

Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ¹

Mersin Üniversitesi

Aysu KURTULDU²

Trakya Üniversitesi

Türkkkan IŞIK ERER³

Mersin Üniversitesi

Öz

Sağlıkta eşitsizlik, hem ekonomik hem de sosyal alanla ilişkili olan bir kavramdır. Yalnızca az gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde de sağlıkta eşitsizlik önemli bir konu başlığıdır. Sağlıkta eşitsizlikleri ortaya koyan çeşitli belirleyiciler bulunmaktadır. Alanyazını incelendiğinde sağlıkta eşitsizlik ile ilgili çalışmalara rastlanmakta ancak sağlıkta eşitsizlik ile etik arasındaki ilişkiye sıkça değinilmemiştir. Bu çalışmanın amacı; sağlıkta eşitsizlik ve etik arasındaki ilişkiyi ortaya koymak; yerel devlet ve küresel düzeyinde sağlıkta eşitsizliğin azaltılması konusunda yapılması gerekenlere vurgu yapmaktır.

Anahtar Kelimeler:

Sağlıkta Eşitsizlikler, Etik, Toplum Sağlığı, Sağlık Hizmetleri

Inequality and Ethics in Health Services

Abstract

Health inequality is related both economic and social area. Health inequality is an important topic not only in under developed countries both also in developed and developing countries. There are various determinants about health inequality. In literature, there have been lots of research about health inequality but the relationship between health inequality and ethics hasn't shown in studies. The aims of this study are to explain relationship between health inequality and ethics, and to emphasize important points for reducing health inequalities in local and global level..

Keywords:

Inequalities in Health, Ethics, Population Health, Health Services

¹ Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, stekingunduz@gmail.com, stekingunduz@mersin.edu.tr

² Yrd.Doç.Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aysu83@gmail.com

³ Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, turkanerer@gmail.com

Temel Kavramlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)sağlık kavramını 'yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali' şeklinde tanımlamaktadır. Ulusal ve uluslararası platformlarda gerçekleştirilen yasal düzenlemelerde sağlık, tüm bireylerin doğuştan sahip olduğu sosyal bir hak olarak vurgulanmaktadır. Kişisel sağlığın korunması, toplum sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için; eğitim, gelir düzeyi, bireylerin sağlıklarını geliştirmeye yönelik tutum ve davranışlar sergilemesi gibi kişisel durumların yanı sıra akılcı sağlık politikalarının geliştirilmesi, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti üretilmesi, kaynak dağılımı ve kullanımında hakkaniyetin sağlanması önemlidir. Bu noktada; yasal düzenlemelere bağlı kalarak, kaliteli ve etkili şekilde sunulan sağlık hizmetine bireylerin ihtiyaç duydukları anda adil bir şekilde erişebilmelerine mani olan, dezavantaj yaratan durumların ortadan kaldırılması 'sağlıkta eşitlik' olarak tanımlanabilir.

Hamzaoğlu (2014: 31), eşitlik kavramının eşitsizliğe karşıt olarak ortaya çıktığını bunun temel nedeninin de sınıflı toplumlarla birlikte ekonomik ve siyasal alanda ortaya çıkan farklılıkların bir sonucu olarak yaşanmaya başlayan eşitsizliklere ve adaletsizliklere bağlamıştır. Yazar eşitlik kavramını "hayatın öznesinin insan olduğu bir toplumsal yaşantı ile her bir bireyin gereksinimlerinin karşılanması hedefi" olarak tanımlamıştır. Sağlıkta eşitsizlik, farklı nüfus grupları arasında sağlık belirleyicilerinin dağılımı veya sağlık statüleri arasındaki farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (Royal College of Nursing, 2012). Diğer bir tanımlama ile ayrıcalıklı bir toplumun bir başka toplum üzerinde; ya da bir grubun diğer bir grup üzerinde oluşturduğu baskı ve engellenebilir nitelikteki sosyo-ekonomik nedenlerle dezavantajlı/ezilen grubun sağlık hizmetlerine erişimi önünde engel oluşturması demektir (Saraçoğlu, 2014: 32). Alan yazınında sağlıkta eşitsizliği tanımlayan ve açıklayan birçok yaklaşım söz konusudur. Bunlar; (1) biyo-medikal sebeplere odaklanan yaklaşım (biyolojik farklılıklar, genetik farklılıklar vb.); (2) kültürel farklılıkların sonucu olarak sağlık hizmetlerinde

eşitsizlik ve bu farklılıkların bireyin davranış ve yaşam stiline etkisini ortaya koyan yaklaşım; (3) psiko-sosyal mekanizmalara odaklanan yaklaşım (ör: sosyal statüyle ilişkili stresin etkileri); (4) materyalist yaklaşım (ör: refah, güç ve diğer kaynakların eşitsiz dağılımı sonucunda oluşan sağlık eşitsizlikler); (5) sağlığı biyolojik-sosyal-ekonomik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimin dinamik ürünü olarak gören eko-sosyal yaklaşım (Avni vd. 2015: 120).

Belek'e (1998:55) göre, sağlıkta eşitsizlik kavramı üç kuramdan oluşmaktadır:

a) Geleneksel tıbbi model: Bu modelde hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Böylece sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımını sonucundan ortaya çıkan bir olumsuzluktur.

b) Epidemiyolojik model: Bu modelde sağlığa toplumsal düzeyde bakılmaktadır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları sosyal farklılıkların göstergesi olarak kabul edilir ve sağlıkta eşitsizlik durumlarının ortadan kaldırılması için riskli gruplara özel tıbbi programlar uygulanması önerilir. Epidemiyolojik yaklaşıma göre sağlığa ayrılan kaynakların gereksinimler göz önünde bulundurularak yeniden dağıtılması gereklidir.

c) Sosyo-politik model: Sosyo-politik modelin temelinde toplum yapısının ve içerisindeki güç ilişkilerinin sağlıkta eşitsizliği belirlediği vurgulanır. Sağlıktaki eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için refah politikalarının hazırlanması, yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi politik değişikliklere ihtiyaç olduğu savunulmaktadır.

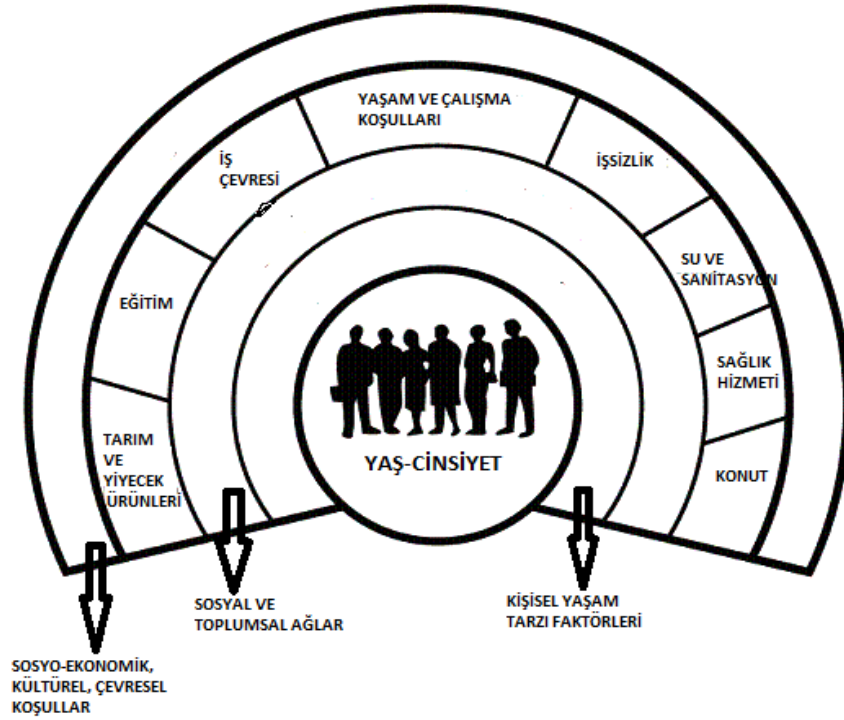
Sağlığı Etkileyen Sosyal Belirleyiciler ve Sağlıkta Eşitsizliğe Etkileri

Sağlıkta eşitsizlik; temelde gelir, sosyal sınıf, etnik köken, coğrafi koşullar, yoksunluk gibi değişkenlerden oluşan sosyal belirleyicilerden ve bireyin işinin olup olmaması, bekâr bir ebeveyn olup olmaması, sosyal entegrasyon, meslek, gelir düzeyi gibi belirleyicilerden de etkilenmektedir. (Vagerö, 1995: 8; McCartney vd., 2013: 221).

Sağlıkta eşitsizlik üzerine etkisi olan sağlığın belirleyicileri ile ilgili olarak Dahlgren ve Whitehead'ın

geliştirdiği Gökkuşluğu Model'ine göre (Rainbow Model); yaş, cinsiyet gibi değişkenlerle merkezde kalan bireyin; kişisel alışkanlıkların (ör: sigara içmek), sosyal ve toplumsal etkilerin ve yapısal faktörlerin (ör:

çalışma koşulları, hizmetlere erişim) etkisinde olduğu vurgulanmaktadır.



Şekil 1. Gökkuşluğu Modeli

Kaynak: http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf.

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler şunlardır (http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf):

a) Gelir: Gelir, sosyo-ekonomik bir göstergedir. Gelirin sağlığı etkileyen diğer belirleyiciler üzerine de etkisi vardır. Gelirin sağlığı etkileme şekilleri şöyledir: (a) yiyecek, barınak gibi kaynakların daha iyi kalitede olanlarını satın alabilme; (b) sağlığı doğrudan geliştirecek hizmetlere erişebilme imkânı; (c) bir grubun parçası olma durumu; (d) gelir düzeyinin sağlık statüsünü etkilemesi.

b) Eğitim: Eğitim, epidemiyoloji de sıklıkla kullanılan bir göstergedir. Eğitim düzeyi tamamlanan eğitim yılı, ilk ve orta öğrenimi tamamlama, yüksek öğrenim diplomasına sahip olma gibi kriterlerle değerlendirilebilir. Sağlık açısından bakıldığında eğitim düzeyinin, (a) ebeveynlerin ve çocuklarının sosyo-ekonomik pozisyonunu etkilediği, (b) eğitim aracılığıyla kazanılan bilgi ve becerilerin, bireylerin

bilişsel düzeylerine yansiyarak, sağlık hizmetlerine erişimi ve iletişimi etkilediği, (c) çocukluk dönemindeki sağlık durumunu etkilediği belirtilmektedir.

c) Meslek: Meslek, tıpkı Weber'in sosyo-ekonomik konum açıklamasındaki gibi bireyin toplumdaki yerini ifade eder. Ancak meslek bir belirleyici olarak düşünüldüğünde bazı kısıtlılıklar karşımıza çıkmaktadır (ör: emekli bireyler, evde çalışan bayanlar, engellilerin durumu gibi). Mesleğin sağlık üzerine belirleyiciliğine bakıldığında; (a) meslek gelirle güçlü bir ilişkiye sahiptir, (b) meslek sağlık çıktılarına etkiler (ör: sağlık bakımına veya eğitim olanaklarına erişimi kolaylaştığı için), (c) meslek sosyal ağlar, işe bağlı stres, kontrol ile ilişkili olduğu için psiko-sosyal sürece bağlı olarak sağlığı etkiler, (d) meslek toksik çevre koşulları, çalışma ortamı ile ilişkilidir.

d) Sosyal Sınıf: Sosyal sınıf bireylerin yaşamlarını etkileyen önemli bir sonuçtur. Sosyal sınıf

hastalık ve sağlık açısından bilinen en güçlü belirleyicidir.

e) **Cinsiyet:** biyolojik olarak 'kadın' veya 'erkek' olarak yapılan sınıflandırmanın sosyal hali 'cinsiyettir'. Cinsiyet kültürel bağ-rol ve davranışları içerir.

Ülkeler ve ülkelerin kendi içerisindeki eşitsizliklerin yıllar geçtikçe azalması beklenirken artış gösterdiği ve günümüz sağlık politikalarıyla ulaşılması belirtilen hedeflere ulaşmanın mümkün olmadığı vurgulanmaktadır (Avcı, 2009). DSÖ' nün "21.yüzyılda herkes için sağlık" hedefleri dezavantajlı konumdaki birey ve toplumların içinde bulunduğu eşitsizlikleri giderme ile ilgili iken (WHO, 1999), 2008 yılındaki raporunda: "nesiller arası farkı kapatmak; sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde sağlıkta eşitlik" konusuna yer vermiştir (WHO, 2008).

Alan yazınında kullanılan, eşitsizlik ile ilgili olarak kullanılan bazı göstergeler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Sağlıkta Eşitsizlik Araştırmalarında Kullanılan Bazı Göstergeler

Sağlığı Belirleyen Etkenlere ait Göstergeler	Yoksulluk düzeyi, eğitim düzeyi, yeterli sanitasyon ve temiz suya sahip nüfus yüzdesi, kişi başı ulusal gelir, gelir dağılımı
Sağlık Düzeyi Göstergeleri	Bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, çocuklardaki beslenme bozukluğu sıklığı, anne ölüm hızı, yasam umudu, enfeksiyon hastalıklarının sıklığı, algılanan sağlık, psikolojik sağlık, yeti yitimi
Sağlık Hizmetinde Kullanılan Kaynaklara İlişkin Göstergeler	Sağlık personeli başına düşen nüfus, sağlık kaynaklarının birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmetlerine dağılımı, yatırımlara ayrılan kaynak oranı, sağlık hizmet alt yapısının durumu, kişi başı sağlık harcaması, ulusal gelirden sağlık için ayrılan paranın oranı, Bakanlık bütçesinin genel bütçe içindeki oranı
Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Göstergeler	Bağışıklama oranları, gebelik hizmetlerinin durumu, sağlık kurumunda doğum yapan gebelerin oranı, gebelikten korunma yöntemi kullanan kadınların oranı, kişi başı hekim kullanma sıklığı

Kaynak: Belek, İ., (2004). Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya'da Beş yıllık Bir Araştırma. Ankara, TTB Yayınları.

Sağlık statülerindeki tüm farklılıklar 'adaletsiz' ve 'önlenebilir' özellik taşıdığında 'eşitsizlik' halini almaktadır (Royal College of Nursing, 2012). Davies ve diğerleri (2014: 247), sağlıkta eşitsizliğin her zaman

kişinin kendi seçimleri, genetik faktörler, yaşamsal faktörler gibi belirleyicilerle ortaya çıkmadığını da ifade etmişlerdir. Tüm sosyal belirleyiciler sağlıkta eşitsizliğin seviyelerini belirlerken; DSÖ' ye göre ekonomik-sosyal politikalar ve kanunlarla şekillendirilebilirler (Royal College of Nursing, 2012). Ancak; bazı durumlarda geliştirilen politikalar dezavantajlı gruplar ve diğer gruplar arasındaki boşluğu azaltmada başarılı olsa da; bazı yatırımlar ters etki yaparak sağlıkta eşitsizliği ve gruplar arasındaki boşluğu daha da arttırmaktadır (O'Neill vd., 2014: 57). Bu sebeple sağlıkta eşitsizlik üzerinde önemle durulan konuların başında yer almaktadır.

Dünya'da ve Türkiye'de Sağlıkta Eşitsizlik

Toplumların rutin sağlık istatistiklerinde; yoksul-zengin gruplar arasında sağlık düzeylerinde belirgin farklılıkların gözlenmesi, bozulan toplumsal uzlaşma zemini, sağlık göstergelerinin sosyo-ekonomik göstergelerin gerisinde kalmasının fark edilmesi 1970'li yılların ortalarından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun dikkatini sağlıkta eşitsizlikler konusuna yöneltti. DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) yürütme kurulları kararı ile Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da 1978 yılında yapılan toplantı sonrası yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nde sosyal bir hedef ve temel bir insan hakkı olan sağlığın en üst düzeyde gerçekleşmesi için, sağlık yanında diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin katkısı da vurgulanmıştır. Bildirgede gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki ve ülkelerin içindeki büyük sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve ekonomik açıdan kabul edilemez olduğu ve tüm dünya ülkelerini ilgilendirdiği saptandı. Bu konferansta sağlığın sosyal ve ekonomik kalkınmaya bağlı olduğu ve aynı zamanda onlara katkıda bulunduğu kabul edilerek, hükümetlerin ulusal kalkınma programlarında kırsal ve kentsel kalkınma programlarına önem vererek temel sağlık hizmetlerini güçlendirmesi ve işbirliği yapması önerildi. Böylelikle uluslararası bir platformda sağlıkta eşitsizliklere dikkat çekilmiş ve kaynağına ve çözümüne değinilmiştir (Avcı, 2009: 14-20; Türkkan, 2006: 27-28).

Bu çalışmaların yanı sıra pek çok ülkede sağlıkta eşitsizliğin nedenleri belirleme ve önlemler almaya

yönelik çalışmalar yapılmıştır. İngiltere’de 1980 yılında sağlıkta eşitsizlik ve nedenleri ve eşitsizliği önlemek adına neler yapılabileceği ile ilgili ayrıntılı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Kara Rapor (Black Report) olarak adlandırılan raporda; sağlıkta eşitsizliğin nasıl arttığına anlaşılması için dört anahtar teori geliştirilmiştir. Bu teoriler aşağıdaki şekilde özetlenmektedir (McCartney vd.,2013: 222-224):

Teori 1- Yapay Teori: Bu teoride sağlık çıktılarındaki eşitsizlik göstergeleri ile sosyal statü (gelir, eğitim, sınıf, çalışma gruplarını içerir) ve sağlık çıktıları arasındaki ilişki kullanılır.

Teori 2- Seçim Teorisi: Bu teorinin temeli kötü sağlık koşulları ile düşük sosyal statü arasındaki ilişkiye dayanır. Örneğin; düşük sosyal grupta yer alan hasta bireylerin sayısının araştırılması gibi.

Teori 3- Kültürel ve Davranışsal Teori: Sigara, alkol tüketimi, gereksiz ilaç kullanımı, diyet, fiziksel aktivite gibi alışkanlıkları olan gruplar arasındaki prevelansın sağlık eşitsizliğindeki temel neden olduğu vurgulanır. Sağlıksız alışkanlıkların özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gruplarda fazla olduğu bu sebeple negatif sağlık alışkanlıklar (örneğin sigara

içmek) ile sosyo-ekonomik faktörler arasındaki ilişkinin sağlıkta eşitsizliğe sebep olduğu savunulmaktadır.

Teori 4- Yapısal Teori: Bu teoriye göre; yaşam döngüsünün tüm evrelerinde, sosyal grupların sosyoekonomik yapılarındaki farklılıklar (gelir, güç, çevre, erişim, servet) sağlık çıktılarında farklılığa sebep olur. Örneğin; daha fazla kaynağa sahip olan toplumların sağlık çıktıları daha çok gelişir.

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler eşitsizliklerin yarattığı sorunları gelişmiş ülkelere göre daha derin yaşayabilmektedirler. Alan yazınında yer alan bazı istatistiklerde bu durum açıkça ortaya konulmaktadır (Aslan, 2007; TNSA, 2014; World Bank, 2015).

Dünya Bankası aşağıdaki tablolarda da (Tablo 2- Tablo 5) gösterildiği gibi ülkeleri sosyo-ekonomik ve diğer bazı göstergeler yönünden dört kategoriye (Bakınız Ek Liste) ayırarak zaman zaman bunlara dair bazı istatistikler yayınlamaktadır.

Tablo 2. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Çalışanları

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanları	
	GSYİH'ya Oranı (%)	Kamu Sağlık Harcaması	Cepten Harcama	Kişi Başına Sağlık Harcaması \$	1000 Kişiye Düşen Hekim	1000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe
	2013	2013	2013	2007-2013	2007-2013	2007-2013
Düşük Gelirli Ülkeler	6,4	41,5	40,7	37	0,1	0,5
Orta gelirli Ülkeler	5,8	52,8	35,8	256	1,2	2,1
Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler	5,8	52,6	35,9	235	1,2	2,0
Yüksek Gelirli Ülkeler	11,9	61,1	14,7	4,456	3,1	8,6

*Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

Kaynak: World Bank (2015), World Development Indicators

Tablo 2’de görüldüğü üzere, yüksek gelirli ülkelerde Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla’dan sağlığa ayrılan pay % 11,9 iken; düşük gelirli ülkelerde bu oran %6,4’tür. Son yıllarda yüksek gelirli ülkelerde yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerin artmasının bu oranda payı olduğu söylenebilir. Yine yüksek gelirli ülkelerde yapılan kamu sağlık harcamaları diğer ülkelere göre daha yüksek çıkmıştır. Düşük gelirli ülkelerin daha fazla cepten harcama yaptıkları görülmektedir. Tabloda belirtildiği gibi yüksek gelirli ülkelerde kişi başı sağlık harcaması

diğer ülkelere göre oldukça yüksektir. Sağlık çalışanları açısından bakılacak olursa, 1000 kişiye düşen hekim ve yardımcı sağlık personelinin (hemşire, ebe) sayısı düşük ve orta gelirli ülkelerde oldukça düşük düzeydedir. Yoksul ülkelerdeki yoksul çoğunluğun, tıp hizmetinden zenginlerden daha az yararlandığı açıktır. Azınlığın yararlandığı hizmetler sağlık bütçesinin çoğunu tüketmekte ve çoğunluğu her türlü hizmetten yoksun bırakmaktadır (Illich, 1995: 165).

Tablo 3. Çevreye ve Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Göstergeleri

ÜLKELER	İçme Suyu Kaynakları İyileştirilen Nüfus (%)	Yeterli Sanitasyon İmkânlarına Sahip Nüfus (%)	Çocuk aşılama oranları	
			Kızamık (12-23 aylık Çocukların %'si)	DPT3 (12-23 aylık Çocukların %'si)
	2015	2015	2014	2014
Düşük Gelirli Ülkeler	66	28	77	78
Orta gelirli Ülkeler	92	65	85	86
Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler	89	61	83	85
Yüksek Gelirli Ülkeler	99	96	94	95

Kaynak: World Bank (2015), World Development Indicators

Düşük gelirli ülkelerde nüfusun % 66'sını içme suyu kaynakları iyileştirilirken; yalnızca % 28'i yeterli sanitasyon imkânlarına sahiptir. Buna karşılık yüksek gelirli ülkelerde nüfusun neredeyse tamamı temiz içme suyu kaynaklarına ve yeterli sanitasyon imkânlarına sahiptir. Aşılama oranlarına bakıldığında, düşük gelirli ülkelerde aşılama oranları % 77-78'lerde iken; yüksek gelirli ülkelerde bu oran % 95'ler

seviyesindedir (Tablo 3). Dünya nüfusunun önemli kısmını oluşturan yoksul ve gelişmekte olan ülkelerdeki asıl sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklardır. Buna karşılık sağlıktaki kaynakları asıl olarak kullanan ve yönlendiren zengin ülkelerin sorunu ise bulaşıcı olmayan hastalıklardır (Belek, 1998: 16).

Tablo 4. Üreme Sağlığı Göstergeleri

ÜLKELER	Toplam Doğurganlık Oranı	Gebeliği önleyici yöntem prevalansı 15-49 evli kadınlar (%)	Doğum öncesi bakım alan gebeler (%)	Sağlık personelinin hazır bulunduğu doğum (%)
	2013	2007-13	2007-13	2007-13
Düşük Gelirli Ülkeler	4,8	30	77	52
Orta gelirli Ülkeler	2,4	66	83	71
Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler	2,6	62	82	67
Yüksek Gelirli Ülkeler	1.7	-	-	-

Kaynak: World Bank (2015), World Development Indicators

Düşük gelirli ülkelerde toplam doğurganlık oranı %4,8 iken; yüksek gelirli ülkelerde bu oran %1.7'dir. Düşük gelirli ülkelerde 15-49 yaş grubu her yüz kadından sadece 30'u gebeliği önleyici yöntem kullanırken; orta gelirli ülkelerde bu sayı 66 kişiye yükselmektedir. Düşük gelirli ülkelerde her yüz kadından 77'si doğum

öncesi bakım alırken, her yüz kadından sadece 52'sinin doğumunda sağlık personeli hazır bulunmaktadır. Orta gelirli ülkelerde ise her yüz kadından 83'ü bakım alırken, 71'inin doğumunda sağlık personeli hazır bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5. Ölüm Oranları Göstergeleri

ÜLKELER	Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı (Her 1000 canlı doğumda)	5 Yaş Altı Ölüm Oranı (Her 1000 canlı doğumda)	Anne Ölüm Oranı (100 000 canlı doğumda) (tahmini)
	2013	2015	2015	2015
Düşük Gelirli Ülkeler	59	53	76	495
Orta gelirli Ülkeler	70	31	41	185
Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler	69	35	47	242
Yüksek Gelirli Ülkeler	79	6	7	17

Kaynak: World Bank (2015), World Development Indicators

2013 yılı verilerine göre; düşük gelirli ülkelerde beklenen yaşam süresi 59 yıl iken; yüksek gelirli

ülkelerde 79 yıldır. Son elli yılda ortalama yaşam beklentisi küresel ölçekte 20 yıl kadar uzamış olsa bile en yoksul ülkeler bunun çok gerisinde bırakılmıştır (Ruger, 2008: 998). Bebek ölüm oranı düşük gelirli ülkelerde bin canlı doğumda 53 iken; yüksek gelirli ülkelerde bin canlı doğumda 6'dır. Düşük gelirli ülkelerde 5 yaş altı ölüm oranı her bin canlı doğumda 76 iken; yüksek gelirli ülkelerde 7 kişidir. Anne ölüm oranına bakıldığında; düşük gelirli ülkelerde anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 495 iken; yüksek gelirli ülkelerde 17'dir (Tablo 5). Illich (1995: 165) teknik seçkin tabakanın üyelerine sunulan tıbbi hizmetin düzeyi bir ülkeden diğerine değişmediğini, örneğin, İsveç'ten Çekoslovakya'ya, Endonezya'dan Senegal'e önemli bir değişiklik göstermediğini, farklı ülkelerdeki sıradan yurttasa sunulan hizmetin değeri bire bin oranından da fazla bir değişiklik gösterdiğini belirtmektedir.

Dünya Bankasının (World Bank, 2015) yılı Dünya Kalkınma Göstergeleri Raporu incelendiğinde, 2015 yılında yoksulluk oranının %13,4'e gerilemesi öngörülmektedir. Öte yandan sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan eğitim verilerine bakıldığında gelişmekte olan ülkelerde ilkökul eğitimi tamamlama oranının %91'e kadar (2012 yılı için) yükseldiği görülmektedir. Aynı raporda gelişmekte olan ülkelerde özellikle eğitim olanaklarına erişim açısından cinsiyetler arası farkın giderek kapandığı vurgulanmaktadır. (World Bank, 2015: 2-3). Göstergelerin gelişmesine yönelik olarak dünya çapında gerçekleştirilen politikalar ve kaydedilen ilerlemelere karşın sağlıkta eşitsizliklerin devam ettiği görülmektedir. Türkiye'de sağlıkta eşitsizlik konusuna bakıldığında, karşımıza çıkan en çarpıcı sonuç GSYİH'dan sağlığa ayrılan paydır. Her ne kadar ülkelerin üretim olanakları, gelişmişlik düzeyleri, sosyal yapıları birbirinden farklı olsa da 2013 yılı GSYİH içinde sağlığa ayrılan paylara bakıldığında Amerika'da %16,4, İngiltere'de %8,5, Kore'de %6,9, Fransa'da %10,9, Türkiye'de ise %5,1 olduğu belirtilmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ortalaması ise %8,9'dur (<http://stats.oecd.org>). Kaynak tahsisi noktasında yaşanan bu zorluk, hizmet kalitesini etkilemekte, hizmete erişim sorunlarını ve eşitsizliği de beraberinde getirmektedir. Sağlık alanında yaşanan bazı

sorunlarla mücadele sebebiyle 2000'li yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışması başlatılmıştır. Bu süreçle birlikte; politika yapıcı Sağlık Bakanlığını yeniden yapılandırmak, hizmet sunucu kurumların yapısını değiştirmek, sosyal güvenlik sistemi kapsamını geliştirmek, sağlık insan gücünün etkinliğini arttırmak gibi hedefler belirlenmiştir. 2003 yılından beri ilerleyen dönüşüm sürecinin beklenen hedeflere ulaşamadığı konusunda keskin görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Elbek ve Adaş (2009) sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte piyasa mantığı çerçevesinde yeniden yapılanan sağlık alanının farklılaşmayı da beraberinde getireceğini ve hizmete erişimde eşitsizliğin derinleşeceğini vurgulamıştır. Seren'in (2014) İstanbul'daki kamu hastanelerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm programını sağlık alanını ticarileştiren bir süreç olarak gördükleri belirlenmiştir. Mercan (2010), Ergun ve Ergun (2010) çalışmalarında sağlıkta dönüşümün piyasacı bir sağlık anlayışına sebep olduğunu, sağlık hizmetinin kamusalığını yok edeceğini, sağlık hakkına erişimi daha da kısıtlayacağını ve sağlık göstergelerinde eşitsizliklere neden olacağını ifade etmişlerdir. Öte yandan Çelikay ve Gümüş'ün (2011) sağlıkta dönüşümün etkilerini araştırmak için gerçekleştirdikleri çalışmada vatandaşların oluşan yeni sisteme olumlu baktıkları sonucu elde edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yaptığı çalışmada, kentsel yerleşim yerlerinde 1000 canlı doğumda 18 olan beş yaş altı ölüm hızı, kırsal yerleşim yerlerinde yüzde 31 daha yüksek (1000 canlı doğumda 26) çıkmıştır. Kentsel yerleşim yerlerinde 1000 canlı doğumda 16 olan bebek ölüm hızının kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızından (1000 canlı doğumda 22) yüzde 27 daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada, ölüm hızlarının bütün yaşlarda Doğu'da en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bölgeler arasında doğum kontrol yöntem kullanımı ve doğum öncesi bakımın alma durumu, sağlık personeli yarımıyla yapılan doğum oranının, tam aşıli çocukların yüzdesinin en düşük olduğu bölge doğu bölgesi(kuzeydoğu anadolu, Ortadoğu anadolu, güneydoğu anadolu) çıkmıştır (TNSA, 2014).

Sağlıkta Eşitsizlik ve Etik

Etik, insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan davranışları/eylemleri/yapıp-etmeleri ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilgilenmektedir (Mengüşoğlu, 2003; Kadıoğlu, 2007). Etiğin somut olarak ortaya çıkışı üç biçimde olmaktadır:

(1) Felsefenin bir ana alanı olarak etik, davranışlar bağlamında iyinin ne olduğu ve nelerin iyi olduğu konusunu ele almakta; insanın ideal davranışlarını formüle etmeyi amaçlamaktadır (Pieper, 1999: 16-17).

(2) Toplum yaşamında etiğin karşılığı, insanların birbirleriyle ilişkilerinde neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiğiyle ilgili bir kurallar kümesi; kısaca genel ahlakıdır (Kadıoğlu, 1999).

(3) Belli bir alanda etkinlik gösteren kişilerin uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalardaki istenen davranışların irdelendiği meslek etiğidir.

“Eşitsizlik” kavramının ahlaki ve etik boyutları vardır. Ülkeler içinde ve küresel boyutta, ülkeler arasında artan eşitsizlikler, küresel toplum sağlığı için etik tehditleri içermekte ve bu sorunları çözecek ahlaki bir çerçeve bulunmamaktadır. Günümüzde birçok yazar, en önemli ahlaki sorumluluğun sağlıktaki sosyo-ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi olduğunu ileri sürmektedir (Mills, 1999; Koçoğlu, 2006; Ruger, 2008). Sağlıkta eşitsizlikler bireysel değil toplumsal farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Küresel sağlık eşitsizlikleriyle başa çıkmak için ahlaki bir bakış açısı inşa edebilmenin zorlukları ortaya şu soruları çıkarmaktadır (Ruger, 2008: 998):

Küresel Sağlık Eşitsizlikleri Neden Ahlaki Bir Sorundur?

Sağlık eşitsizlikleri giderek uyulması gereken etik bir ilke ile sosyal adalet meselesi olarak algılanmaktadır (Reutter ve Kushner, 2010: 270). Ruger (2008: 998), küresel sağlık eşitsizliklerinin ahlaki temeliyle ilgili çok az kişinin çaba harcadığını belirtmektedir. Jean-Jacques Rousseau, sosyal sözleşmede insanlar arasındaki eşitsizliklerin, teklerin irade güçlerinin birleşerek bir toplam oluşturmalarıyla ortadan

kaldırılabilceği tezini işler (Pieper, 1999: 241). Vagerö (1995:5), hem değeri hem de onun gelecekteki yaşam tercihleri (şansı) üzerindeki etkisi itibariyle, sağlığın bu her iki yönünün de ahlaki önem taşıdığını belirtmektedir. Yazara göre, sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yönelik politikalara ahlaki açıdan bakıldığında, bunun her iki zemin üzerinden de meşrulaştırılabilecektir.

Küresel Sağlık Eşitsizliklerinin Azaltılması için Çaba Göstermek Neden Ahlaki Açıdan Meşrudur?

Küresel sağlık eşitsizlikleri ahlaki bir sorunsaldır çünkü bütün insanlara eşit saygıya dair yaptığımız çıkarım ve etik önerme bize iyi olma şansıya ve sağlıklı bir grup insan içinde herhangi bir ülke ya da toplum içerisinde doğmuş olmanın ahlaki olarak keyfiyete bağlı olamayacağını ve düzeltilmesi gereken bir şey olduğunu söylemektedir. Ahlaki olarak keyfiyet asla herhangi bir bireyin sağlığını ya da hayatta kalma konumunu belirlemenin zemini olmamalıdır (Ruger, 2008: 999). Marshall ve Burgoyne (kişisel iletişim) sağlıkla ve sağlık hizmetleriyle ilişkili olan adaletsizliklerin (Uluslararası Toplumsal Eşitlik projesinden verilere göre) özellikle eşitliğin saf haliyle algılamalarına ters düştüğünü ortaya koymuşlardır. Bu durum, özellikle bir bireyin sağlık ihtiyaçlarının bir diğer bireyin çıkarlarıyla çelişkili gibi görüldüğü hallere karşılık gelir. Örneğin, kalp operasyonu için bekleyen hastaların en adil sıralamasının ne olacağı sorulduğu zaman, 12 ülkede de görüşme yapılanların büyük çoğunluğu başvuru kriteri olarak operasyonu ödeyebilme yeterliğinin olup olmadığına bakılmasına itiraz etmişlerdir. Ancak sağlığa (ya da sağlık hizmetlerine) sahip olmakta eşit hakkın olmasına yönelik bu ön kabul evrensel olarak kabul edilmiş değildir. Menzel “tıbbi eşitlikçilik” kavramına eleştirel yaklaşmıştır. Daniels’e itiraz etme noktasında, sağlığın herhangi bir biçimde özel olduğu görüşünü tümüyle reddetmektedir. Bir bireyin adil fırsat eşitliği ya da gelecekteki potansiyeli hakkında zayıf olan sağlık durumunun kısıtlayıcı olup olmadığına, hangi aralıkta fırsatlardan bahsettiğimize bağlı olduğunu iler sürerek “...ne için potansiyel ve hangi geçici üstün olma noktasından hareketle olduğunu” sormamız gerektiğini belirtmektedir. Menzel, fakir insanların

zengin insanların yaptığı tercihlerden farklı tercihlerde bulunmasını bir rasyonalitesi olduğunu öne sürmektedir. Ve eğer sağlık eşitsizlikleri bu hür iradeli ve rasyonel tercihlerin bir sonucu ise, bu durumda, ahlakın incelemesine tabi konular değildir (Vagerö, 1995: 5-6).

Küresel Sağlık Eşitsizlikleri Nasıl Ölçülmelidir?

1990'lı yılların başında sağlıkta adaletin ne anlama geldiğini tartışan, eşitsizliklerin nasıl ölçülebileceği ve hangi politikaların ve stratejilerin bu eşitsizlikleri azaltabileceğiyle ilgili yayınlar basılmıştır (<http://www.skp.org.tr/wp-content/uploads/2010/07/EylemCercevesi.pdf>). Burada soru küresel sağlık eşitsizliklerinin karşılaştırılmasında hangi ölçünün kullanılmasının en uygun olduğundan doğmaktadır (Ruger, 2008: 1000). Ancak, toplumlar arası değerlendirme ve karşılaştırmalar yapmak için sağlığın ölçülmesi hayati derecede önemli iken, sağlıkta eşitsizlikleri ölçmeye yönelik en iyi veya en anlamlı ölçek bulunmamaktadır (Masseria, 2009: 4). Örneğin; bir ülke ortalama yaşam beklentisi olarak 50 yıl süreye erişirken bir diğer ülke 75 yıla erişebilir. Dolayısıyla daha uzun yaşam beklentisine sahip olan ülkeye, 50 yıllık sürenin bir ilerleme göstergesi olarak kullanılıp, kendi ülke nüfusunun potansiyelini tümüyle gerçekleştirdiği iddiasında bulunmasına olanak vermez. (Ruger, 2008:1000). Masseria'ya (2009:5-6) göre eşitsizliklerin değerlendirilmesinde toplanan verilerin kalitesi, ek verilerin toplanması ve sağlık anketlerinin oluşturulması (Ör. SHARE-Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe- Avrupa'da Sağlık, Yaşlanma Ve Emeklilik Anketi gibi) önemlidir.

Dezavantajlı Gruplara Ne Düzeyde Öncelik Tanınmalıdır?

Ulusal ve uluslararası kabule ve konuya verilen öneme karşın ülkeler arasında ya da ülke içinde bölgesel bazlı, dezavantajlı kimi gruplarda yaşam şansının daha düşük olduğu, hastalıkları daha ağır geçirdikleri, kronik hastalıklara ve sakatlıklara daha erken yaşta maruz kaldıkları, daha hızlı yaşlandıkları ve daha fazla acı çektikleri, düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ve yüksek standartlı sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, iyi olarak algıladıkları sağlık

durumu ile geçirdikleri yaşam diliminin daha az olduğu bilinmektedir. Daha fazla eğitilmiş, baskın etnik kökenli, yüksek statülü iş, yüksek standartlı ev sahibi, daha zengin, ayrıcalıklı kişi ya da gruplar; karşılarına göre sağlık göstergeleri bakımından daha uzun ve sağlıklı yaşarken düşük gelir seviyesi ve zayıf sosyal güçteki sosyal gruplar uzun dönemde hastalıklarında daha başarısız tedavi olmuşlar ve yetersiz sonuçlar almışlardır (Türkkan, 2006: 27). Özellikle işsizler, kadınlar, göçmenler, ırk/etnik azınlıklar gibi dezavantajlı gruplarda ortaya çıkan sağlıkta eşitsizlikler hemen hemen bütün ülkelerde ortak bir sorun olarak görülmektedir. Güler'e göre (2005: 52), engellilik tıptan yararlanmadaki eşitlik durumunu kaçınılmaz olarak bozmaktadır. Bedensel engel, en başta hastaneye ulaşılabilirlik açısından eşitlik durumunu bozmaktadır. Problemin diğer bir cephesinde ise, kişinin engelli ve hasta olması durumunda hasta olarak kazanabileceği bazı haklara sahip olamamasıdır. İngiltere'de gelir düzeyi farklılığı nedeniyle aynı yaş grubu ve cinsiyetteki yoksullar, zengin yaşlılarından ortalama 5 yıl daha az yaşamaktadır. Bu farklılık ABD ve Almanya'da ortalama 4 yıldır. Benzer şekilde İngiltere'de sınıfsal farklılık nedeniyle alt ve üst sınıflar arasında erkeklerde 8 yıl, kadınlarda ise yaklaşık 6 yıl yaşam süresi farkı vardır (Şimşek ve Kılıç, 2012: 119). Türkiye'de yapılan çalışmaların birinde kadınların devlet memuriyetine girme, çalıştığı işte terfi etmek, devlet hastanesinde tedavi olmak gibi konularda erkeklere nazaran daha fazla ayrımcılığa uğradığı belirlenmiştir (http://ipc.sabanciuniv.edu/wp-content/uploads/2014/02/T%C3%BCrkiyede-Sosyal-Esitsizlik-final_.pdf). Aynı şekilde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere nazaran daha fazla ayrımcılığa uğradığı belirlenmiştir (TNSA, 2014). Demirel ve Akın (2014: 243), özellikle dezavantajlı konumda olan bireylerin sağlıkta eşitsizlikler konusunda bilgilendirilmeye ve savunuculuğa gereksinimi olduğunu ileri sürmektedirler.

Küresel Sağlık Eşitsizliklerinin

Azaltılması Neyi Gerektirir?

Ruger (2008: 1001), sağlık eşitsizliklerinin tek başına piyasa mekanizmaları aracılığıyla ortadan

kaldırılmayacağını ifade etmektedir. Sağlık eşitsizliklerini azaltmak için kaynakların yeniden dağıtılması; ilgili mevzuat ve politika hazırlanması, kamuda yeniden düzenleme ve gözden geçirmelerin yapılması ve kamu mallarının oluşturulması gerektiğini belirtmektedir. Öngen (1998: 92), toplumsal eşitsizliklerin temel kaynağına inilmeden ve eşitsizliği doğuran ya da yeniden üreten ekonomik ve sosyal süreçler ortadan kaldırılmadan eşitlikçi bir düzenin kurulmasının mümkün olmayacağını belirtmektedir. Koçoğlu'nun yazınında (2006: 28), sağlıkta eşitsizliğin ortadan kaldırılması için en etkili yöntemin sosyal adaletsizliğin önlenmesi olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle her ülke kendi politikalarında yer alan bütün uygulamaları sağlıkla ilişkili olsun olmasın eşitsizlik açısından değerlendirmelidir. İngiltere'de sağlıkta eşitsizliğin gelir ve güç eşitsizliği ile senkronik şekilde arttığı, eğer gelir ve güç yeniden dağıtılsa eşitsizliklerde azalma olabileceği ifade edilirken; sağlıkta eşitsizliğin daha çok söz konusu olduğu yoksul kesime yönelik politik yaklaşımların hayati öneme sahip olduğu vurgulanmıştır (McCartney vd., 2013: 225). Shaw ve diğerleri (2009: 250) toplumsal olarak dışlananların sağlıklarının geliştirilmesi konusunda bazı politik önermelerde bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; azınlık ve göçmen haklarını korumak üzere yasal düzenlemeler, işsiz insanlara uygun bir yaşam standardı sağlamak üzere gelir desteği/refah düzeni, az gelirliyi korumak üzere uygun asgari ücretler, refah ve gelir eşitsizliklerinin azaltılmasını amaçlamak, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimdeki engellerin ortadan kaldırılması, işsizlere iş olanaklarının sağlanmasıdır. Yapılan bir çalışmada 'politikaların' sağlık eşitsizliklerine etkisinin değerlendirilmesi, çocuklu ailelerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesine öncelik verilmesi, gelir eşitsizliklerinin azaltılması için çalışmalar yapılması ve fakir bireylerin yaşam standartlarının iyileştirilmesi çalışmalarına vurgu yapılmıştır (Belek,1998: 126-127). Alan yazınında, sağlık hizmetlerine ulaşmada insanların sıklıkla bilgisiz olduğu bu yüzden sosyal belirleyicilerdeki eşitsizlik konusunda halkın bilincinin artırılması ve politikalar konusunda da insanların bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Demirel ve Akın, 2014: 238). Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin azaltılması çabaları sağlık

eşitsizlikleri hedefleyen müstakil faaliyetlerden ziyade, sosyal ve ekonomik politikalarla entegre olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 13). Şimşek ve Kılıç'a (2012: 124) göre, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın yolu sınıfsal farklılıkları azaltmak, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı hale getirmek olmakla birlikte esas çözüm sınıflı toplum yapısının ortadan kaldırılmasıdır. Dolayısıyla sınıfların ortadan kalkması eşit sağlık hizmetleri ve eşit toplum için şarttır. Bu durumda eşitsizliklerin yok edilmesi için ideolojik bir değişim gerektiği açıktır.

Orantısız Olarak Küresel ve Ulusal Aktörlere ve Kurumlara ne gibi Görev ve Sorumluluklar Yüklenmektedir?

Ruger'e göre (2008: 1001), küresel aktörler ve kuruluşlar (BM, Dünya Bankası ya da IMF vb.) refah, güç, toplumsal, ekonomik ya da politik fırsatlar konularında var olan eşitsizliklerin çarelerini bulmakla yükümlüdürler. Küresel aktörler ve kuruluşlar eşit sağlık sonuçlarına erişmek hususunda birincil olmasa da ikincil rol oynarken küresel piyasa başarısızlıklarını düzeltme, kamu malları üretme ve küresel ölçekte eşitlik ve adalet olgusunu dikkate alarak sorunlara eğilme isteğindedirler. Ancak zengin ülkelerin Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi BM Örgütlerini kullanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık programlarını yanlış yönlendirdikleri ve önerileri dikkate almadıkları da çeşitli yazarlarca dile getirilmektedir. Hatta DSÖ, emperyalizmin sağlığa etkileri konusunda yeterince sesini çıkartmadığı ve sağlık örgütlenmesi sorunu olan ülkelere kamusal sağlık hizmeti yerine ABD modeli olan sigortaya dayalı sağlık hizmeti önerdiği için eleştirilmektedir (Dedeoğlu, 2002: 90). Bağımsız ulus devletler küresel sağlık eşitsizlikleriyle ilgilenmek için başlıca ve öncelikli olarak yükümlülüğe sahiptirler. İlk olarak ulusal aktörler ve kurumlar bireylerin sağlıklı olma koşullarını yaratmak konusunda asıl sorumluluk sahibi olarak kabul edilmektedirler; devlet idareleri sağlık alanında gerçekleşen mevcut durum ve potansiyel arasındaki eksiklerle başa çıkarak bunları azaltmak için doğrudan ilişkiler kurabilecek bir pozisyonadılar. Bu duruma sağlığın sosyal,

ekonomik ve politik bileşenleriyle ilgilenecek çözüm üretme çalışmaları da dâhildir. İkinci olarak devletlerin eşitlikçi, karşılanabilir bir tedavi ve kamu sağlığı hizmetler ağına sahip olmasının kurumsal alt yapısını oluşturmak anlamında birinci derecede sorumlu olduğu varsayılmaktadır; bu husus ise sağlığa ilişkin kaliteli mal ve hizmetlere eşit erişimin temin edilmesini içermektedir; bu mal ve hizmetlere, benzer nitelikte ve kontrol edilen diğer bileşenler de dâhildir ve şunları kapsar: güvenli beslenme ürünleri, her türlü sağlıklı gıda, temiz içme suyu, temel sağlık hizmetleri, uygun yaşam koşulları, gerekli tedavi hizmetleri, kamu sağlığı denetimi ve sağlık bilincinin yaygınlaştırılması (Ruger, 2008: 1001-1002).

Sonuç

Dünya'daki bütün ülkeler arasında ortak bir soru olarak saptanan sağlık eşitsizlikler, uyulması gereken etik bir ilke, sosyal adalet meselesi ve ahlaki bir sorun (Ruger, 2008: 999; Reutter ve Kushner, 2010: 270) olarak görülmesine rağmen, ölçülmesine yönelik en iyi veya en anlamlı ölçek bulunmamaktadır (Masseria, 2009: 4). Ancak alan yazınında sıklıkla benzer değişkenlerin kullanıldıkları gözlenmektedir. Yapılan bu çalışmada, ülkeler arası sağlık hizmetlerinin (bireye ve çevreye yönelik) karşılaştırmada bir diğer deyişle eşitsizliklerin ortaya konmasında kullanılan tablolar Dünya Bankası'nın 2015 yılında yayınladığı Dünya Kalkınma Göstergeleri kitabından, Türkiye'deki eşitsizlikler ise Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2015 yılında yaptığı çalışmadan alınmıştır.

Mortalite, morbidite ve kişinin bildirdiği sağlık durumundan hangisini göz önüne alırsak alalım veya sosyo-ekonomik konum göstergelerinden-gelir, sınıf, ev sahibi olma durumu, yoksunluk ve eğitim durumu-hangisini kullanırsak kullanalım, sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olanlar sağlık açısından da kötü durumdadır. Bu durum, sadece toplumda en yoksulların kötü bir sağlığa sahip olmaları şeklinde değildir; aynı zamanda sağlıksızlık ve mortalite farklılıkları, tüm sosyo-ekonomik katmanları kapsamaktadır (Shaw vd., 2009: 226-227). Ancak sağlıkta eşitsizliklere bölge ve ülke içinde en fazla maruz kalan kesimlerin sosyo-ekonomik yönden düşük toplumsal gruplar (dezavantajlı gruplar)

olduğu, bunun yanında uluslar arası karşılaştırmalara bakıldığında da yoksul ülkelerin olduğu gözlenmektedir. Tıp etiğinin en önemli ilkesinden biri olan adil olma ilkesi sağlıkta eşitsizliğin önlenmesi konusunda yol göstericidir. Şimşek ve Kılıç, (2012) sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi için ideolojik bir değişim gerektiğini öne sürmektedirler. Kimi yazarlar tarafında sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak konusunda uluslar arası örgütlere (BM, DSÖ, WB, UNICEF) önemli roller düştüğü ifade edilirken (Ruger, 2008), sözü edilen bu örgütlerin çalışmalarında farklı niyetler olduğunu dile getiren araştırmacılar da bulunmaktadır (Dedeoğlu, 2002). Sağlıkta eşitsizlikleri iyileştirmek konusunda yukarıda da bir kısmına değinildiği üzere refah ve gelir eşitsizliklerinin azaltılması, refahın yeniden dağıtılması, yoksul insanların yaşam koşullarının iyileştirilmesi, az gelirliyi korumak üzere uygun asgari ücretler, hizmetlere erişimdeki engellerin kaldırılması, kamu olanaklarının ve niteliğinin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, sağlık hizmeti toplumun gereksinmelerine yönelik planlanması, halkın bilincinin artırılması ve politikalar konusunda da insanların bilgilendirilmesi gibi konularda bir dizi öneriler sunulmaktadır.

Kaynakça

- Aslan, D. (2007). Sağlık için riskler bölgelere-yerleşimlere göre farklılık gösteriyor mu? AH bu farklılığın etkilerini giderebilir mi?. M. Eskiocak (Ed.), Kentsel bölgede sağlık örgütlenmesi: çok sektörlü yaklaşım aile hekimliği ülkemiz için uygun bir model midir? İçinde (s.79-81). Ankara, Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Avcı, İ.A. (2009). Temel sağlık hizmetleri içinde, Halk sağlığı hemşireliği, 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık.
- Avni, S., Filç, D., & Davidovitch, N. (2015). The Israeli Medical Association's discourse on health inequity', *Social Science&Medicine*, Volume 144, 119-126.
- Belek, İ. (1998). Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Birinci Baskı, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2004). Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler Antalya'da beş yıllık bir araştırma. Ankara, TTB Yayınları.
- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 66, No. 3, 55-92.
- Davies, J.K. & Sherriff, N.S. (2014). Assessing public health policy approaches to level-up the gradient in health inequalities: The Gradient Evaluation Framework, *Public Health*, 128(3), 246-25.

- Dedeoğlu, N. (2002). Dünya Sağlık Örgütü, Toplum ve Hekim, 17(2), 88-90.
- Demirel, A., ve Akın, B. (2014). Sağlıkla ilişkili olarak sosyal adalet, eşitlik ve hemşirelik, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 238-245.
- Elbek, O., ve Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(1), 33-43.
- Ergun, C., ve Ergun, A. (2010). Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir tartışma, Toplum ve Demokrasi, Cilt 4, Sayı 8-9-10, 33-54.
- Güler, E.K. (2005). Tıbbi ortamların ve ilişkilerin engelli kişilere uygunluğunun etik yönden değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana.
- Hamzaoğlu, O. (2014). Eşitlik –Hakkaniyet- Hak, Toplum ve Hekim, 29(1), 24-31.
- Illich, I. (1995). Sağlıkın Gaspsı, İstanbul, Birinci Baskı, Ayrıntı Kitapevi.
- Kadıoğlu, S., (1999). Tıp ve Genel Ahlak. Arda B. Tıp Etiği Araştırmaları, Ankara. Biyoetik Derneği Yayınları.
- Kadıoğlu, S. (2007). Etik Etik Dedikleri. III. Koloproktoloji-Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı. Adana.
- Koçoğlu, D. (2006). Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Konya.
- Masseria, C. (2009). Health inequality, Why is it important and Can We actually measure it?’, Eurohealth, 15(3), 4-6.
- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications?, Health Policy, 113(3), 221-227.
- Mengüşoğlu, T. (2003). Felsefeye Giriş. 8. Baskı, İstanbul, Remzi Kitapevi.
- Mercan, S. (2010). Sağlıkta dönüşümün son halkası: güvencesizleştirme 4-C’li hastane birlikleri’, TEB Haberler, Sayı 2, 13-15.
- Mills, C. (1999). Eşitlik ve sağlık anahtar konular ve WHO’nun Rolü, Çeviren: İlker Belek, Toplum ve Hekim, 14(2), 145-149.
- O’Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottied, K., Clarke, M., Evans, T., Pardo J., Waters, E., White, H., & Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: Using progress ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health’, Journal of Clinical Epidemiology 67, 56-64.
- Öngen, T. (1998). Eşitsizliğin Sınıfsal Temelleri, Toplum ve Hekim, 13(2), 91-92.
- Pieper, A. (1999). Etiği giriş, Çevirenler: Veysel Ataman, Gönül Sezer, İstanbul, Ayrıntı Yayınları.
- Reutter, L., & Kushner, K.E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. Nursing Inquiry, 17(3), 269-280.
- Royal College of Nursing (2012). Health inequalities and the social determinants of health. Policy Briefing No.1/12, London.
- Ruger, J.P. (2008). Ethics and governance of global health inequalities. J Epidemiol Community Health (60), 998-1003.
- Sağlık Bakanlığı, (2010). Sağlığı kazanmak Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü stratejisi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 782.
- Saraçoğlu, G.V. (2014). Dünya’da kadın sağlığındaki eşitsizlikler, Toplum ve Hekim, 29(1), 32-40.
- Seren, A.K. (2014). Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1), 19-24.
- Shaw, M., Dorling, D., & Smith, G.D. (2009). Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar. sağlığın sosyal belirleyicileri. Marmot, M., Wilkinson, R.G. (Ed.), Çeviri Editörleri Kayı, İ., Yasin, Y., İnsev Yayınları, 1. Basım, İstanbul.
- Şimşek, H., ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(2), 116-127.
- TNSA, (2014). 2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Türkkan, A. (2006). Kentlerde sağlıkta eşitsizlikler, Kent ve Sağlık Sempozyumu, Bursa.
- WHO. (1999). Health 21: The health for all Policy framework for the WHO European region Denmark. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf Erişim Tarihi: 4.2.2015.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf Erişim Tarihi: 15.2.2015.
- Vagerö, D. (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. sociology of health&illness, 17(1).
- World Bank. (2015). World Development Indicators, DOI: 10.1596/978-1-4648-0440-3. http://ipc.sabanciuniv.edu/wp-content/uploads/2014/02/T%C3%BCrkiyede-Sosyal-Esitsizlik-final_pdf, Çarkoğlu, A., Kalaycıoğlu, E., Türkiye’de Toplumsal Eşitsizlik 2009, Erişim Tarihi: 05.12.2015.
- <http://stats.oecd.org/>, OECD, Health expenditure and financing, Erişim Tarihi: 15.12.2015.
- http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf, Erişim Tarihi: 18.11.2015
- <http://www.skb.org.tr/wp-content/uploads/2010/07/EylemCercevesi.pdf>, Sağlıklı Şehirler, Sağlık Alanındaki Eşitsizliklerin Sosyal Belirleyicileri ile Mücadele Ediyor: Bir Eylem Çerçevesi, Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action adlı yayından Tercüme Sağlıklı Kentler Birliği, 2013.
- http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf, Erişim Tarihi: 15.10.2015.