 145-164.

Pashardes, Panos, Savva, Christos S. 2009. Factors Affecting House Prices in Cyprus: 1988-2008, *Cyprus Economic Policy Review*, Vol. 3, No. 1, 3-25.

TOPLUMSAL REFAHIN DİNAMİKLERİ

“HALK SAĞLIĞI, KONUT FİYATLARI VE
SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM ÜZERİNE
ANALİZLER”

