

MALİYE POLİTİKASI UYGULAMALARININ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TÜRKİYE-AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME^{1*}

The Impact of Fiscal Policy Practices on Preventive Health Services: An Evaluation on Turkey and European Union Countries

Rabia Selinay DEĞİRMENCİ^{2a}

Eda YEŞİL³

² Kırıkkale Üniversitesi, selinaygurbuz0@hotmail.com, Orcid ID: 0000-0001-7640-7278

³ Kırıkkale Üniversitesi, İ.İ.B.F., Maliye Bölümü, edayesil@kku.edu.tr, Orcid ID: 0000-0002-2525-6745

^a Sorumlu yazar/Responsible author

Article Info: Research
Date Submitted: 16/05/2025
Date Revised: 28/05/2025
Date Accepted: 02/06/2025

Makale Bilgisi: Araştırma
Geliş Tarihi: 16/05/2025
Düzeltilme Tarihi: 28/05/2025
Kabul Tarihi: 02/06/2025

Abstract

The World Health Organization defines health as a complete state of physical, mental, and social well-being. This emphasizes the importance of prevention alongside treatment. Preventive services—such as vaccination, early screenings, public health education, and environmental measures—aim to protect health before disease occurs and are often offered free by the state. Although health is generally seen as a quasi-public good, when preventive services are provided equally and freely, they resemble a pure public good. This study examines how fiscal policy influences preventive health services in Turkey and EU countries, using a dynamic panel data approach. Findings suggest that fiscal policies play a key role in strengthening prevention-based health systems and promoting public welfare by supporting access, equity, and efficiency in health service delivery.

Keywords: Health, Preventive Health Services, Public Goods, Fiscal Policy, Public Finance

JEL codes: E62, H61

Öz

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı yalnızca hastalık veya engellilik hâlinin yokluğu değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlar. Bu anlayış, sağlık hizmetlerinde tedavinin yanı sıra koruyucu uygulamaların da önemini ortaya koymaktadır. Aşılama, erken tanı taramaları, halk sağlığı eğitimi ve çevresel sağlık hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetleri, bireyler hastalanmadan önce toplum sağlığını güvence altına almayı hedefler. Bu hizmetlerin çoğu, devlet tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ekonomik açıdan sağlık yarı kamusal bir mal olarak değerlendirilse de, koruyucu sağlık hizmetlerinin eşit ve ücretsiz sunumu, onu saf kamusal mal niteliğine yaklaştırır. Bu çalışma, Türkiye ve AB ülkelerinde maliye politikalarının koruyucu sağlık hizmetlerine etkisini dinamik panel veri yöntemiyle analiz etmekte ve kamu maliyesinin toplumsal refah üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Kamusal Mal, Maliye Politikası, Kamu Maliyesi

JEL kodları: E62, H61

¹. Bu makale, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalında yürütülen ve henüz savunması gerçekleştirilmemiş olan “Maliye Politikası Uygulamalarının Koruyucu Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi: Seçili Ab Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme” konulu tezden yararlanılarak üretilmiştir. Etik kurul izni gerektirmeyen çalışmalardandır.

EXTENDED SUMMARY

Health, as defined by the World Health Organization (WHO), is a complete state of physical, mental, and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity. This multidimensional understanding of health necessitates an equally comprehensive approach to health policy—one that does not exclusively rely on curative services but integrates preventive measures as a foundational component of public health system. Preventive health services, such as vaccinations, health screenings, maternal and child care, public education, and environmental health regulation, not only protect individuals but also promote societal resilience and reduce the long-term financial burden on healthcare system.

This study aims to examine the effect of fiscal policy implementations on preventive health services by analyzing a panel of Turkey and selected European Union (EU) countries between 2013 and 2022. The central research question investigates the extent to which macroeconomic and fiscal policy variables influence the share of preventive health expenditure in gross domestic product (GDP). The findings, derived from both static and dynamic panel data models, provide insight into the broader determinants of preventive investment and offer critical policy implications for middle-income countries seeking to enhance public health outcomes under constrained fiscal environment.

Preventive healthcare, when provided universally and funded publicly, assumes the properties of a pure public good. These services are non-rivalrous and non-excludable, generating positive externalities that improve societal welfare. However, the underprovision of prevention remains a global challenge due to a combination of short-term political incentives, limited fiscal capacity, and institutional fragmentation. Market-based solutions have largely failed to supply adequate preventive coverage, further necessitating government intervention through fiscal instruments and targeted policy.

From an economic perspective, preventive health services mitigate market failures through risk pooling, intertemporal externalities, and the protection of human capital. Unlike curative services, prevention often lacks a direct, observable demand because the benefits are diffused across time and society. Individuals may underinvest in prevention due to limited information or present bias, underestimating the long-term value of immunization or early screening. Governments must therefore correct these distortions through regulation, public financing, and behaviorally informed policy design to ensure optimal societal investment in health.

In this study, a balanced panel dataset was constructed using information from 27 countries over ten year. The dependent variable is the ratio of preventive healthcare expenditures to GDP, while the independent variables include macroeconomic indicators (GDP growth, unemployment, and inflation) and fiscal indicators (public revenue, public expenditure, and budget balance as percentages of GDP). These variables reflect the economic environment and government capacity for health-related investment. The data sources include Eurostat, the OECD Health Statistics, World Bank WDI, and national statistical agencies.

Both static and dynamic panel regression techniques were employed. Fixed and random effects models provided baseline insights, while the Arellano-Bond Generalized Method of Moments (GMM) model allowed for robust analysis of the temporal dynamics of preventive health expenditure. GMM addresses potential endogeneity and omitted variable bias by using

lagged instruments and is particularly suited for datasets with a relatively small time dimension and larger cross-sectional unit

The empirical findings from static models show that GDP growth and inflation are positively associated with preventive health expenditure, while unemployment has a statistically significant negative effect. Surprisingly, fiscal policy variables—government revenue, spending, and budget balance—did not exhibit significant influence. The dynamic GMM model reinforced these findings, revealing that lagged preventive spending is a strong predictor of current investment (i.e., path dependency), and macroeconomic stability—especially sustained GDP growth—emerges as a key enabler of increased investment in preventive care. These findings suggest that economic health is a more powerful determinant of preventive spending than conventional fiscal metric

The study also incorporates a comparative policy analysis of four countries—Belgium, France, Italy, and Turkey—representing diverse healthcare financing model Belgium employs a social health insurance model with strong preventive integration, coordinated through institutions like INAMI-RIZIV. Preventive programs such as school health, addiction counseling, and immunizations are delivered at low or no cost. France adopts a hybrid model with universal statutory coverage complemented by private insurance; its public health agency, Santé Publique France, prioritizes regional equity and chronic disease prevention. Italy's SSN (Servizio Sanitario Nazionale) provides a decentralized, tax-funded system that emphasizes early detection, population-based screening, and health promotion through local authorities

Turkey's experience stands out as a middle-income country that has made significant strides in curative health expansion through the Health Transformation Program since 2003. Universal Health Coverage (UHC) and the family physician model have improved primary care access. However, preventive health services—despite the existence of initiatives like KETEM for early cancer screening, national vaccination programs, and environmental health monitoring—remain underfunded and unevenly implemented. Barriers include limited local autonomy, workforce shortages, insufficient data infrastructure, and the dominance of curative spending in the health budget.

The COVID-19 pandemic served as a global stress test for public health systems. Countries with robust preventive care—such as consistent immunization schedules, effective health education, and early warning systems—were better able to absorb the shock. The suspension of routine vaccinations and screening programs during lockdown periods highlighted how dependent modern health outcomes are on sustained public health infrastructure. In countries like Turkey, the recovery of preventive services lagged behind other components of the health system, pointing to the need for resilient preventive frameworks supported by fiscal stability and cross-sectoral coordination.

Recent WHO and ECDC reports following the COVID-19 pandemic revealed that countries with robust community-based surveillance systems, widespread vaccination infrastructure, and decentralized health governance structures were more successful in controlling outbreaks and maintaining essential services. For example, Germany's effective pandemic response has been partially attributed to its investment in local public health offices and real-time data integration across federal states. Such structural preparedness enhances not only infectious disease control but also the delivery of broader preventive care.

Developing countries face compounded challenges in delivering preventive health service. These include underfunded primary healthcare systems, overburdened personnel, fragmented governance, and donor-dependency for targeted program. While international partnerships and vertical initiatives (e.g., Gavi, the Vaccine Alliance) have improved access to key interventions, sustainable delivery remains an issue. Turkey, situated as a bridge between developed and developing systems, illustrates both progress and constraint. Although it has advanced in curative coverage and insurance expansion, it must overcome structural inertia to embed prevention as a core pillar of its health strategy.

Further analysis of institutional commitment reveals that countries with legislative mandates for preventive spending perform better in maintaining service continuity. For example, in Finland and the Netherlands, a minimum percentage of health budgets is legally earmarked for prevention, ensuring long-term political accountability. In contrast, countries without such mandates often experience fluctuations based on electoral cycles, resulting in interrupted services and delayed outcome. Embedding such mandates into fiscal rules and performance monitoring systems can shield prevention from political cycles and economic downturn.

Finally, a broader ethical dimension frames the role of preventive health in achieving justice and social inclusion. The moral imperative to prevent suffering, protect vulnerable populations, and allocate resources equitably strengthens the argument for prioritizing prevention in fiscal policy. John Rawls' theory of justice supports this orientation by emphasizing the need to improve conditions for the least advantaged. Preventive services, which are often first denied to the poor during fiscal cuts, should instead be regarded as foundational rights that promote dignity, opportunity, and human capability.

In light of these findings, the following policy recommendations are advanced: (1) integrate macroeconomic planning with public health goals through joint budget formulation; (2) earmark funding for high-impact interventions such as tobacco taxation and nutrition programs; (3) strengthen institutional governance by empowering regional public health authorities; (4) expand data systems and electronic health records to enable better targeting and accountability; (5) foster cross-sectoral collaboration among ministries and local governments; (6) enhance public engagement and health literacy campaigns; and (7) address inequities through targeted outreach, subsidies, and prioritization of marginalized population.

From a health economics standpoint, investing in preventive health services yields significant long-term returns by reducing the incidence of chronic diseases, lowering hospitalization rates, and increasing workforce productivity. Studies from OECD countries indicate that each dollar spent on preventive care can save up to five dollars in future treatment cost. Moreover, preventive services reduce inequalities by offering early interventions for populations that are often underserved in curative systems, including children, the elderly, and low-income group.

In addition to economic efficiency, preventive health policies are increasingly seen as integral to sustainable development and social cohesion in the 21st century. As noted by OECD (2022), countries that maintained or increased their public health spending during periods of economic uncertainty were better positioned to recover from systemic shocks, including health crisis. Therefore, integrating preventive health targets into medium-term budgetary frameworks can facilitate continuity and reduce political volatility in health financing decision.

In conclusion, a renewed commitment to preventive health is both a strategic necessity and a moral imperative. For Turkey, transitioning toward a prevention-centered health policy will require strengthening regional capacities, aligning fiscal incentives with long-term health gains, and cultivating a culture of prevention through education and civic engagement. The success of such a transition depends not only on economic resources but also on sustained political will, inter-ministerial cooperation, and the alignment of national objectives with global development agendas such as the SDG Preventive health, properly prioritized, offers a pathway toward a more equitable, resilient, and cost-effective healthcare future.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “Sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumudur.” şeklinde tanımlamaktadır Koruyucu sağlık hizmetleri ise devletin ücretsiz bir şekilde hizmetini sağladığı, bireylerin hasta olmadan önce sağlığını korumaya yönelik bir hizmet türüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri yarı kamusal mal olan sağlığın devletin toplumun refahını çıkarsız bir biçimde ele alması ile tam kamusal mal olarak nitelendirilmesini sağlamaktadır. Çalışmada, sağlık kavramının tarihsel ve kavramsal çerçevesiyle başlayarak sağlık hizmetleri literatürüne genel bir bakış sunulmakta, ardından koruyucu sağlık hizmetlerinin yapısı, işlevi ve önemi üzerine odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal mal niteliği içerisinde değerlendirilmesi, özellikle yarı kamusal mal olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin devletin müdahalesiyle tam kamusal mal düzeyine taşınabileceği hipotezi çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetlerinin bireylerin sağlık düzeyini artırmadaki rolü ile maliye politikaları arasındaki ilişki analiz edilmektedir. Araştırmada temel amaç, Türkiye’de ve Avrupa Birliği ülkelerinde maliye politikasına yönelik uygulamaların koruyucu sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışmada kullanılan veriler Eurostat veri tabanından temin edilmiştir. Panel veri analiz yöntemleri aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde etkili olan temel makroekonomik faktörler ile maliye politikaları arasındaki ilişki detaylı biçimde incelenmektedir.

1. SAĞLIK HİZMETİ PİYASASI

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı açıklamalar neticesinde sağlığın belirli bir tanımı bulunmaktadır. 1948 senesinde yaptığı bir tanım; “Sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumudur.” şeklindedir. Yine Dünya Sağlık Örgütü’nün 1986 yılında yaptığı bir tanımlama bulunmaktadır. Bu tanımda sağlığın fiziksel kapasitelerin yanında sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan olumlu bir kavram olduğunu belirtmektedir (Felman, 2023).

7 Nisan 1948 senesinde yürürlüğe giren Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, sağlığı tanımlama şekline bazı eleştiriler gelmiştir. Sağlıklı bireyin sadece hastalık veya sakatlık olmaması durumu olarak tanımlanmasının yanlış olduğu söylenmiştir. Günümüze baktığımız zaman sağlık ile ilgili farklı tanımlamalar yapılabilmektedir. Bunlar; “Herhangi bir hastalık veya bozukluğun olmaması, bireyin günlük yaşamın tüm talepleriyle yeterli düzeyde başa çıkabilmesini sağlayan durumu ve bireyin kendi içinde ve kendisi ile sosyal ve fiziksel çevresi arasında kurduğu denge durumu.” şeklinde tanımlanmaktadır (Norman, 2006: 662).

Sağlık hizmeti; sağlığı elde etmek, onu korumak ve geliştirmek için topluma sunulan bir hizmettir. Sunulan hizmet coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkanlar neticesinde toplumdaki

bütün bireylere eşit, kaliteli ve ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi önem arz etmektedir (Alu, 2017: 2). Sağlık hizmetleri bireylerdeki rahatsızlıkların tıbbi olarak çözümlenmesini sağlamaktadır. Küreselleşen dünyamızda sağlık bakım maliyetlerinde artış görülürken, sağlık hizmetleri talebi karşılama konusunda zorluklar yaşamaktadır. Rehabilitasyon, uzun süreli bakım gerektiren sağlık hizmetlerinde zamanın uzaması nedeniyle maliyetinde artış görülmektedir. Sağlık hizmetleri ortaya çıkan yeni hastalıkları takip ederek ortaya çıkabilecek sorunları da engelleyebilmelidir (Sosiç & Donço, 2007).

Sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı piyasa sağlık hizmetleri piyasası olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası, piyasa başarısızlıkları nedeni ile eksik rekabet piyasa özelliklerine sahiptir. Sağlık hizmetleri piyasasının tam rekabet piyasasına uymayan özellikleri (Bilgili & Ecevit, 2008: 202-203);

- Talep belirsizdir.
- Asimetrik bilgi vardır.
- Arz ve talep arasında dengesizlik söz konusudur.
- Piyasaya girişte sınırlamalar bulunmaktadır.
- Sunulan hizmet heterojendir.
- İkame edilemez, stoklanamaz.
- Kar amacı olmayan kurumların da olduğu karma bir yapı bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri 3 başlıkta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklindedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak tanımlanabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri temel bir tedavi süreci olup, hastalık veya sakatlık durumunu ortadan kaldırabilmek amacıyla yapılan müdahalelerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri, devletin ücretsiz olarak sunduğu, toplumun her kesiminin faydalanabilmesi amacıyla sunulan bir hizmet türüdür. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise bireylerin ruhsal, psikolojik yönden tedavisine yönelik yapılan bir hizmet çeşididir (Bozkurt, 2020: 93-94).

Tablo 1: Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri
• Hastalık • Yaralanma • Sevk	• Kardiyologlar • Onkologlar • Diyabet Hastaları	• Diyaliz • Ciddi Yanık Tedavileri • Karmaşık tedaviler veya prosedürler

Kaynak: Torey, 2022.

Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak 3 gruba ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olması ve daha iyi sonuçlar elde

edebilmeyi amaçlamaktadır. Hastalığın tedavisi sayesinde hastanelere yatışlarda azalmayı, ekonomisi iyi olmayan bireylerin tedaviye daha kolay ulaşabilmesi hedeflenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti toplumsal sağlığı güçlendirmeyi sağlamaktadır (World Health Organization, 2018). İkinci basamak sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık hizmetindeki uzman doktorun yönlendirmesi ile gerçekleşmektedir. Uzmanlar vücudun belirli bir sistemine ya da teşhisi konulan, şüphelenilen hastalık durumu ile uğraşmaktadır (Torey, 2022). Hastaneye yatırılırsanız ve daha yüksek düzeyde bir bakıma ihtiyacınız olursa eğer yetkili kişiler, uzman doktorlar sizleri üçüncü basamak sağlık hizmetine yönlendirebilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetinde; Koroner arter bypass ameliyatı, diyaliz, estetik ameliyatlara, beyin cerrahisi, ciddi yanık tedavileri, karmaşık tedaviler veya prosedürler bulunmaktadır (Torey, 2022).

Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri, Hastalık nedeni ile ya da bir olay neticesinde günlük yaşam becerilerinin bozulmasının psikiyatrik tedavi ile tedavi edilmesidir Rehabilitasyon, sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve palyatif bakımın yanı sıra evrensel sağlık sigortasının önemli bir parçasıdır. Rehabilitasyon, bir çocuğun, yetişkinin veya yaşlı kişinin günlük aktivitelerde mümkün olduğunca bağımsız olmasına yardımcı olur ve eğitime, çalışmaya, dinlenmeye ve aileye bakmak gibi anlamlı yaşam rollerine katılımını sağlar (World Health Organization, 2023).

Koruyucu sağlık hizmetleri, devletin ücretsiz bir şekilde hizmetini sağladığı, bireylerin hasta olmadan önce sağlığını korumaya yönelik bir hizmet türüdür. Aşılar, kanser taramaları, sağlık taramaları gibi birçok tedbir amaçlı yapılan uygulamaları içermektedir. Kişiler kendilerini sağlıklı hissetmeleri bu tedaviyi olmalarına engel değildir. Bu önleyici tedaviler sayesinde oluşabilecek hastalıklardan korunulabilir veya erken teşhis sayesinde ölümcül olabilecek hastalıklardan kaçabilmek mümkündür (Wisner, 2023). Kişiyi ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşaması için kişilere yönelik yapılan sağlık hizmetleri, gelecekte meydana gelebilecek hastalıklara karşı kişileri koruyabilmektedir. Toplumdaki bireylere verilen sağlık hizmetleri; “Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, kişisel hijyen” olarak sıralanmaktadır. Maddelerden de anlaşılacağı üzere tamamen kişilere yönelik olarak yapılan sağlık hizmetleri, önleyici bir nitelik taşımaktadır (Akman & Kopuz, 2020: 6). Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri ise, bireylerin yaşadıkları çevrenin sağlık koşullarının uygun olması kişinin sağlık durumunun iyiye gitmesi için önem arz etmektedir. Çevre sağlığı olarak bahsedilen unsurlar; “Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, atıkların kontrolü, besin hijyeni, barınak hijyeni, hava kirliliği ile gürültü kirliliği ile savaş” ‘tır (Kilis İl Sağlık Müdürlüğü).

2. LİTERATÜR

Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetleri konusunda pek çok önemli akademik çalışma ve uluslararası rapor yayımlanmıştır. Özellikle Küresel Hastalık Yüku (Global Burden of Disease, GBD) çalışmaları, farklı risk faktörlerinin hastalık ve ölüm üzerindeki etkisini kapsamlı şekilde analiz etmiştir. Örneğin GBD 2019 risk faktörleri analizi, dünya genelinde hastalık yükünün neredeyse yarısının sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, yüksek kan basıncı, obezite ve hava kirliliği gibi değiştirilebilir risk faktörlerinden kaynaklandığını göstermiştir (Global Burden of Disease, 2019). Bu tür bulgular, küresel sağlık gündeminde tütün kontrolü, sağlıklı

beslenme ve çevre sağlığı gibi alanların önemini desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve diğer kuruluşlar da son dönemde önleyici sağlık konusunda kritik raporlar yayımlamıştır. Dünya Sağlık İstatistikleri 2023 raporu ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri takibi, temel aşılar, temiz su ve sanitasyon gibi koruyucu hizmetlerdeki kapsayıcılığı izlemekte ve ülkelerin bu alanlardaki ilerlemelerini değerlendirmektedir (WHO, 2023). Yine WHO'nun 2023 yılı küresel sağlık değerlendirmesi, dünya genelinde bazı bulaşıcı hastalıkların eliminasyonunda tarihi başarılar elde edildiğini vurgulamıştır. Örneğin 2023, birçok ülkenin güçlü ulusal programlar ve uluslararası iş birliği sayesinde bulaşıcı hastalıkları elimine ettiği rekor bir yıl olmuştur (WHO, 2023). Azerbaycan ve Tacikistan sıtmayı tamamen elimine eden ülkeler olarak sertifika almış, Mısır yüksek insidansa sahip Hepatit C'yi büyük ölçüde kontrol altına alarak hastalığın 2030'a kadar tamamen eliminasyonu hedefine yaklaşmıştır (WHO, 2023). Benzer şekilde, 50 ülke en az bir ihmal edilmiş tropikal hastalığı (örn. trahom, uyku hastalığı, filaryazis) ortadan kaldırmış ve 2030'a kadar 100 ülke hedefi doğrultusunda ilerleme kaydetmiştir. Bu başarılar, koruyucu ve halk sağlığı odaklı programların küresel ölçekte etkili olabileceğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır. Önemli akademik araştırmalardan biri de koruyucu müdahalelerin maliyet-etkinliğini karşılaştırmalı olarak inceleyen çalışmalardır. 2020 yılında yapılan bir çalışma, farklı sektörlerden (sağlık, tarım, ulaştırma vb.) 51 koruyucu müdahaleyi maliyet-etkinlik açısından değerlendirmiş ve bunların 13'ünün net olarak maliyet tasarrufu sağladığını belirlemiştir (Vliet, Sujikerbuijk, Blaeij, vd. 2020). Bu araştırmada her müdahale, inkremental maliyet-etkinlik oranı (ICER) ve engellenen hastalık yükü (engellenen DALY sayısı) açısından sıralanmıştır. Elde edilen bulgular, politika yapımcıların hangi önleme stratejilerinin en yüksek sağlık faydasını en uygun maliyetle sağlayabileceğini görmelerine yardımcı olmaktadır. Dikkat çekici biçimde, en üst sıralarda yer alan altı müdahalenin tamamı tütün kullanımı, alkol tüketimi ve sağlıksız beslenme gibi klasik risk faktörlerini hedefleyen politikalarlardır. Bu da bize, tütün kontrolü (ör. sigara vergileri, kapalı alan yasağı), alkol kısıtlamaları ve sağlıklı beslenme teşviki (ör. çocuklara yönelik sağlıksız gıda reklamlarının kısıtlanması) gibi uygulamaların hem sağlık sonuçları hem de ekonomi açısından ne kadar öncelikli olduğunu göstermektedir.

COVID-19 pandemisi döneminde de koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin önemli veriler elde edilmiştir. Pandemi, rutin aşılama ve tarama programlarında ciddi aksamalara yol açtı; ancak 2021-2022'den itibaren birçok ülkede telafi çabalarıyla hizmetler toparlanmaya başlamıştır. Örneğin, küresel çocukluk çağı aşılama oranlarında 2020'de görülen düşüşlerin ardından 2023 yılında "The Big Catch-up" adıyla kapsamlı bir kampanya başlatılmıştır. Bu girişim, pandemi sırasında aşılanamayan milyonlarca çocuğa ulaşarak hiçbir çocuğun aşısı ile önlenemez bir hastalıktan ölmemesini hedeflemektedir. 2023 sonunda dünya çapında COVID-19 aşısından en az bir doz alanların oranı %72'ye ulaşmış ve toplam 13,6 milyar doz aşı uygulanarak milyonlarca ciddi vaka ve hastaneye yatışın önüne geçilmiştir. Bunun yanı sıra WHO, 2023'te sıtma için yeni bir aşının kullanımını önermiş ve yüksek riskli bölgelerde dengue ateşi aşısının uygulanmasına yeşil ışık yakmıştır. Bu inovatif aşılar, özellikle Afrika ve Asya'da binlerce Araştırmaların Metodolojileri ve Bulgularının Değerlendirmesi Küresel düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerine dair araştırmalarda çeşitli metodolojik yaklaşımlar ve veri kaynakları kullanılmaktadır. Örneğin, GBD gibi küresel gözlemsel çalışmalar ulusal ölüm kayıtları, hastalık surveyans verileri ve epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarını modellerle bir araya getirerek risk faktörlerinin etkisini nicel olarak tahmin etmektedir (WHO, 2023). Bu sayede

ülkeler bazında hangi risklerin en öncelikli olduğu ve zaman içindeki eğilimler ortaya konmaktadır. Ekonomik değerlendirme çalışmalarında ise genellikle maliyet-fayda ve maliyet-etkinlik analizleri kullanılmakta; bu analizlerde müdahalelerin ICER değerleri hesaplanarak birimler başına (ör. engellenen bir DALY veya kazanılan bir yaşam yılı başına) maliyetler karşılaştırılmaktadır (Christopher, Zheng, & Wadhera, 2024). Söz gelimi yukarıda bahsedilen 51 müdahalelik çalışmada, literatür taraması ile her bir önleyici programın sağlık kazancı ve maliyet verileri derlenmiş, uzman çalıştayları ile eldeki kanıtlar gözden geçirilmiş ve müdahaleler en yüksek sağlık kazancı/maliyet oranına göre sıralanmıştır. Bunun sonucunda bazı tuz azaltma politikaları, tütün vergileri ve aşılama programları “maliyet tasarruflu” (uygulandığında hem sağlık kazancı sağlayan hem de net tasarruf yaratan) olarak tespit edilmiştir. Nitekim tuz tüketiminin azaltılması (zorunlu gıda reformülasyonu), çocuklara yönelik aşırı şekerli gıda reklamlarının sınırlandırılması, sigara ve alkollü içeceklerle ek vergiler konulması gibi düzenleyici stratejiler, büyük popülasyonel etki yaratan ve oldukça maliyet-etkin bulunan başlıca önlemlerdir (A SaxInstitute). Bu tür müdahalelerin yaygın uygulanması, geniş kitlelerin risk faktörlerini azaltarak toplum sağlığını iyileştirebilmektedir.

Koruyucu hizmetlerin etkinliğini değerlendiren akademik araştırmalarda büyük kohort çalışmalar, randomize kontrollü denemeler ve gözlemsel incelemeler de önemli yer tutar. Örneğin, bazı uzun soluklu kohort araştırmaları sigara, kolesterol, hipertansiyon gibi etmenlerin uzun vadede hastalık riskini nasıl etkilediğini ortaya koyarak birincil koruma stratejilerinin temelini atmıştır. Bunun yanı sıra tarama programlarının etkinliğini inceleyen çalışmalar (ör. meme kanseri veya kalın bağırsak kanseri taramalarının popülasyon etkisini ölçen araştırmalar) sağlık sistemlerine yol göstermiştir. Sistematik derlemeler ve meta-analizler, farklı ülkelerde uygulanmış benzer önlemlerin sonuçlarını bir araya getirerek genellenebilir bulgular sağlar. Örneğin, COVID-19 sonrası dönemde ABD’de yapılan bir çalışmada büyük bir elektronik sağlık kaydı veritabanı (PCORnet) kullanılarak 30 milyondan fazla yetişkinin verileri incelenmiş ve 2020-2022 döneminde birçok temel tarama testinin (kan basıncı, kolesterol, kan şekeri ölçümleri ve kanser taramaları gibi) 2019 öncesine kıyasla azaldığı, 2022 itibarıyla hala tam toparlanmadığı gösterilmiştir. Bu tür büyük veri çalışmaları, önleyici hizmetlerdeki boşlukları nesnel verilerle ortaya koyup aksiyon alınması gereken alanları belirlemektedir. Sonuç olarak, küresel koruyucu sağlık literatürü, çok disiplinli yöntemlerle (epidemiolojik analizler, ekonomik modeller, büyük veri analizleri) zenginleşmekte ve kanıta dayalı politika geliştirmeye zemin hazırlamaktadır.

3. SEÇİLMİŞ AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILAŞTIRMASI

Belçika sağlık sistemi, kamu, özel ve sosyal sigorta sektörlerinin entegre yapısına dayanmakta olup, sosyal sigorta sistemi üzerinden finanse edilmektedir. Bireyler, sağlık hizmetlerinden düşük katkı payları ile yararlanmakta, hekim seçme özgürlüğüne sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz veya düşük maliyetlidir; aşılama, sağlık eğitimi, bağımlılıkla mücadele gibi alanları kapsamaktadır. Fransa sağlık sistemi, büyük ölçüde “Sécurité Sociale” adlı sosyal sağlık sigortası sistemiyle finanse edilir. Temel hizmetler kamu tarafından sunulurken özel sigortalar tamamlayıcı rol oynamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve Agence Santé Publique France koordinasyonunda yürütülmekte; sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve kronik hastalıkların önlenmesi gibi hedeflere odaklanılmaktadır. İtalya sağlık sistemi, 1978’de kurulan “Servizio Sanitario Nazionale” (SSN) aracılığıyla tüm yurttaşlara

ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı hedefler. Finansman vergiler ve sosyal sigorta primleriyle sağlanır. Koruyucu hizmetler sistemin merkezinde yer alır ve erken teşhis, aşı, çevresel sağlık gibi alanları kapsar. Bu hizmetler, sistemin mali sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Türkiye sağlık sistemi, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeniden yapılandırılmış; Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfus kapsama alınmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri arasında aşılama, erken teşhis, anne-çocuk sağlığı, halk sağlığı eğitimi ve çevresel sağlık uygulamaları yer almakta; bu hizmetler büyük oranda kamu tarafından sağlanmaktadır.

Tabloda: Belçika, Fransa, İtalya ve Türkiye'deki koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 2: Seçilmiş Avrupa ve Türkiye Koruyucu Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması

Ülke	Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Finansman Modeli	Uygulama Düzeyi	Kurumsal Yapı / Koordinasyon
Belçika	Aşılar, periyodik kontroller, sağlık eğitimi, bağımlılık tedavisi, cinsel sağlık, ruh sağlığı hizmetleri	Sosyal sigorta (çalışan ve işveren primleri); devlet sübvansiyonu	Yüksek: Ücretsiz ya da düşük maliyetli	INAMI-RIZIV ve KCE; GP'ler üzerinden GMR sistemi ile izleme
Fransa	Aşılama, tarama, sağlık teşviki, kronik hastalıkların önlenmesi	Sosyal sağlık sigortası (prim + vergi); tamamlayıcı sigorta	Orta-Yüksek: Yerel düzeyde farklılık gösterebilir	Agence Santé Publique France; Sağlık Bakanlığı
İtalya	Aşılar, erken teşhis, sağlık eğitimi, aile planlaması, çevresel sağlık	Vergi temelli sistem; SSN aracılığıyla kamu tarafından finanse edilir	Yüksek: Herkes için kapsayıcı sistem	Sağlık Bakanlığı (Ministero della Salute); SSN bölgesel sağlık otoriteleri
Türkiye	Aşılama, kanser taramaları (KETEM), anne-çocuk sağlığı, aile hekimliği, çevresel sağlık	Genel Sağlık Sigortası (GSS); ağırlıklı olarak kamu harcamaları	Orta-Yüksek: Hizmetlere erişim giderek artmakta	T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Çalışmanın ilerleyen kısmında koruyucu sağlık hizmetlerinin GSYİH'ya oranı, büyüme hızı, işsizlik oranı, yıllık enflasyon oranı, bütçe dengesinin GSYİH'ya oranı ile devletlerin gelir ile giderlerinin GSYİH'ya oranlarının 2008-2022 yılları için makroekonomik ve mali değişkenlerin koruyucu sağlık hizmeti üzerindeki etkisi dinamik panel veri analiziyle incelenmektedir.

4. VERİ VE YÖNTEM

Panel veri, hem enine kesit verilerini hem de zaman serisi verilerini birleştiren bir veri türüdür. Aynı bireylerin belirli bir zaman dilimi boyunca gözlemlenmesiyle oluşur. Tüm bireyler için gözlem sayısı eşitse dengeli panel, farklıysa dengesiz panel olarak adlandırılmaktadır (Baltagi, 2008).

Panel veri regresyon modelleri statik ve dinamik olmak üzere ikiye ayrılır. Statik panel analizinde üç temel yaklaşım bulunur: Ortak Etkiler Modeli (Pooled OLS) → Zaman ve birey farklılıklarını göz ardı eder. Sabit Etkiler Modeli (FEM) → Bireysel özellikler zamanla değişebilir, her birey için farklı kesişim değeri vardır. Rastgele Etkiler Modeli (REM) → Bireysel farklılıklar hata terimi içinde ele alınır.

Panel veri analizinde kullanılan başlıca modeller şunlardır (Roodman, 2009: 87-127):

1. Sabit Etkiler Modeli (Fixed Effects - FE): Bireyler arasında farklılıkları dikkate alarak zamana bağlı olmayan sabit etkileri kontrol eder.
2. Rastgele Etkiler Modeli (Random Effects - RE): Bireyler arasındaki farkları rassal değişkenler olarak ele alarak daha geniş bir genelleme sunar.
3. Karma Modeller: Hem sabit hem de rastgele etkileri birleştirerek daha esnek analizler yapar.

Dinamik Panel Veri Modeli, bağımlı değişkenin gecikmeli değerini içeren regresyon modelleridir. Arellano-Bond Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi (GMM) ile tahmin edilir. Bu yöntem (Arellano & Bond, 1991):

- Yanlı olmayan, tutarlı ve etkin tahminler üretir.
- Sargan Testi ile alet değişkenlerin geçerliliğini test eder.
- Arellano-Bond AR(1) ve AR(2) testleri, otokorelasyon olup olmadığını değerlendirir.

Dinamik panel veri analizi, uzun zaman diliminde gözlemlenen bireylerin değişkenler arasındaki ilişkisini anlamaya yönelik bir yöntemdir. Bu analizde bağımlı değişkenin geçmiş dönem değerlerinden etkilenmesi söz konusudur. Dinamik panel veri analizlerinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri Arellano ve Bond (1991) tarafından geliştirilen Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi (GMM)'dir (Arellano & Bond, 1991).

Arellano-Bond GMM Yöntemi, Otokorelasyon ve endojenlik sorunlarına karşı dayanıklıdır. Bağımlı değişkenin geçmiş dönem değerlerinin etkisini analiz edebilir. Karmaşık ekonomik süreçlerin incelenmesinde güçlü bir araçtır. Model aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

$$Y_{it} = \alpha Y_{it-1} + \beta X_{it} + \eta_{it} + \nu_{it} \quad (1)$$

- “Yit = Bağımlı Değişken
- Xit = Açıklayıcı Değişken
- Nit = Gözlenen Birey
- Vit = Rastlantısal Etkiler”

Çalışmada 2013-2022 yılları arasında Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’de koruyucu sağlık harcamaları üzerindeki makroekonomik ve mali değişkenlerin etkisi analiz edilmektedir. Bağımlı değişken koruyucu sağlık harcamaları, bağımsız değişkenler büyüme hızı, işsizlik, enflasyon, bütçe ve kamu gelir-giderleri olarak belirlenmiştir. Dinamik panel veri analizi kullanılarak hangi faktörlerin koruyucu sağlık hizmetlerini etkilediği incelenmektedir. Tablo 3 değişken tanımları yer almaktadır. Verilerin temininde başta OECD Health Statistics, OECD Economic Outlook, Eurostat, Dünya Bankası (World Development Indicators - WDI) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) olmak üzere güvenilir uluslararası ve ulusal veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Veriler, karşılaştırılabilirlik ilkesine uygun biçimde seçilmiş ve dinamik panel veri analizine olanak sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Makalenin sonuç bölümü ile ilgili bilgiler burada yer alacak. Makalelerde yazı karakteri olarak “Palatino Linotype” yazı karakteri kullanılmalıdır. Makale metni “Palatino Linotype” yazı karakteri, 11 punto büyüklüğünde, tek satır aralığı bırakılarak” yazılmalıdır. Metin tek sütun olarak yazılmalıdır. Her bir paragraf en az üç cümleden oluşmalıdır.

Tablo 3: Değişkenlerin Tanımları

Değişkenler	Tanımlar
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Koruyucu sağlık hizmetlerinin GSYİH’ya oranı
Growth	Büyüme hızı
Unemp	İşsizlik oranı
Inf	Yıllık enflasyon oranı
Budpal pubdebt	Bütçe dengesinin GSYİH’ya oranı
Expenditure	Devlet harcamalarının GSYİH’ya oranı
Revenue	Devlet gelirinin GSYİH’ya oranı

Çalışmada hem statik hem dinamik panel veri analizi uygulanmaktadır. Tablo 4’de statik panel veri analiz sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçları doğrultusunda büyüme ve enflasyonun ülkelerin koruyucu sağlık harcamaları üzerinde anlamlı etkisi olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4: Statik Panel Veri Analizi

	EKK	Sabit Etki
Growthgdp	.0292** (1.29)	.0570** (3.04)
Unemp	-.0680*** (-3.55)	-.0330*** (-1.23)
Inf	.0977 (1.48)	.0879 (1.59)
Budbalpubdebt	.1587 (0.18)	-.6072 (-0.87)
Expenditure	.2410 (0.50)	-.4721 (-0.68)
Revenue	-.2023 (-0.23)	.4744 (0.68)
N	27	27
Gözlem	243	243
Prob	0.0000	0.0000

Not: ***, **, * sırasıyla %1, %5 ve %10 istatistiksel anlamlılık düzeylerini, N gözlem sayısını göstermektedir. Parantez içerisinde z-istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 5’de Arellano- Bond dinamik panel veri sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5: Arellano-Bond Dinamik Panel Tahmin Sonuçları

Bağımlı Değişken= Koruyucu Sağlık Harcamaları	
	GMM
Koruyucu Sağlık Harcamaları (-1)	.2671 (5.53)
Growthgdp	.0318*** (6.54)

Unemp	-.0492*** (-4.36)
Inf	.0818*** (3.80)
Budbalpubdebt	-.1312 (-0.61)
Expenditure	.0019 (0.01)
Revenue	-.0075 (-0.04)
N	27
Gözlem	189
Prob	0.0000
Sargan Test	18.1982
2.derece otokorelasyon	2.0935

Not: ***, **, * sırasıyla %1, %5 ve %10 istatistiksel anlamlılık düzeylerini, N gözlem sayısını göstermektedir. Parantez içerisinde z-istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 5’de ise Arelleno Bond (1991) dinamik panel veri sonuçlarını göstermektedir. Model doğrultusunda büyüme, enflasyon ve işsizlik oranlarının koruyucu sağlık harcamaları üzerinde anlamlı etkisi bulunurken, maliye politikası değişkenleri olan kamu gelirleri, kamu giderleri ve bütçe dengesinin koruyucu sağlık harcamaları üzerinde bir etkisi görülmemiştir. Tablonun son iki sütununda yer alan “Sargan ve Otokorelasyon” test istatistikleri sırasıyla kullanılan araçların uygun olduğunu ve “2.derece otokorelasyon yoktur.” boş hipotezinin reddedilmediğini göstermektedir. Modelden yola çıkarak AB ülkelerinde sağlık harcaması kararlarında mali değişkenler yerine temel makroekonomik değişkenlerin daha belirleyici olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Genel olarak analiz sonucunda elde edilen bulgular şunlardır:

- Büyüme hızı, enflasyon ve işsizlik oranının koruyucu sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir.
- Maliye politikası değişkenleri (bütçe dengesi, kamu gelirleri ve harcamaları) koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip değildir.

- Avrupa Birliği ülkelerinde koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilinç ve harcamalar Türkiye'ye kıyasla daha yüksektir.
- Türkiye, koruyucu sağlık hizmeti uygulamalarına AB ülkelerine göre daha geç başlamıştır, ancak bu hizmetlerin artırılması toplum sağlığı ve refahı açısından kritik öneme sahiptir.

Sonuç olarak, koruyucu sağlık harcamalarını belirleyen temel faktörlerin maliye politikalarından ziyade makroekonomik değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Devletin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik desteğinin artırılması, toplum sağlığının korunması ve gelecekte oluşabilecek risklerin önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, sağlık hizmetlerinin genel yapısı incelenmekte ve özel olarak koruyucu sağlık hizmetleri ekseninde Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye arasındaki benzerlikler ve farklılıklar analiz edilmektedir. İlk olarak, sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına ilişkin literatür taraması gerçekleştirilmiş; devamında, koruyucu sağlık hizmetlerinin hem teorik temelleri hem de uygulama biçimleri ele alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tarihsel süreçte ortaya koyduğu tanımlardan hareketle, sağlık kavramının yalnızca hastalık veya sakatlık hâlinin yokluğunu değil; fiziksel, zihinsel, sosyal ve çevresel iyilik hâlini içeren bütüncül bir yapı kazandığı gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesiyle birlikte, koruyucu sağlık hizmetleri, gelişmiş sağlık sistemlerinin temel bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Bu hizmetler, bireyleri hastalıklara karşı önceden korumayı, toplumsal sağlık düzeyini yükseltmeyi ve uzun vadede sağlık harcamalarını azaltmayı hedeflemektedir.

Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye arasındaki sağlık sistemleri karşılaştırmasında, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin farklılaştığı görülmektedir. Avrupa Birliği üyesi ülkeler, sosyal refah devleti ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerini daha entegre, kapsayıcı ve erişilebilir bir biçimde sunmaktadır. Bu ülkelerde ekonomik gelişmişlik düzeyi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliği üzerinde doğrudan belirleyici bir rol oynamaktadır. Örneğin; Belçika, Fransa ve İtalya gibi ülkelerde sağlık taramaları, aşılama programları ve erken teşhis hizmetleri kamu finansmanı ile yaygın bir şekilde sunulmakta, tüm toplum kesimlerine ücretsiz veya düşük maliyetle ulaştırılmaktadır.

Türkiye'de ise sağlık sistemi, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli ölçüde yeniden yapılandırılmış; genel sağlık sigortası ve aile hekimliği gibi uygulamalarla temel sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Bununla birlikte, sağlık politikalarının önceliğinin ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetler üzerine kurulu olduğu; koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik mali kaynakların ve yatırımların Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu durum, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği üzerinde baskı oluşturmakta ve halk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, Türkiye'nin koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsam ve etkinliğini artırmak üzere daha fazla kaynak tahsis etmesi gereklidir.

Çalışmada, koruyucu sağlık hizmetlerinin makroekonomik ve mali göstergelerle olan ilişkisi analiz edilmiştir. Büyüme oranları, kamu gelir ve gider dengesi, bütçe açıkları ve enflasyon gibi mali göstergeler, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sürdürülebilirliği açısından belirleyici

parametrelerdir. Bulgular, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapan ülkelerin sağlık harcamalarının uzun vadede azaldığını ve sağlık çıktılarının iyileştiğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede, Türkiye'nin söz konusu hizmetlere yönelik mali kaynak tahsisini artırması, hem bireysel sağlık düzeyinin yükselmesine hem de sağlık sisteminin uzun vadeli maliyet etkinliğine katkı sağlayacaktır.

Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde sosyal sigorta ve vergi gelirlerine dayalı olup, bu yapılar sağlık sistemlerinin hem erişilebilirliğini hem de kalitesini desteklemektedir. Türkiye'de ise genel sağlık sigortası sistemi benzer hedefleri taşımakla birlikte, sistemin sürdürülebilirliği konusunda daha fazla yapısal reform ihtiyacı mevcuttur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmakla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlerin tüm topluma eşit şekilde ulaştırılması açısından ek düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca bireylerin sağlık düzeyini artırmakla kalmamakta; aynı zamanda ülkelerin sağlık harcamalarını azaltarak, ekonomik ve toplumsal kalkınmaya da katkı sunmaktadır. Türkiye'nin, Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık politikalarından ve uygulama örneklerinden faydalanarak, koruyucu hizmetlere yönelik yatırımlarını artırması ve bu hizmetlerin kalitesini geliştirmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, ulusal sağlık politikalarının yeniden yapılandırılması ve maliye politikalarının bu hizmetleri destekleyecek şekilde uyarlanması, hem toplum sağlığını hem de sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini güçlendirecektir.

Beyan ve Açıklamalar

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Yazarlar bu çalışmaya eşit şekilde katkı sağladıklarını beyan etmişlerdir.

Araştırmacıların Çatışma Beyanı

Yazarlar, bu çalışmada potansiyel bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Araştırmacıların Etik Beyanı

Yazarlar bu çalışmanın tüm süreçlerinin araştırma ve yayın etiğine uygun olduğunu, etik kurallara ve bilimsel atıf gösterme ilkelerine uyduğunu beyan etmişlerdir.

KAYNAKÇA

- A SaxInstitute. (tarih yok). The Australian Prevention Partnership Centre. <https://preventioncentre.org.au/about-prevention/what-are-the-economic-benefits-of-prevention/#:~:text=The%20types%20of%20interventions%20that,and%20sugary%20drinks%C2%A0%2032>
- Akdağ, R. (2011). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Türkiye Deneyimi. TC Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Arellano, M., & Bond, (1991). ome tests of specification for panel data: Monte Carlo evidence and an application to employment equation The Review of Economic Studies, 58(2), 277-297.
- Baltagi, B. (2008). Econometric Analysis of Panel Data (4th ed.). John Wiley & Son <https://scispace.com/papers/econometric-analysis-of-panel-data-46ld72a5p1>

- Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE). (2023). Healthcare System in Belgium. <https://kce.fgov.be/>
- Blundell, R., & Bond, (1998). Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel data model Journal of Econometrics, 87(1), 115-143.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Infectious disease prevention strategies and pandemic response policie.
- Christopher, A., Zheng, Z., & Wadhera, R. (2024). Changes in Health Care Access and Preventive Health Screenings by Race and Ethnicity. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10837752/#:~:text=In%20this%20cross,exper,ienicing%20the%20most%20pronounced%20declines>
- European Commission, 2022. (2022). France: Social and Health Policie <https://ec.europa.eu/health/>
- European Environment Agency. (2022). Environmental health and public health measures in Europe. <https://www.eea.europa.eu/>
- European Observatory on Health Systems and Policie (2021). France: Health System Overview. <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france>
- Eurostat. (2023). Preventive health care expenditure statistic: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=485146>
- Felman, A. (2023, April). What Is Good Health? May 2023 tarihinde Medical News Today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/150999>
- Ferlay, j., Colombet, M., & Soerjomataram, I. (2021). Cancer screening and prevention in Europe: GLOBOCAN statistic International Agency for Research on Cancer. Retrieved. <https://gco.iarc.fr/>
- Global Burden of Disease. (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Hansen, L. (1982). arge sample properties of generalized method of moments estimator Econometrica, 1029-1054.
- Karabulut, U. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 70(1), 21-45.
- Koç, M., & Kırılmaz, H. (2016). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi ve Günümüzdeki Durumu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2), 77-98.
- National Institute for Health and Disability Insurance (INAMI-RIZIV). (2023). Social Security and Health in Belgium. <https://www.inami.fgov.be/>
- OECD. (2022). Health at a Glance – Belgium. <https://www.oecd.org/belgium/>
- OECD. (2022). Health at a Glance – France. <https://www.oecd.org/france/>
- OECD. (2022). OECD Health at a Glance – Italy. <https://www.oecd.org/italy/>

- Roodman, D. (2009). How to do xtabond2: An introduction to difference and system GMM in Stata. *Stata Journal*, 9(1), 86-136.
- Santé Publique France. (2023). Prévention et promotion de la santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- Sosiç, Z., & Donço, D. (2007). A Handbook For Teachers, Researches, Health Professionals and Decision Maker. 15 08, 2023 tarihinde <https://www.researchgate.net/publication/37683785> Contemporary Concept and Definition of Health Care
- Torey, T. (2022, October 02). Differences Between Primary, Secondary, Tertiary, and Quaternary Care. Temmuz 28, 2023 tarihinde Verywell Health: <https://www.verywellhealth.com/primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care-2615354#:~:text=Primary%20care%20is%20when%20you,advanced%20level%20of%20specialized%20care.>
- Vliet, N., Sujikerbuijk, A., & Blaeij, A. (2020). Ranking Preventive Interventions from Different Policy Domains: What Are the Most Cost-Effective Ways to Improve Public Health? <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7142580/#:~:text=match%20at%20L1047%20remarkable%20that,inclusing%20tobacco%2C%20alcohol%2C%20and%20nutrition>
- WHO. (2021). European Observatory on Health Systems and Policie Belgium: Health System Overview. <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/belgium>
- WHO. (2023). France: Health System Review. <https://www.who.int/france/>
- WHO. (2023). Global Health Achievements 2023. <https://www.who.int/news-room/spotlight/global-health-achievements-2023#:~:text=The%20year%202023%20was%20a,countries%20and%20health%20partners%20worldwide>
- WHO. (2023). Italy: Health System Review.
- WHO. (2023). Working together for Health for All. <https://www.who.int/news-room/spotlight/global-health-achievements-2023#:~:text=In%20March%2C%20WHO%20certified%20Azerbaijan,future%20can%20become%20a%20reality>
- WHO. (2023). World Health Statistics 2023. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2023/world-health-statistics-2023_20230519_.pdf#:~:text=SDGs%20cdn,quality%20to%20be%20effective
- Wisner, W. (2023, 02 07). What Is Preventive Health and Why Is It Important? 08 16, 2023 tarihinde Healthline: <https://www.healthline.com/health/what-is-preventive-health-and-why-is-it-important#bottom-line>
- World Health Organization. (2018). Primary Health Care: Closing The Gap Between Public Health and Primary Care Through Integration. Technical Series On Primary Health Care: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf>

World Health Organization. (2023, 01 30). Rehabilitation. 09 10, 2023 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>