

Sağlık ekonomisi ve sağlık harcamalarının makroekonomik etkileri

Prof. Dr. Yusuf Çelik



Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nden 1990 yılında mezun oldu. Yüksek lisans ve doktorasını Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalında tamamladı. Hacettepe ve Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümlerinde sağlık politikası, sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık yönetimi konularında lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde dersler verdi. Hâlen Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde proje ve yayınlara sahiptir.

Sağlık harcamaları, sağlık sonuçları ve ekonomik performans arasında kritik bir kesişim noktasıdır. Ekonomiler geliştikçe, sağlık yatırımlarının rolü giderek daha önemli hâle gelmekte; verimliliği, iş gücü arzını ve makroekonomik istikrarı etkilemektedir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, gelişmiş kamu sağlığı ile sürdürülebilir ekonomik performans arasındaki çift yönlü nedenselliği vurgulayan çalışmalarla kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Bu makale, sağlık ekonomisinin teorik ve ampirik temellerini incelemekte ve sağlık harcamalarının makroekonomik etkilerini çeşitli bağlamlarda değerlendirmektedir. Ayrıca, sürdürülebilir kalkınma için dengeli sağlık yatırımı stratejilerinin gerekliliğini vurgulayan politika çıkarımlarını tartışmaktadır.

Sağlık ekonomisi ve bunun makroekonomik etkileri, dünya çapında politika tartışmalarının merkezindedir. Sağlık harcamaları, hem yaşam kalitesini artıran bir tüketim mali hem de uzun vadeli verimliliği ve ekonomik büyümeyi destekleyen bir yatırım mali olarak görülmektedir.

Gelişmiş ekonomilerde artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirlik konusunda endişelere yol açarken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine yetersiz yatırım iş gücü verimliliğini ve ekonomik ilerlemeyi kısıtlamaktadır.

Sağlık ekonomisi, sağlık sistemlerindeki kaynakların verimli tahsisine odaklanır ve sağlık hizmetlerinin maliyet, fayda ve eşitliğini inceler. Öte yandan makroekonomik çalışmalar, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYH), istihdam ve yoksulluğun azaltılması gibi göstergeler üzerindeki toplam etkilerini dikkate alır. Son araştırmalar, kamu sağlık harcamalarındaki yüzde 10'luk bir artışın, özellikle güçlü beşerî sermaye temellerine sahip ülkelerde, GSYH büyümesine önemli katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Bu makale şu araştırma sorularını ele almaktadır: I) Sağlık harcamaları makroekonomik performansı nasıl etkiler? II) Sağlık ekonomisi ile ekonomik büyüme arasındaki bağı açıklayan teorik çerçeveler nelerdir? III) Sağlık harcamalarının olumlu ve olumsuz makroekonomik etkilerine dair hangi ampirik kanıtlar mevcuttur?

Sağlık Ekonomisi ve Makroekonomik Büyüme Üzerine Teorik Perspektifler

Sağlık harcamaları, makroekonomik performans ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi açıklayan çeşitli teorik modeller mevcuttur. Bu modeller genellikle sağlığın, beşerî sermaye, içsel büyüme ve verimlilik unsurları üzerinden ekonomik büyümede oynadığı role vurgu yapar. Aşağıda en dikkat çeken modeller yer almaktadır:

Beşerî Sermaye (Human Capital) Teorisi

Sağlık ekonomisinin makroekonomik performansla bağlantısının temeli, beşerî sermaye teorisine dayanmaktadır. Sağlık, verimliliği, bilişsel gelişimi ve iş gücü piyasasına katılımı etkileyen beşerî sermayenin temel bir bileşeni olarak kabul edilir. Daha sağlıklı nüfuslar, daha verimli iş gücü, daha uzun çalışma ömürleri ve azalan devamsızlık oranlarıyla katkıda bulunur. Becker'in beşerî sermaye modeli, eğitim ve sağlık yatırımlarının, fiziksel sermaye yatırımlarıyla benzer getiriler sağladığını ve GSYH büyüme eğilimlerini etkilediğini

ileri sürer. Becker, Human Capital (1975) adlı eserinde beşerî sermayeyi, bireyin üretkenliğini ve kazanç potansiyelini artıran beceri, sağlık ve bilgi seti olarak kavramsallaştırmıştır. Becker'in beşerî sermaye modeli, eğitim, mesleki eğitim ve sağlık yatırımlarını fiziksel sermaye yatırımlarına benzer şekilde ele alır. Nasıl ki makineler ve altyapı üretimi artırıyorsa, beşerî sermayeye yapılan yatırımlar da bireylerin ve dolayısıyla ekonominin üretken kapasitesini artırır.

Bireyler ve hükümetler, beklenen getiriler (örneğin daha yüksek ücret, artan verimlilik veya ekonomik büyüme) yatırım maliyetlerini (örneğin sağlık harcamaları veya eğitim ücretleri) aştığında beşerî sermayeye yatırım yaparlar. Becker, genel beşerî sermaye (işler arasında transfer edilebilen beceriler) ve özel beşerî sermaye (yalnızca belirli işverenlere özgü beceriler) arasında ayrım yapmıştır. Sağlıktaki iyileşmeler genellikle genel beşerî sermaye kategorisine girer ve tüm ekonomiye fayda sağlar. Model, sağlık ve eğitim arasındaki tamamlayıcılıklara vurgu yapar. Sağlıklı bireyler daha iyi öğrenir, eğitilmiş bireyler ise daha sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme konusunda daha yetkindir; bu da beşerî sermaye birikiminin pekiştirici bir döngüsünü oluşturur. Becker'in çerçevesi, sağlık harcamalarını yalnızca tüketim olarak değil, ekonomik büyümenin bir motoru olarak konumlandırması nedeniyle sağlık ekonomisinde özellikle önemlidir. Becker'in teorisine göre sağlık iyileşmeleri, iş gücüne katılım oranlarını artırır, devamsızlığı azaltır ve bilişsel yetenekleri geliştirir; tüm bunlar makroekonomik açıdan olumlu sonuçlar doğurur.

Solow Büyüme Modeli ve Uzantıları

Solow büyüme modelinde sağlık, verimliliğin bir belirleyicisi olarak geliştirilmiştir. Bu çerçevede sağlık harcamaları, iş gücü girdilerinin verimliliğini artırarak toplam faktör verimliliğinin yükselmesine katkıda bulunur. İçsel büyüme modelleri ise nüfus sağlığında meydana gelen sürekli iyileşmelerin, teknolojik benimsemeyi ve yenilikçiliği teşvik ederek uzun vadeli ekonomik büyümeyi sürdürebileceğini öne sürmektedir.

Klasik Solow Büyüme Modeli (Solow, 1956), çığır açıcı olmasına rağmen, başlangıçta ekonomik büyümenin temel belirleyicileri olarak yalnızca fiziksel sermaye, iş gücü ve teknolojiyi dikkate

almıştır. Ancak sonraki ampirik bulgular, uzun vadeli büyümeyi sürdürmede beşerî sermayenin -özellikle eğitim ve sağlığın- kritik rolünü vurgulamıştır. Bu nedenle, Mankiw, Romer ve Weil (1992) gibi ekonomistler, Solow modelini beşerî sermayeyi ek bir üretim faktörü olarak içerecek şekilde genişletmiştir. Bu yaklaşımlar, ülkeler arasındaki gelir farklılıklarını ve sağlık yatırımlarının makroekonomik performans üzerindeki etkilerini açıklamada oldukça faydalı olmuştur. Daha sağlıklı nüfuslar daha üretkendir, daha hızlı öğrenir ve yenilik ile iş gücü piyasasına daha fazla katkı sağlar. Örneğin Sinha (2024), Hindistan'da kamu sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu eyaletlerin, daha yüksek denge gelir seviyelerine daha hızlı yakınsadığını belirterek Solow çerçevesinde sağlıkla desteklenen beşerî sermayenin önemini vurgular.

Genişletilmiş Solow modeli, sağlık hizmetlerini iş gücü verimliliğini doğrudan etkileyen bir unsur olarak görür. Sağlıklı bireyler daha uzun saatler çalışabilir, yeni teknolojilere daha kolay uyum sağlar ve hastalık nedeniyle işten geri kalma olasılıkları daha düşüktür. Bishnoi ve Boora (2025), Hindistan'ın Kerala eyaleti gibi sağlık yatırımlarının görece yüksek olduğu bölgelerin, daha sağlıklı ve daha iyi eğitilmiş iş gücü sayesinde daha yüksek büyüme oranları sergilediğini savunmaktadır.

Bunun yanı sıra, sağlık sonuçlarındaki iyileşmeler yaşam beklentisini artırabilir, bu da bireylerin daha uzun süre iş gücünde kalmasına ve daha fazla deneyim kazanmasına olanak tanır; bu durum uzun vadede ekonomik çıktıya katkı sağlar. Böylece daha iyi sağlık, daha yüksek verimlilik ve gelir yaratır; bu da daha fazla sağlık yatırımı yapılmasını mümkün kılar ve olumlu bir döngü oluşturur.

Teknolojik değişim, Solow modelinin merkezinde yer alır ve sağlık, teknoloji benimsemenin faydalarını artırabilir. Yeterli beslenmiş ve bilişsel açıdan sağlıklı bir nüfus, gelişmiş teknolojileri daha etkili bir şekilde kullanabilir ve bu da toplam faktör verimliliğini artırır. Ramnebro (2025), iyi sağlık sistemlerine sahip ülkelerde doğrudan yabancı yatırımların ve teknoloji transferlerinin daha etkili olduğunu çünkü çalışanların yeni teknolojileri daha iyi kullanabildiğini vurgular.

Geliştirilmiş Solow modeli, sağlık politikalarının sürdürülebilir ekonomik büyüme için daha geniş bir stratejinin parçası olması gerektiğinin altını çizer. Önleyici sağlık hizmetleri, hastalık kontrolü ve beslenmeye yapılan yatırımlar yalnızca refahı artırmakla kalmaz, aynı zamanda kaliteye göre düzeltilmiş iş gücü arzını artırarak üretim fonksiyonunu yukarı doğru kaydırır. Sağlık harcamalarını büyüme stratejilerine dahil etmeyen ülkeler, düşük denge büyüme patikalarında sıkışıp kalabilirler.

Grossman Sağlık Sermayesi Modeli (1972)

Michael Grossman'ın modeli (1972), Becker'in beşerî sermaye kavramını genişleterek sağlığı, yaşla birlikte yıpranan ve sağlık yatırımlarıyla artırılabilen dayanıklı bir sermaye stoku olarak ele alır. Bireyler, tıbbi bakım, egzersiz, beslenme ve diğer girdiler aracılığıyla "sağlık üretirler". Makroekonomide bu model, kamu ve özel sağlık harcamalarının iş gücü verimliliğini ve dolayısıyla GSYH'yi doğrudan nasıl etkilediğini açıklar.

Sağlık, hem bir tüketim malı (fayda sağlayan) hem de bir yatırım malıdır (üretken zamanı ve kazanç potansiyelini artırır). Sağlık harcamaları iki yönlü bir rol oynar: (a) Tüketim olarak sağlık, yaşam kalitesini artırarak bireysel refahı yükseltir, (b) yatırım olarak ise sağlık, daha sağlıklı bir iş gücüne yol açarak dolaylı yoldan verimliliği artırır. Bu çift yönlü rol, politika önceliklerini anlamak açısından kritik öneme sahiptir; zira ülkeler, sağlık harcamalarının kısa vadeli refah faydaları ile uzun vadeli ekonomik getirileri arasında denge kurmak zorundadır.

Diğer Modeller

İçsel Büyüme Teorileri, beşerî sermaye birikimini -sağlık dâhil- sürdürülebilir büyümenin bir motoru olarak ele alır. Sağlık yatırımları, etkin iş gücü stokunu artırır ve eğitim ile verimlilikte olumlu dışsallıklar (spillover etkileri) yaratır. Sağlık harcamaları, ölçek getirilerini artıran ve uzun vadeli büyümeyi destekleyen yenilik ve bilgi birikiminin itici gücü olarak görülür. Örneğin Lucas (1988), sağlıklı bireylerin bir ekonomide kolektif üretkenliği artırdığını öne sürerek beşerî sermaye dışsallıklarının altını çizmiştir.

Bloom-Canning-Seiler Sağlık ve Ekonomik Büyüme Modeli, David Bloom ve çalışma arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş olup sağlığı iş gücü

verimliliği, demografik değişimler ve tasarruf davranışları aracılığıyla ekonomik büyümeye bağlar. Daha sağlıklı nüfuslar daha uzun yaşar, emeklilik için daha fazla tasarruf yapar ve daha yüksek iş gücü katılımına katkıda bulunur. Bu model, "sağlıktan servete" geri besleme döngüsünü vurgular; yani daha iyi sağlık sonuçları ekonomik büyümeyi hızlandırır ve bu da daha yüksek sağlık harcamalarını finanse eder.

Nesiller Üstü Modeller (Overlapping Generations Models - OLG), sağlık hizmetleri ve demografik yapıları uzun vadeli ekonomik büyüme analizine entegre eder. Bu modeller, yaşlanan toplumlarda sağlık harcamalarının iş gücü verimliliğini, tasarrufları ve emeklilik sistemlerini nasıl etkilediğini inceler. OLG modelleri, makroekonomik politika araştırmalarında, özellikle sağlık ve sosyal programların mali sürdürülebilirliğini analiz etmek için yaygın olarak kullanılır.

Nelson-Phelps Teknoloji Yayılımı Modeli (1966), beşerî sermayenin (sağlık dâhil) bir toplumun yeni teknolojileri benimseme ve uygulama yeteneğini artırdığını ileri sürer. Daha sağlıklı nüfuslar yeniliklere daha hızlı uyum sağlayabilir ve bu da daha yüksek üretkenlik artışına yol açar. Model, sağlık harcamalarının teknoloji benimseme verimliliğini artırarak büyümeyi dolaylı olarak teşvik ettiğini gösterecek şekilde genişletilmiştir.

Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Sonuçlar Üzerine Ampirik Kanıtlar

Olumlu Etkiler

Çeşitli ampirik çalışmalar, sağlık harcamaları ile ekonomik performans arasında güçlü ve pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Örneğin Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), Tayland'ın sağlık farkındalık politikalarının, hastalık prevalansını azaltarak ve iş gücü katılımını artırarak beklenen GSYH büyümesine önemli ölçüde katkı sağladığını tespit etmiştir. Benzer şekilde, Mikava ve Gabritchidze (2025), bulaşıcı olmayan hastalık yönetimi yatırımlarının, uzun vadede sağlık maliyetlerini düşürürken iş gücü verimliliğini artıracıcağını vurgulamaktadır.

Schindler ve Scott (2025) tarafından yapılan çok ülkeli bir çalışma, kronik hastalıkların Birleşik Krallık'ta yıllık üretkenliğin yüzde 7'sinden fazlasını

kaybettirdiğini ortaya koymuştur. Araştırmacılar, etkili sağlık harcamalarının uzun dönemli engellilikleri önleyerek ve sağlık yükünü azaltarak bu kayıpları hafiflettiğini savunmaktadır.

Olumsuz ve Nötr Etkiler

Faydalarına rağmen, aşırı veya verimsiz sağlık harcamaları nötr veya olumsuz makroekonomik etkilere yol açabilir. Verimsiz sağlık sistemlerinin bulunduğu ülkelerde yüksek harcamalar, iyi sağlık sonuçları veya verimlilik artışları ile sonuçlanmayabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin aşırı kamu borçlanmasıyla finanse edilmesi, enflasyon ve borç birikimi gibi makroekonomik dengesizliklere neden olabilir.

Sağlık Harcamalarının Makroekonomik Etkileri

Sağlık harcamaları, makroekonomik sonuçları doğrudan ve dolaylı birçok kanal üzerinden etkiler. Bu kanallar arasında verimlilik artışı, iş gücü katılımı, demografik değişimler ve mali etkiler yer alır.

Sağlık yatırımları, devamsızlığı ve düşük verimlilikle çalışmayı (presenteeism) azaltarak üretkenliği artırır. Daha sağlıklı çalışanlar görevlerini daha verimli bir şekilde yerine getirir, bu da iş gücü saat başına üretimi artırır. Örneğin Birleşik Krallık'ta diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik rahatsızlıklar, yıllık GSYH'nin yüzde 3-4'ü kadar üretkenlik kaybına neden olmaktadır. Önleyici sağlık programları bu kayıpları azaltabilir.

Sağlık sonuçlarındaki iyileşmeler, daha yüksek yaşam beklentisi ve düşük bebek ölüm oranlarıyla birlikte iş gücü dinamiklerini etkiler. Sağlıklı ve daha uzun yaşayan bir nüfus, aktif iş gücünü koruyarak ve bağımlılık oranını düşürerek ekonomik büyümeye katkıda bulunur. Buna karşılık, sağlık yatırımlarının yetersiz olduğu ülkelerde yüksek hastalık yükü, iş gücü arzını azaltır ve sosyal koruma harcamalarını artırır.

Sağlık harcamaları, özellikle yüksek gelirli ülkelerde, devlet bütçelerinin önemli bir bileşenidir. Artan sağlık yatırımları uzun vadede verimlilik artışı yoluyla mali faydalar sağlasa da açık finansmanla desteklenirse kamu maliyesi üzerinde baskı yaratabilir. Örneğin 2000'li yılların başında Güney Afrika'nın HIV/AIDS programlarına yönelik kamu sağlık finansmanını azaltması, artan hastalık

yükü ve ölüm oranları nedeniyle ekonomik maliyetleri ciddi şekilde artırmış, bu da mali yükü büyütüştür.

Sağlık harcamaları, tıbbi teknolojiler ve ilaçlardaki yenilikleri teşvik ederek sektörler arası olumlu yayılma etkileri yaratır. Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), sağlık araştırmalarına ve dijital sağlık altyapısına öncelik veren ülkelerin, teknolojik benimseme sürecini hızlandırarak ekonomik büyümeyi teşvik ettiğini belirtmektedir.

Sağlık Harcamalarının Makroekonomik Etkileri Üzerine Küresel Bazı Örnekler

Tayland'ın kapsamlı sağlık farkındalık politikası, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi nasıl desteklediğine dair önemli bir örnektir. Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), önleyici sağlık programlarına yapılan yatırımların hastane başvurularını ve iş gücü devamsızlığını azalttığını, bunun da 2025 yılına kadar GSYH'de yüzde 2'lik bir artış sağladığını göstermektedir. Ülkenin evrensel sağlık sigortası (UHC) odaklı yaklaşımı, sürdürülebilir büyümenin kritik bileşenleri olan eşitlik ve sosyal istikrarı da güçlendirmiştir.

Schindler ve Scott (2025), kronik hastalıkların Birleşik Krallık'ta önemli makroekonomik maliyetlere yol açtığını, iş gücü verimliliğini etkilediğini ve sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığını vurgulamaktadır. Ulusal Sağlık Servisi (NHS) her yıl kronik hastalıkların tedavisi için milyarlarca pound harcarken, dolaylı ekonomik maliyetler (örneğin iş gücü kaybı) doğrudan tıbbi maliyetleri aşmaktadır. Bu bulgu, sağlık müdahalelerinin ve artan önleyici harcamaların önemini ortaya koymaktadır.

Mikava ve Gabritchidze (2025), Gürcistan'daki bulaşıcı olmayan hastalıkların ekonomik yükünü ve yetersiz sağlık altyapısının ekonomik kalkınmayı nasıl engellediğini tartışmaktadır. Çalışmaları, kamu sağlık sistemine yapılan hedefli yatırımların, uzun vadede tedavi maliyetlerini azaltarak ve iş gücü etkinliğini artırarak harcamaların 3-4 katı oranında geri dönüş sağlayabileceğini göstermektedir.

Evans (2025), Güney Afrika'da HIV/AIDS ve tüberküloz programlarına yönelik kamu sağlık harcamalarındaki kesin-

tilerin, düşük verimlilik ve artan sağlık maliyetleri gibi ciddi makroekonomik sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Çalışma, sağlık bütçelerinde kısa vadeli mali kısıtlamaların, artan hastalık yükü nedeniyle uzun vadeli ekonomik durgunluğa yol açabileceğini öne sürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık harcamalarının makroekonomi ve ekonomik büyüme üzerindeki etkilerine ilişkin tartışmalar ve ampirik bulgular temelinde aşağıdaki öneriler öne çıkmaktadır:

a. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi:

Aşı programları ve yaşam tarzı müdahaleleri gibi önleyici önlemler, uzun vadede önemli ekonomik faydalar sağlamaktadır. Örneğin Tayland'ın sağlık politikaları, önleyici sağlık hizmetlerinin hastane başvurularını azaltarak iş gücü verimliliğini artırdığını göstermektedir.

b. Sağlık finansmanı mekanizmalarının güçlendirilmesi:

Devletler, bütçe açıklarına aşırı bağımlılığı önlemek için kamu-özel iş birlikleri ve sağlık sigortası modelleri dâhil olmak üzere sürdürülebilir finansman mekanizmalarını benimsemelidir. Evans (2025), yetersiz finanse edilen sağlık sistemlerinin ekonomik maliyetinin, bütçe kesintilerinden kaynaklanan mali tasarrufları fazlasıyla aşabileceğini vurgulamaktadır.

c. Sağlığın makroekonomik planlamaya entegrasyonu:

Sağlık harcamaları tek başına ele alınmamalı, makroekonomik planlamanın ayrılmaz bir parçası olarak görülmelidir. Sağlık yatırımını daha geniş ekonomik politikaların içine yerleştiren ülkeler, daha yüksek ve kapsayıcı büyüme oranlarına ulaşmaktadır.

d. Teknolojik yeniliklerin teşvik edilmesi:

Dijital sağlık altyapısı ve biyoteknoloji yatırımları, sağlık hizmeti sunumunu geliştirirken uzun vadeli sağlık maliyetlerini düşürmek için kritik öneme sahiptir. Sağlık odaklı teknolojik yenilikler, özellikle yüksek teknoloji sektörlerinde ekonomik büyümenin katalizörü olarak hareket edebilir.

kanıtlara rağmen çeşitli zorluklar devam etmektedir:

- Yatırım getirilerinin ölçülmesi:

Sağlık harcamalarının makroekonomik getirilerini nicelendirmek, yatırım ile etki arasındaki zaman gecikmesi nedeniyle oldukça karmaşıktır.

- Erişim eşitsizliği:

Kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık hizmeti erişimindeki eşitsizlikler, sağlık yatırımlarının ekonomik faydalarını sınırlandırabilir.

- Yaşlanan nüfus:

Nüfus yaşlanmasıyla birlikte sağlık harcamaları önemli ölçüde artacak ve bu da devletler için mali zorluklar yaratacaktır.

Gelecekteki araştırmalar, sağlık harcamalarını uzun vadeli büyümeyi etkileyen içsel bir değişken olarak ele alan dinamik makroekonomik modelleme üzerine yoğunlaşmalıdır. Sağlık harcamaları, yalnızca sosyal yatırımlar değil; aynı zamanda verimliliği, istihdamı ve uzun vadeli mali istikrarı şekillendiren stratejik ekonomik araçlardır. Diğer ülkelerden elde edilen ampirik kanıtlar, etkili sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini, sağlık hizmetlerine yetersiz yatırım yapılmasının veya kaynakların yanlış tahsis edilmesinin ise ciddi makroekonomik sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Politikacılar, sağlık hizmetlerinin ekonomik planlamadaki merkezi rolünü kabul etmeli ve önleyici bakım, sürdürülebilir finansman ve yenilikçiliğe öncelik vermelidir.

Kaynaklar

Abrianti, S., & Suchaina, S. (2025). Peran Pendidikan dan Kesehatan dalam Mengurangi Ketimpangan dan Kemiskinan di Indonesia: Pendekatan Human Capital. *Jurnal Ekonomi-Qu*, 15(1), 56-65. <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/Ekonomi-Qu/article/view/34720> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Barma, R., Reza, F., Kabir, Z., Shammi, M., & Tareq, S. M. (2024). Implementation of environmental management plans in the transport sector development projects: A case study of two mega projects in Bangladesh. *Case Studies on Transport Policy*, 18, 101298.

Becker, G. S. (1975). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. Second Edition*, National Bureau of Economic Research, New York. <https://www.nber.org/system/files/chapters/c3730/c3730.pdf> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Bishnoi, N. K., & Boora, G. (2025). *Economic Growth and Productivity Analysis of Kerala: A Growth Accounting Approach*. Gargi, *Economic Growth and Productivity Analysis of Kerala: A Growth Accounting Approach*.

Bloom, D. E., Canning, D., & Seiler, S. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1-13.

Evans, R. W. (2025). *The Economic Costs of Public Health Spending Cuts: HIV/AIDS and Tuberculosis in South Africa*. *AIDS and Tuberculosis in South Africa*.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

Lucas, R. E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.

Mankiw, N. G., Romer, D., & Weil, D. N. (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 107(2), 407-437.

Mikava, N., & Gabritchidze, S. (2025). *Economic Burden And Policy Gaps In Noncommunicable Disease Management In Georgia: A Health Economics Perspective*. *Agora International Journal Of Economical Sciences*, 19(1), 220-235.

Nelson, R. R., & Phelps, E. S. (1966). Investment in humans, technological diffusion, and economic growth. *American Economic Review*, 56(1/2), 69-75.

Pattanakootha, P., & Preechametta, A. (2025). *Healthcare in Life Cycle Economy: Theoretical Model and Simulation*. *Thailand and The World Economy*, 43(1), 19-39.

Ramnebro, M. (2025). *Foreign aid as a catalyst for FDI-driven development*. Lund University Publications. <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=9199173&fileId=9199174> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy*, 98(5), 71-102.

Rugchatjaroen, K., Chaiyasuk, S., & Kanjanapongporm, A. (2025). *Anticipated Growth in Healthcare Spending: The Role of Thailand's Comprehensive Health Awareness Policy*. *F1000Research*, 14, 598.

Samarawickrama, P. A., Fernando, G., Bernadeen, R., Jayasuriya, N., & Pathirana, U. (2025). *Macroeconomic determinants of child mortality in low and lower-middle-income nations*. *International Journal of Sociology and Social Policy*. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijssp-02-2025-0128/full/pdf> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Schindler, Y., & Scott, A. J. (2025). *The macroeconomic impact of chronic disease in the United Kingdom*. *The Journal of the Economics of Ageing*, 100590. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212828X25000453> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Sinha, J. K. (2024). *Unraveling India's Economic Tapestry: Analyzing the Convergence of Growth Patterns among Indian States and Prospects for the Future*. *Asian Journal of Economics and Finance*, 6(4), 357-379. [https://www.arjournals.com/image/catalog/Journals%20Papers/AJEF/2024/No%204%20\(2024\)/3_Jitendra%20Sinha.pdf](https://www.arjournals.com/image/catalog/Journals%20Papers/AJEF/2024/No%204%20(2024)/3_Jitendra%20Sinha.pdf) (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Solow, R. M. (1956). A contribution to the theory of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 70(1), 65-94.

Sağlık harcamaları ile ekonomik performans arasındaki bağlantıya dair güçlü