



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1094643>

Derleme

Sağlıkta Hakkaniyet Equity in Health

Mail ÖZÇELİK *.a

^a Dr., İSTANBUL, TÜRKİYE.

ÖZET

Sağlıkta hakkaniyet, bireylerin ya da hançalklarının herhangi bir koşula bakılmaksızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kullanabilmesidir. Sağlıkta hakkaniyet “yatay” ve “dikey hakkaniyet” olmak üzere iki boyutta değerlendirilmektedir. Yatay hakkaniyet, eşit sağlık ihtiyacı olan bireylerin eşit düzeyde hizmet alabilmesidir. Dikey hakkaniyet ise, daha fazla sağlık ihtiyacı olan bireylere daha fazla sağlık hizmetinin sağlanması anlamına gelir. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizlikler genel olarak sosyal eşitsizliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada özellikle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hakkaniyetli sağlık konusunda çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar büyük ölçüde sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan sosyal ve ekonomik faktörlerden ve sağlık hizmeti kullanımına dair yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü çalışmalarında sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizliklere vurgu yaparak, sağlık bakım sistemi ve sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin yapılması gerekenler konusunda ülkelere öneriler geliştirmiş ve sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmaları konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu nedenle ülkelerin kendine özgü ve nüfusun sağlık sorunlarını yansıtan hakkaniyet ölçüm çerçevesi geliştirmeleri ve toplumda yaşanan sağlık hakkaniyetsizliklerinin tespit edilerek sağlık sonuçlarını iyileştirmeleri önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sağlıkta hakkaniyet kavramı, hakkaniyetin boyutları, sağlıkta hakkaniyeti artırmaya yönelik bilgiler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hakkaniyet, Sağlık, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Equity in health is the ability of individuals or households to use the health service they need regardless of any conditions. Equity in health is evaluated in two dimensions as “horizontal” and “vertical equity”. Horizontal equity means that individuals with equal health needs receive equal services. Vertical equity means providing more health services to individuals with more unique health needs. Inequities in health are generally the result of social inequality. In the world, especially in underdeveloped or developing countries, there are various problems regarding equitable health. These problems are due to social and economic factors called social determinants of health, and inadequacies in the use of health services. By emphasizing the inequities in health in its work, the World Health Organization has developed recommendations for countries on what to do about the health care system and the social determinants of health and advises them to reduce inequities in health. For this reason countries to develop an equity measurement framework that reflects the health problems of the population and identify health inequities society and improve health outcomes. This study presents the concept of equity in health, the dimensions of equity, and information increasing equity in health.

Keywords: Equity, Health, Social Determinants of Health, Health Services

*Sorumlu Yazar: Mail ÖZÇELİK

Adres: Akçaburgaz mah.3018.sok.No:18 D:10 Esenyurt-İstanbul

e-posta: mailozcelik18@gmail.com

Geliş tarihi: 28.03.2022

Kabul tarihi: 09.10.2022

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir (Sadana ve ark., 2011). Bireyin ya da hane halklarının sağlığı, sağlık sistemi politikaları ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere, bireylerin genel eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey ve sağlık alışkanlıkları gibi nüfus sağlığı üzerinde belirleyici olan pek çok dış faktörden etkilenmektedir. İyi sağlığın belirleyicileri içinde önemli bir konuma sahip olan sağlık sistemi, sağlığın korunması, zamanında ve etkili tedavi ya da rehabilitasyon programları uygulayarak hastalık ve sakatlıkların iyileştirilmesi, sağlık statüsünün artırılması ve sağlığın geliştirilmesi için bir dizi faaliyet ve prosedürlerden sorumludur (Donev ve ark., 2013).

DSÖ (1999), sağlık sistemini, sağlığı yükseltmeyi temel amaç edinmiş tüm organizasyonlar, kurumlar ve kaynaklardan oluşan bir yapı olarak tanımlar (Murray ve Frenk, 2000). Her sağlık sisteminin adil bir şekilde karşılaması gereken asgari şartlar vardır. Bunlar; akut ve kronik sağlık ihtiyaçları için kaliteli hizmetlere erişim, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme, ortaya çıkan bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, nüfusun yaşlanması ve küresel çevresel değişikliklerinin sağlık üzerindeki etkilerine yönelik sistemin uygun cevap verebilirliğidir (Donev ve ark., 2013). DSÖ'nün sağlık sistemi performans değerlendirmesinde kullandığı yeni stratejisi; sağlığı yükseltmek, hizmette yeterlilik ve finansmanda adalet vurgusudur (Murray ve Frenk, 2000). DSÖ 1998 Raporu'nda, 21. yüzyılda herkes için “hakkaniyetli sağlık” konusu üzerinde durulmuş, hakkaniyetli olmayan bir sağlık sisteminin istenen performansı gösteremeyeceği ifade edilmiştir. DSÖ, sağlıkta hakkaniyetin önemi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin artırılması için yapılması gerekenler ve belirli aralıklarla sağlık sistemlerinin hakkaniyet performanslarının ölçülmesi konusunda dünya ülkelerine bir takım önerilerde bulunmuştur (WHO, 1998).

Sağlıkta hakkaniyet, herkesin iyi sağlık için ihtiyaç duyduğu tüm hizmetlere erişebilmesi ve hiç kimsenin sosyal konumu veya diğer sosyal faktörler nedeniyle hizmetlere ulaşmada dezavantajlı konuma düşmemesidir. Hakkaniyeti geliştirmeye yönelik eylemler arasında iyi sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinin dağıtımı, hizmetlerinin sürdürülebilirliği, erişimde kolaylık, temel kamu mal ve hizmetlerin etkin sunumu ve sağlıkla ilgili kaynakların adil tahsisi gibi kıstaslar yer almaktadır (Tang ve ark., 2008). Birleşmiş Milletler Bin Yıllık Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında, sağlık kazanımlarının sürdürülmesi ve hakkaniyetli sağlık hizmetinin artırılması konuları öncelikli hedefler olarak yer almaktadır (Marmot ve Bell, 2018; Olayinka ve ark., 2016).

Bu çalışmada amaç, sağlıkta hakkaniyet kavramını açıklayarak, hakkaniyeti artırma konusunda bir bakış açısı oluşturmak ve sağlıkta hakkaniyet konulu çalışmalara ışık tutmaktır.

1. Sağlıkta Hakkaniyet Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre “hakkaniyet (equity)” sözcüğü, “hak ve adalet, doğruluk, uygunluk” anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 1932). “Hakkaniyet” ve “eşitlik” terimleri güncel hayatta eşanlamlı olarak kullanılmaktadır (Braveman, 2014). Aynı şekilde sağlık eşitsizlikleri (inequalities) ve sağlıkta hakkaniyetsizlik (inequities) terimlerinin de birbirinin yerine kullanıldığını görmekteyiz. Oysaki “eşitlik (equality)”, kelime anlamı olarak iki veya daha çok şeyin eşit olması durumunu ifade eder ve denklik” anlamına gelir (Türk Dil Kurumu, 1932). Hakkaniyet, sosyal adalet ilkesini temel alan etik bir kavramdır. Sağlıkta hakkaniyet, doğası gereği normatif, dağıtımcı adalet etik ilkesine dayanan ve insan hakları ilkeleriyle uyumlu etik bir değerdir (Braveman ve Gruskin, 2003; Jacob Novignon, 2014; Östlin ve ark., 2005). Sağlıkta eşitlik ise, aynılıktır ve matematiksel bir eşitliği ifade eder (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Sağlıkta eşitlik ile hakkaniyet kavramı aynı şey değildir. Eşitlik istatistiksel bir ölçüdür (Cookson ve ark., 2016), hakkaniyet ise eşit sonuçların sağlanmasıyla ilgilenir (Hugo ve ark., 2010). Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise, eşitlikten söz edilir. Bununla birlikte tüm sağlık eşitsizlikleri adaletsiz olarak değerlendirilemez. Örneğin, genç yetişkinlerin yaşlı nüfustan daha sağlıklı olması doğaldır. Erkek olarak doğan çocuklar, kızlara göre ortalama olarak daha yüksek doğum ağırlığına sahip olma eğilimindedir. Erkeklerde prostat sorunları varken, kadınlarda yoktur. Dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinden herhangi birinin haksız ya da adaletsiz olduğunu iddia etmek zor olacaktır (Braveman ve ark., 2001; Braveman, 2014). Hakkaniyet ve eşitlik kavramları birbirinden farklı olsa da, sağlıkta hakkaniyetin işlevsel hale getirilmesi ve ölçülmesinde eşitlik kavramı vazgeçilmezdir. Sağlıkta hakkaniyetin değerlendirilmesi, sağlığın ve onun sosyal belirleyicilerinin, daha çok ve daha az avantajlı sosyal gruplar arasında karşılaştırmasını gerektirir (Braveman ve ark., 2001). Bir ülkedeki nüfus grupları arasında yaşanan, etnik ayrımcılık, iyi eğitime erişim engelleri, gelir farklılıkları, sağlıksız konutlar, güvenli olmayan çevre ve olumsuz iş koşulları gibi sosyal eşitsizlikler bireylerin iyi sağlık uygulamalarına ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırarak sağlık hakkaniyetsizliklerini artırmaktadır. Eşit olmayan ya da düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanların daha sık hastalanması ya da daha erken ölmesi sağlık eşitsizlikleri ile açıklanmaktadır (WHO, 2019). Sağlıkta eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratılması ve sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirilmesidir (Ramirez ve ark., 2012).

Literatürde sağlıkta hakkaniyet kavramı üzerine çok sayıda tanım yapılmıştır. DSÖ, hakkaniyeti "toplumsal, ekonomik, demografik, coğrafik veya diğer kategorilere göre tanımlanmış insan grupları arasında önlenebilir, haksız veya düzeltililebilir farklılıkların olmaması" şeklinde tanımlamaktadır (Leclerc ve ark., 2008). Sağlıkta hakkaniyet yaygın olarak, nüfus grupları arasında sistematik eşitsizliğin olmaması olarak açıklanmaktadır (Braveman, 2003; Braveman, 2006; Östlin ve ark., 2005). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, eşit hizmet ihtiyacı için eşit erişim, hizmetlerden eşit yararlanma ve eşit sağlık sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sağlık kaynaklarının ihtiyaca göre tahsis edilmesi ve finansmanın ödeme gücüne göre ayarlanması anlamına gelmektedir (Braveman, 2003; Hugo ve ark., 2010). Bu durum, ideal olarak herkesin tam sağlık potansiyeline ulaşmak için adil bir fırsata sahip olması gerektiği ve hiç kimsenin bunu başarma konusunda dezavantajlı ya da kısıtlı konuma düşürülmemesi anlamını taşır (Chang, 2002; Wilf-Miron ve ark., 2021). Hakkaniyette, sağlık için eşit fırsatlar yaratılması ve sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirilmesi ve sağlığın optimal düzeyde gerçekleşmesinin teşvik edilmesi beklenmektedir. Hakkaniyetli bir sağlık sistemi, tüm bireyler ve özellikle dezavantajlı gruplar (boşanmış ya da eşi ölmüş kadınlar, çocuklar, engelliler, yoksullar, mülteciler gibi) açısından, sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirebilecek konularla ilgilenmelidir. Hakkaniyet, sağlıkta az ya da çok avantajlı sosyal gruplar arasında sistematik bir eşitsizliğe neden olmayacak şekilde kaynakların ve diğer bakım süreçlerinin adaletli dağılımına dikkat çeker. Bu, yalnızca sağlık hizmetleri kaynaklarının ve programlarının değil, çoğu sağlık sektörünün doğrudan kontrolü dışında olan, sağlığın şekillenmesinde belirleyici olan tüm kaynakların, politikaların ve programların adil dağıtımını ve tasarımı da ifade etmektedir (Anand, 2002; Nolen ve ark., 2005; Olayinka ve ark., 2016).

Daha ölçülebilir bakış açısıyla sağlıkta hakkaniyet, sağlığın sosyal belirleyicileri göz önüne alındığında, farklı sosyal düzeylere sahip insan grupları arasında, sağlık bakımından sistematik farklılıkların olmamasıdır. Örneğin sosyal olarak kırılğan gruplar arasında yer alan kadın-çocuk nüfus, farklı ırk ve etnik kökene sahip ve yoksul bireylere yönelik, sağlık, refah ve sosyal açıdan kısıtlılık yaratacak durum ve uygulamaların ortadan kaldırılmasıdır (Venkatapuram ve ark., 2010). Hane halkları ve bireyler sağlığı korumak, geliştirmek ve sürdürmek veya iyileştirmek için gerekli olan sıhhi ve sosyal önlemlere erişme fırsatına sahip olmalıdır (Alleyne, 2000). Yapılan tanımlar çerçevesinde, sağlıkta hakkaniyetin son derece geniş tabanlı bir konu olduğu ve büyük ölçüde sağlık sektörünün ötesindeki adalet sorunları ile ilgilendiği söylenebilir (Hahn ve ark., 2020).

2. Sağlıkta Hakkaniyetin Boyutları

Sağlık hizmetleri, nüfusun çeşitli sağlık ihtiyaçları ve taleplerini karşılamak amacıyla bir dizi önleyici, tedavi edici ve sağlığı geliştirici faaliyet, uygulama ve süreçleri içermektedir (Donev ve ark., 2013). Bireylerin bu hizmetlere zamanında erişimi, kaliteli bakım ve tedavi alma, hizmetler için adil bir sağlık harcaması ve elde edilen sağlık sonuçlarının istenilir düzeyde gerçekleşmesi hakkaniyetli sağlık hizmetinden beklenen sonuçlardır (Coudouel ve Paternostro, 2005). Sağlık hizmeti hedef ve faaliyetlerinin bu çerçevede şekillenmesi hakkaniyetsizlikleri büyük ölçüde azaltacaktır.

Sağlık politikaları kapsamında incelendiğinde hakkaniyet, "yatay" ve "dikey" olmak üzere iki terimle açıklanmaktadır (Coudouel ve Paternostro, 2005) (Tablo 1).

Tablo 1. Hakkaniyetin Boyutları

	Yatay hakkaniyet	Dikey hakkaniyet
Sağlık hizmetlerine erişim	Benzer ihtiyaçları olan bireyler, benzer hizmet erişimine sahiptir.	Daha fazla ihtiyacı olan bireyler daha fazla veya daha yoğun hizmete erişebilir
Sağlık hizmetleri finansmanı	Aynı sosyoekonomik durumda sahip olanlar, sağlık hizmeti için aynı ücreti öder.	Zengin hane halkları, yoksul olanlara göre daha fazla ödeme yapar
Sağlık harcaması	Aynı sosyoekonomik konumda veya benzer sağlık düzeyinde olanlar, kamu tarafından finanse edilen hizmetlerden aynı miktarda pay alırlar.	Daha yoksul ve daha fazla hastalığa sahip olan hane halkları, daha zengin ve sağlıklı hane halklarından daha fazla pay alır.
Sağlık sonuçları	Sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak tüm hane halkları benzer sağlık sonuçlarına sahiptirler.	

Kaynak: Coudouel ve Paternostro, 2005

Sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyet (horizontal), eşit düzeyde sağlık ihtiyacına sahip bireylerin, ödeme güçlerinden (gelirlerinden) bağımsız olarak aynı bakım ve tedaviyi alması gerektiğini ifade eder (Braveman, 2006). Yatay hakkaniyet, bireylerin sosyoekonomik durumları, yaşadıkları yer, coğrafi bölge ve eğitim düzeylerinden bağımsız olarak aynı ihtiyaç için aynı ya da eşit muamele görmeleri anlamına gelmektedir. Başka bir ifade ile, benzer sağlık bakımına ihtiyacı olan bireylerin, yoksul ya da zengin, genç ya da yaşlı, siyah ya da beyaz olup olmamasına bakılmaksızın aynı tedavi ve bakımı alabilmesidir. Dolayısı ile aynı ihtiyaca sahip bireylerin farklı miktar ya da şekilde sağlık hizmeti alması sağlıkta yatay hakkaniyetsizliğe neden olmaktadır (Braveman, 2006; Olayinka ve ark., 2016; Zhou ve ark., 2013).

Dikey hakkaniyet (vertical), maliyetlerin ve faydaların farklı statüye sahip gruplar arasındaki dağılımını ifade etmektedir. Dikey hakkaniyette, daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı olan bireylerin daha fazla sağlık kuruluşuna erişim ve hizmet kullanımı söz konusudur (Starfield, 2011). Kaynakların tahsisine yönelik dikey hakkaniyet, farklı ihtiyaç seviyeleri için farklı kaynakların tahsisini gerektirir. Örneğin, evrensel bir sağlık planı, herkesin bir noktada sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu temelinde yatay hakkaniyete hitap edebilir. Ancak yoksul olan kişiler için aynı düzenleme dikey hakkaniyete hizmet etmeyecektir (West-Charles, 2001). Hizmete erişim kapsamında dikey hakkaniyette, sağlık durumunun bireyden

bireye farklılık gösterdiği ve bu farklılıklara göre alınan hizmetin değişmesi söz konusudur. Örneğin grip olan bir hasta ile zatürre olan bir hastaya aynı tedavi ve bakım uygulanmamaktadır (Çelik, 2013).

Sağlık hizmetleri finansmanında yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer gibi farklılıklara bakılmaksızın aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır. Örneğin, bir ülkede farklı yerel bölgelerde, farklı vergi oranları uygulanması finansmanda hakkaniyeti destekler. Ancak aynı vergi oranı uygulandığında zengin bölgeler için daha çok gelir, yoksul bölgeler için daha az gelire neden olabileceğinden dikey hakkaniyetsizlik ortaya çıkabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008; Wagstaff ve ark., 1991). Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet ise, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hane halklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapmasıdır. Başka bir deyişle, ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulunmasını açıklar. Bireylerin ödeme gücü yükseldikçe, sağlık finansmanına daha fazla katkı yapması beklenir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008; Manavgat, 2019). Adil bir sağlık sistemi için, aynı ihtiyaçlar karşısında sağlanan sağlık hizmetlerinde herhangi bir farklılık olmaması, daha fazla sağlık ihtiyacı olduğunda daha fazla sağlık hizmetinin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Abimbola ve ark., 2019; Zhou ve ark., 2013).

3. Sağlıkta Hakkaniyet Nasıl Artırılır?

Literatürde sağlık hizmeti kullanım ve erişiminde farklı insan grupları arasında belirgin ayrılıklar olduğuna dair bazı çalışmalara rastlamak mümkündür. Dei ve Sebastian (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi ve eğitimin ayaktan tedavi almayı kolaylaştıran güçlü belirleyiciler olduğu ve bu iki faktörün hizmet kullanımında gözlemlenen yatay hakkaniyetsizliği artırdığı belirtilmiştir. Peltzer ve ark. (2014)'nin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkeleri kapsayan bir çalışmasında, yaşlı kişilerin ayakta tedavi hizmetlerini kullanma olasılığının diğer yaş gruplarına göre yaklaşık %30 daha az olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda bebek ölümlerinin, eğitim seviyesi ve gelir eşitsizliği ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kim ve Saada, 2013). Sosyoekonomik eşitsizliğin akut ve kronik hastalıkların farklı toplumsal tabakalar için farklı sosyal ve ekonomik sonuçları vardır. Örneğin ciddi ve kronik hastalıklar, sosyal korumanın bulunmadığı ya da yetersiz olduğu hassas gruplar arasında hanehalkı yoksulluğuna neden olabilmekte veya var olan yoksulluğu daha da kötüleştirmektedir (Aksungur, 2020; Nolen ve ark., 2005). Gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulların etkin sağlık hizmetlerine erişiminin zenginlere göre daha düşük olduğu kabul edilmektedir (Olayinka ve ark., 2016). Peru'da yapılan bir çalışmada, diş bakımı, hastaneye yatış ve koruyucu sağlık hizmetlerinde,

zengin kişiler lehine uygulamalar endişe verici olarak değerlendirilmiştir (Petra ve ark., 2013). COVID-19 salgını üzerine yapılan bir çalışmada, nüfusun yoğun olduğu bölgelerde yaşayan ve kronik rahatsızlığı olan yoksul bireylerin kaliteli halk sağlığı ve tıbbi hizmetlere ulaşmada engeller yaşadığı ve bu popülasyonun orantısız bir şekilde salgından daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların adaletsiz ve plansız dağılımına dikkat çekilmiştir. Örneğin Brezilya'nın yoğun bakım yatak sayısı (on bin kişi başına 2.03) gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında iyi düzeyde olmasına rağmen, yatakların kamusal ve özel sektör arasındaki adaletsiz dağılımının COVID-19 salgını sürecinde toplumsal hakkaniyetsizliğe neden olduğu gösterilmiştir (Shadmi ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde COVID-19 üzerine yapılan başka bir çalışmada, siyah ırka sahip vakaların daha yüksek hastaneye yatış oranları olduğu ve bu hastalıktan ölme olasılıklarının beyaz nüfusa göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Shah ve ark., 2020).

Gerek toplumun sağlık göstergeleri, gerekse tedavi, acil bakım ve salgın hastalık dönemlerinde; yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, elverişsiz çalışma ve yaşam koşulları, sağlık kaynaklarının adaletsiz dağılımı gibi nedenler, bireylerin zamanında, etkili ve kaliteli sağlık hizmetine erişimini engelleyerek sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri artırmaktadır (Edwards ve ark., 2020).

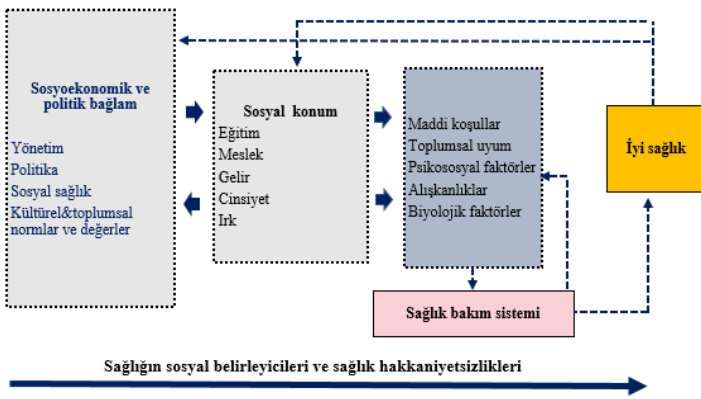
Sağlıkta hakkaniyet, dünya çapında sağlık reformu için kapsayıcı bir hedeftir. Başta DSÖ olmak üzere çok sayıda ülke, hizmetlerin ihtiyaca göre ve etkin ve verimli bir biçimde sunulması, hizmet bedellerinin kişilerin ya da hane halklarının ödeme gücüne göre ayarlanması konusuna dikkat çekmektedir. Ancak çoğu toplumda özellikle kırılgan gruplar başta olmak üzere, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında çeşitli sorunlar yaşanmakta olup, sağlıktaki gittikçe artan bir hakkaniyetsizlikten söz edilmektedir (Wang ve Yaung, 2013). Sağlık sektöründe yaşanan adil olmayan uygulamalar, toplumdaki dezavantajlı grupları sağlık açısından daha da kırılgan duruma getirerek, onların sağlıklı olma fırsatlarını azaltmaktadır. Neredeyse dünyanın her yerinde, sosyal kısıtlılık ya da engeller, kötü sosyoekonomik statü, cinsiyet, etnik köken ve coğrafi bölgesel farklılıklar nedeniyle farklı sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Berkman ve Kawachi, 2000).

DSÖ (2007), sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri bir sorun olarak ele almış ve hakkaniyeti artırmak için küresel bir stratejik mekanizma olarak, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri" üzerine bağımsız bir komisyon kurmuştur. Komisyon, hükümetleri, uluslararası kuruluşları, araştırma kurumlarını, sivil toplum kuruluşlarını harekete geçirerek, sağlıkta hakkaniyet ve sosyal belirleyiciler konusunda sürdürülebilir bir küresel hareket oluşturmak, hakkaniyeti tesis etmek ve bu konuda üye ülkeleri desteklemek amacıyla çalışmalar

yapmıştır (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

DSÖ 2008 Raporu'nda sağlık hakkaniyetsizliklerini azaltmak amacıyla ülkelere üç öneride bulunulmuştur (Leclerc ve ark., 2008). Bunlar;

1. Bireylerin doğduğu ve içinde yaşadığı çevre koşullarının iyileştirilmesi
2. Kaynakların adaletli dağılımı için doğru planlama yapılması
3. Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine eğitilmiş iş gücü oluşturulması ve bu konuda kamu bilincinin geliştirilmesi, olarak sıralanmıştır.



Şekil 1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sağlık Hakkaniyetsizlikleri (Sadana ve ark., 2011).

Şekil 1'de sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık hakkaniyetsizlikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Sosyal gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının kaynak noktaları, nüfusun sağlık statüsünde yaşanan adaletsizliklerin giderilmesinde izlenecek yollar, hakkaniyetsizlikle ilişkili sağlık belirleyicileri ve sağlıktaki hakkaniyetsizliği azaltmada izlenecek yollar özetlenmiştir (Sadana ve ark., 2011).

Sosyoekonomik ve politik bağlam; yönetim ve politika, sivil toplum katılımı, kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve şeffaflık da dahil olmak üzere en geniş anlamda yönetim süreçlerini içermektedir. Makroekonomik (mali, parasal, ödemeler dengesi ve ticaret politikaları) ve temel işgücü piyasası yapılarını içeren politika; emek, sosyal refah, sağlıklı iş yeri ve konut dağılımı gibi sosyal politikalar ile eğitim, tıbbi bakım, su ve sanitasyon gibi sağlıkla ilgili kamu politikalarını oluşturmaktadır. Sosyal konum; her toplumda finansal ve diğer kaynakların adil olmayan dağılımını içeren çerçeveyi yansıtmaktadır. En önemli belirteçleri mesleki statü, eğitim başarısı, gelir düzeyi, sosyal sınıf, cinsiyet ve etnik köken gibi sosyoekonomik faktörlerdir. Maddi koşullar; çevresel etkenler de dahil olmak üzere, özellikle ekonomik zorluklar, olumsuz fiziksel çalışma ve yaşam koşullarını tanımlayan diğer sosyal belirleyicilerdir. Ayrıca, stresli bir hayat tarzı, sosyal destek eksikliği gibi psikolojik ve sosyal faktörler ile sigara ve alkol tüketimi, diyet, fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı alışkanlıkları sağlık hakkaniyetsizlikleri açısından belirleyici konular olarak ifade edilmektedir (

Braveman ve ark., 2001; Östlin ve ark., 2005; Solar ve Irwin, 2010).

Hakkaniyetsizliği azaltmada sağlık hizmetlerinin, diğer önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Nüfusun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve iyi sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmeti kullanımı oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen hususlar, toplumun sağlık göstergelerini de etkileyecektir. Hizmet kullanımını etkileyen tüm faktörler, sağlık statüsündeki farklılıkların nedenlerini belirlemede önemli bir rol oynamakta ve sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmek amacıyla kullanılacak politikaların oluşturulmasına rehberlik etmektedir (Leclerc ve ark., 2008). Bireylerin hak ettiği sağlık hizmetine ulaşabilmesi, yeterli düzeyde hizmet kullanımı, ve bireyin arzularını sosyoekonomik özelliklere sahip olması adil bir hizmet alımı için gerekli unsurlardır (Aksungur, 2020; Eriksson ve ark., 2010).



Şekil 2. Sağlıkta Hakkaniyeti Artırmak İçin Mekanizmalar (Tsui, 2010)

Şekil 2'de kaynakların yeniden tahsisi ile sağlıkta hakkaniyet arasındaki ilişki gösterilmiştir. Materyal ve diğer kaynaklara erişim; kaynakların insan grupları arasındaki adaletsiz dağılımını ortadan kaldırarak sağlık hakkaniyetsizliklerini yok etmeyi amaçlamaktadır. Örneğin hükümetin ya da yerel yönetimlerin, halkın güvenilir gıdaya erişimi ve temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik alışveriş marketlerini yetersiz hizmet alan bölgelere çekmesi ya da bu konuda teşvik programları oluşturmalarıdır. Gelişmiş fiziksel ve sosyal çevre; daha iyi yaşam koşulları oluşturularak iyileştirici kaynakların daha adil dağıtılmasını mümkün kılmaktadır. Örneğin, toplum temelli sağlık tesislerinin erişilebilir olması, fiziksel aktivite ve sosyal katılımı sağlayan güvenli konutlar inşa edilmesi, işe ve okula yakın parklara ve diğer açık alanlara erişimi kolaylaştıran yaklaşımlar, tehlikeli ve zararlı iç ve dış faktörlerden uzak sağlıklı bir çevre oluşturulmasını desteklemektedir (Northridge ve Freeman, 2011). Artan fırsatlar ve siyasi güç; bireylere işe ve okula gidiş-gelişte güvenli ve uygun fiyatlı ulaşım seçenekleri sunulması, çalışanların geçinebilecekleri ücret politikalarının oluşturulması, çocuklara yaşamları boyunca kaliteli bir eğitim sağlanması, kadınların güçlendirilmesi, ezilen nüfuslar için artan siyasi güç desteği, sağlığı destekleyen fırsatlar yaratılması ve yetersiz hizmet alan gruplara yönelik yeniden ve daha adil kaynak dağılımına katkı sağlamaktadır (Northridge ve Freeman, 2011; Tsui, 2010).

Toplumda çoğunlukta dezavantajlı gruplar arasında daha belirgin gözlemlenen sağlık hakkaniyetsizliklerinin bireysel olarak azaltılması ya da yok edilmesi oldukça zordur. Bu konu, toplum, sivil toplum kuruluşları, sağlık kuruluşları ve hükümetlerin de katılımı ile uygulanabilir ve rasyonel politika değişiklikleri gerektirmektedir (WHO,2019; Liburd ve ark.,2020) .

4. Sağlıkta Hakkaniyet Göstergeleri

Nüfus sağlığının iyileştirilmesi, sağlıkta hakkaniyetin artırılması ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması için öncelikle sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanması gerektiği savunulmaktadır. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizlikler büyük ölçüde sosyal adaletsizliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir ülkede sağlığı etkileyen bir takım sosyal ve ekonomik faktörlerin iyileştirilmesi toplumdaki sağlık adaletsizlikleri ile birlikte bireylerin sağlık statüsünü de iyileştirmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık arasındaki karşılıklı ilişkilerin ölçülmesi ve nereye etkili bir şekilde müdahale edileceğinin belirlenmesi hakkaniyeti teşvik etmek ve sağlık hakkaniyetsizliklerini azaltmak bakımından oldukça önemlidir. Bu yaklaşım, sağlığın çeşitli sosyal belirleyicileri ile sağlık arasındaki ilişkinin doğru tanımlanmasını, aralarındaki nedensel ilişkilerin objektif olarak değerlendirilmesini ve sonuçlara göre etkili adımların atılmasını mümkün kılmaktadır (Dover ve Belon, 2019; Islam ve ark., 2006; WHO, 1999). Sağlıkta hakkaniyetin ölçülmesi, tüm insanlar için sağlıklı ve daha uzun yaşamayı teşvik etmek, sağlık ve diğer sektörler arası ilerlemeyi ve gelişmeyi izlemek için kilit bir adımdır (Dover ve Belon, 2019).

Hakkaniyet ölçüm göstergeleri ortaya çıkan adaletsiz sağlık sonuçlarını ortaya koymak ve altta yatan sorunları tespit ederek gerekli müdahalelerde bulunma fırsatı vermektedir. Dover ve Belon (2019) tarafından “sağlıkta hakkaniyet ölçüm çerçevesi” başlıklı bir model geliştirilmiştir. Modelde, politik ve sosyokültürel faktörler, sağlık sistemiyle ilgili politika ve programlar, maddi ve sosyal koşullar, çevre, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler ile algılanan sağlık durumu, sosyal konum, sağlık davranışları ve inançlara yönelik faktörlerin hakkaniyet göstergeleri olarak kullanılması önerilmiştir. Benzer şekilde DSÖ 1998 Raporu’nda, Dünya ülkeleri için sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin izlenmesi için bir dizi hakkaniyet göstergesi tanımlamıştır (Tablo 2).

Sağlık sektörü hakkaniyet analizlerinde genellikle, sağlığı etkileyen sosyoekonomik faktörler, sağlık statüsü göstergeleri, sağlık hizmeti kaynakları, sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık alışkanlıkları, algılanan sağlık durumu gibi performans ölçütleri kullanılmaktadır. Bu göstergeler, ampirik olarak bireyler, topluluklar ve uluslar arasında adil ya da adil olmayan bir sağlık durumunu yansıtmaktadır (Braveman, 2006; Cookson ve ark., 2016; Dei ve Sebastian, 2018; Nolen ve ark., 2005).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyetin İzlenmesi İçin Temel Göstergeler

Kategoriler	Göstergeler
Sağlığın belirleyicilerine ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Yükseklik düzeyi ve yaygınlığı • Eğitim seviyesi • Yeterli sanitasyon, güvenli gıda ve suya erişim
Sağlık statüsü göstergeleri	<ul style="list-style-type: none"> • 5 yaş altı ölüm hızı • Çocuk bodurluğunun yaygınlığı • Anne ölüm oranı • Doğumda yaşam beklentisi • Bulaşıcı hastalıkların hızı ya da yaygınlığı • Bebek ölüm hızı • 1-4 yaş arası bebek ölüm hızı
Sağlık hizmetleri kaynaklarına ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Kişi başına nitelikli personel dağılımı • Kişi başına birincil, ikincil ve üçüncül sağlık kuruluşu dağılımı • Kişi başına toplam sağlık harcaması
Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Bağışıklama kapsamı • Doğum öncesi bakım kapsamı • Nitelikli personelin katıldığı doğum oranı • Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı

Kaynak: WHO,1998

Sağlıkta hakkaniyeti ölçen çalışmalar, toplumun sağlık statüsü göstergeleri ile sağlığın sosyal belirleyicileri arasındaki ilişkiyi yakından incelemesine izin verecek şekilde modellenmelidir. Araştırmalarda kullanılan göstergelerin amacı, yatay veya dikey hakkaniyetin varlığına veya aleyhine kanıt sağlamaktır (Chang, 2002; Sadana ve ark.,2011). Morisod ve ark. (2021)’nın sağlıkta hakkaniyet konulu 29 makale üzerinde yaptıkları sistematik incelemede, 14 farklı hakkaniyet göstergesi üzerinde durulduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda kullanılan göstergeler hizmet alanına göre dört grupta toplanmıştır.

Acil bakım öncesi ayaktan tedavi hizmetlerine erişime yönelik hakkaniyet göstergeleri: Acil servise kabul oranı, önlenebilir acil başvurular ve acil başvuruların sıklığıdır.

Acil bakım sırasında bakım kalitesine yönelik hakkaniyet göstergeleri: Acil duruma özel prosedür sayısı, teşhis veya tedavide gecikme oranı, acil serviste kaçırılan tanılar ve yanlış teşhis oranıdır.

Acil bakım sonrasında bakım kalitesine yönelik hakkaniyet göstergeleri: Hastane ölüm oranı, nörolojik iyileşme oranı, acil kabulden sonra yatılan gün sayısı, hastane dışı kalp durmasından sonra iyileşme oranıdır.

Küresel hakkaniyet göstergeleri: 30,90 ve 365 günlük hastane ölüm oranları, acil servise geri kabul ya da yatış oranı olarak gruplanmıştır (Morisod ve ark., 2021).

Hakkaniyetin birden fazla boyutu olduğundan, sağlık sistemi düzeyinde yapılacak değerlendirmelerde tek bir ölçüm kriteri bulunmamaktadır. Sağlık sektöründe ya da bilimsel araştırmalarda kullanılacak ölçüm göstergeleri değerlendirilecek karar birimine ya da üzerinde çalışılacak hakkaniyet boyutuna göre değişim gösterebilmektedir.

SONUÇ

Sağlıkta hakkaniyet, sosyal ve ekonomik faktörler de dahil olmak üzere sağlığı etkileyen tüm belirleyiciler üzerindeki eşitsizlikleri azaltmayı ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan bir kavramdır. Sağlıkta hakkaniyet konusu, dünya çapında sağlık reformu için kapsayıcı bir hedefdir. Çok sayıda ülke, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımın ödeme gücüne

göre değil, ihtiyaca dayalı olması gerektiğine dair bir politika hedefi belirlemeye çalışmaktadır. Sağlık hakkaniyetsizlikleri, sosyal veya ekonomik engeller yaşayan ve düşük eğitim düzeyine sahip insan gruplarını daha fazla etkilemektedir. Sağlık hakkaniyetsizliklerinin önlenmesinde sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyi tanımlanması ve kırılgan gruplar için farklı sosyal politikalar geliştirilmesi önemlidir. Sağlık hizmetleri sağlıktaki hakkaniyetin sağlanmasında ve adaletsizliklerin önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Sağlık kuruluşları tek başına tüm toplum için sağlığın çoklu belirleyicilerinin tümünü iyileştirme gücüne sahip olmasa da, hakkaniyetsizlikleri doğrudan hizmet noktasında ele alma ve bunları yaratan birçok belirleyiciyi etkileme gücüne sahiptir. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizliklerin gerek toplumun sağlık statüsü ve gerekse sağlık ekonomisi üzerinde olumsuz sonuçlar doğuracağı belirtilmektedir. Hakkaniyetsizlikleri önlemek için, sağlık sistemlerinin bu konuyu stratejik bir öncelik haline getirmesi, daha adil bir sağlık hizmeti sunma noktasında gerekli altyapıların oluşturulması, sağlığın çoklu belirleyicileri göz önünde bulundurularak gerekli politikaların oluşturulması, dezavantajlı grupların güçlendirilmesi ve sağlık sistemlerinin hakkaniyet düzeylerinin ölçülerek, ülkelerin sağlık statülerini iyileştirmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
2. Aksungur, A. (2020). Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi [Hacettepe Üniversitesi]. <https://doi.org/Yayınlanmamış> Doktora Tezi
3. Alleyne, G. A. O. (2000). Reflexiones del Director / From the Director Equity and health 1. 7(1), 1–7.
4. Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 485–487. <https://doi.org/10.1136/jech.56.7.485>
5. Berkman, L.F, Kawachi, I. (Eds). (2000). *Social Epidemiology: Berkman, LF, Kawachi I (Eds) Oxford University Press, New York, 2000, pp. 391. Health Education Research*, 18(3), 404–407. <https://doi.org/10.1093/her/cyg020>
6. Braveman, P. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181–192.
7. Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
8. Braveman, P., Starfield, B., & Geiger, H. J. (2001). World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323(7314), 678–680. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7314.678>
9. Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
10. Braveman, P. (2014). What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 366–372. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1226-9>
11. Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi. 2.Baskı,Ankara*
12. Chang, W. C. (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 488–491. <https://doi.org/10.1136/jech.56.7.488>
13. Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes, Interim Statement. World Health Organization, 370(9593), 1–78.* <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607613853>
14. Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Ferguson, B., Fleetcroft, R., Goddard, M., Goldblatt, P., Laudicella, M., & Raine, R. (2016). Health Equity Indicators for the English NHS. In Centre for Health Economics (Issue 124). www.health_equality_indicators_for_the_english_nhs.pdf
15. Coudouel, A., & Paternostro, S. (2005). Analyzing the Distributional Impact of Reforms. In *Analyzing the Distributional Impact of Reforms*. <https://doi.org/10.1596/0-8213-6181-3>
16. Dei, V., & Sebastian, M. S. (2018). Is healthcare really equal for all? Assessing the horizontal and vertical equity in healthcare utilisation among older Ghanaians. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0791-3>
17. Donev, D., Kovacic, L., & Laaser, U. (2013). The Role and Organization of Health Care Systems. In *Health: Systems – Lifestyles – Policies (Volume I) (Issue October)*. <https://www.researchgate.net/publication/257830385>
18. Dover, D. C., & Belon, A. P. (2019). The health equity measurement framework: A comprehensive model to measure social inequities in health. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0>
19. Edwards, T. L., Breeyear, J., Piekos, J. A., & Velez Edwards, D. R. (2020). Equity in Health: Consideration of Race and Ethnicity in Precision Medicine. *Trends in Genetics*, 36(11), 807–809. <https://doi.org/10.1016/j.tig.2020.07.001>
20. Eriksson, M., Dahlgren, L., Janlert, U., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). Social Capital, Gender and Educational Level Impact on Self-Rated Health. *The Open Public Health Journal*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.2174/1874944501003010001>
21. Hahn, K., Steinhäuser, J., & Goetz, K. (2020). Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in One Region in Germany. *BioMed Research International*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/4647389>
22. Hugo, J. F. M., Couper, I. D., Thigiti, J., & Loeliger, S. (2010). Equity in health care: Does family medicine have a role? *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 2(1), 3–5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v2i1.243>
23. Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U. G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3), 1–28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>

24. Jacob Novignon, A. L. (2014). [WIP] Mp r a. Economic Policy, MPRA Paper No:56897, 0–33. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/568997>
25. Kim, D., & Saada, A. (2013). The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: A cross-country systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2296–2335. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062296>
26. Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. In *World Health Organization* (Vol. 57, Issue 4). <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.04.006>
27. Liburd, L. C., Hall, J. E., Mpofu, J. J., Williams, S. M., Bouye, K., & Penman-Aguilar, A. (2020). Addressing health equity in public health practice: Frameworks, promising strategies, and measurement considerations. *Annual Review of Public Health*, 41, 417–432. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094119>
28. Manavgat, G. (2019). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Dikey Hakkaniyet: Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Ödemeleri için Konsantrasyon ve Lorenz Eğrileri Analizi (2002-2016). *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(2), 263–280.
29. Marmot, M., & Bell, R. (2018). The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology*, 29(1), 5–7. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>
30. Morisod, K., Luta, X., Marti, J., Spycher, J., Malebranche, M., & Bodenmann, P. (2021). Measuring Health Equity in Emergency Care Using Routinely Collected Data: A Systematic Review. *Health Equity*, 5(1), 801–817. <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0035>
31. Murray, C. J., & Frenk, A. J. (2000). A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731. [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf?ua=1)
32. Nolen, L. B., Braveman, P., Dachs, J. N. W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J., & Zarowsky, C. (2005). Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 597–603. <https://doi.org/S0042-96862005000800013>
33. Northridge, M. E., & Freeman, L. (2011). Urban planning and health equity. *Journal of Urban Health*, 88(3), 582–597. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9558-5>
34. Olayinka, A., Olaide, L., & Opeloyeru, S. (2016). Inequity in Healthcare Utilization: Analysis of the Nigeria Situation. *International Journal of Business and Social Science*, 7(5), 223–232. https://ijbssnet.com/journals/Vol_7_No_5_May_2016/21.pdf
35. Östlin, P., Braveman, P., Dachs, J. N., Dahlgren, G., Diderichsen, F., Harris, E., Howden-Chapman, P., Labonte, R., Loewenson, R., McIntyre, D., Pannarunothai, S., Sen, G., Whitehead, M., Vega, J., Irwin, A., Panisset, U., & Valentine, N. (2005). Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 948–953. <https://doi.org/S0042-96862005001200018>
36. Peltzer, K., Williams, J. S., Kowal, P., Negin, J., Snodgrass, J. J., Yawson, A., Minicuci, N., Thiele, L., Phaswana-Mafuya, N., Biritwum, R. B., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2014). Universal health coverage in emerging economies: Findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa. *Global Health Action*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25314>
37. Petrera, M., Valdivia, M., Jimenez, E., & Almeida, G. (2013). Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 33(2), 131–136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200008>
38. Ramirez, L. K., Baker, E.A., & Metzler, M. (2012). Promoting health equity. *BMJ*, 345, 1-110. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4881>
39. Sadana, R., Simpson, S., Popay, J., Albrecht, D., Hosseinpoor A. R., & Kjellstrom, R. (2011). Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.4324/9780203866900>
40. Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., Hanvoravongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., Rao, K. D., Ruano, A. L., Shi, L., De Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Uribe, M. V., & Willems, S. (2020). Health equity and COVID-19: Global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
41. Shah, G. H., Shankar, P., Schwind, J. S., & Sittaramane, V. (2020). The detrimental impact of the COVID-19 crisis on health equity and social determinants of health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(4), 317–319. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001200>
42. Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
43. Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(15), 1–3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
44. Tang, S., Meng, Q., Chen, L., Bekedam, H., Evans, T., & Whitehead, M. (2008). Tackling the challenges to health equity in China. *The Lancet*, 372(9648), 1493–1501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61364-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61364-1)
45. Tsui, E. K. (2010). Sectoral job training as an intervention to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), 88–94. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.181826>
46. Türk Dil Kurumu. (1932). <https://www.tdk.gov.tr/>
47. Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 1999–2026.
48. Venkatapuram, S., Bell, R., & Marmot, M. (2010). The right to sutures: Social epidemiology, human rights, and social justice. *Health and Human Rights*, 12(2), 3–16.
49. Wagstaff, A., Paci, P., & van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 33(5), 545–557. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
50. Wang, S. I., & Yaung, C. L. (2013). Vertical equity of healthcare in Taiwan: Health services were distributed according to need. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-12>
51. West-Charles, R. A. V. (2001). *Equity & Health* (Issue 8). <https://doi.org/ISBN 9275122881>
52. WHO. (1998). *World Health Report Life in the 21st Century A vision for all Report of the Director-General*. In *World Health Organization*. <https://doi.org/ISBN 92 4 156189 0>
53. WHO. (1999). *The health for all policy framework for the WHO European Region-Health 21* (Issue No.6).

-
54. WHO. (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. In The World Health Organization.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>
 55. Wilf-Miron, R., Avni, S., Valinsky, L., Myers, V., Ziv, A., Peretz, G., Luxenburg, O., Saban, M., & Feder-Bubis, P. (2021). Developing a National Set of Health Equity Indicators Using a Consensus Building Process. *International Journal of Health Policy and Management*, x(x), 1–11.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.54>
 56. Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Campbell, B., Zhu, Z., Xu, L., & Zhang, Y. (2013). Assessing equity of healthcare utilization in rural China: Results from nationally representative surveys from 1993 to 2008. *International Journal for Equity in Health*, 12(34), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-34>