

SAĞLIK STATÜSÜ, SAĞLIK HARCAMALARI VE İNSAN KAYNAKLARI AÇISINDAN SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER: OECD ÜLKELERİ KIYASLAMASI

İbrahim GÜN

Dr. Öğr. Üyesi, Batman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
ibrahim.gun@batman.edu.tr

ORCID: 0000-0002-1674-9097

Başvuru Tarihi: 28/08/2023

Kabul Tarihi: 07/11/2023

DOI: 10.21441/sosyalguvence.1350720

Türü: Araştırma Makalesi

Atıf: GÜN, İ. (2023), Sağlık Statüsü, Sağlık Harcamaları ve İnsan Kaynakları Açısından Sağlıkta Eşitsizlikler: OECD Ülkeleri Kıyaslaması, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı 23, s. 1052-1074. doi: 10.21441/sosyalguvence.1350720

ÖZ

Toplum sağlığını etkileyen faktörlerin %50'sinin sosyal ve ekonomik çevreye ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda sağlık, sadece tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden ziyade bunların çok daha ötesinde bir kavramdır. Engellenebilir ve düzeltilebilir sağlık durumu arasındaki toplumsal farklılıklar eşitsizlik olarak ifade edilmektedir. Sağlıkta eşitsizlikler önlenemez ve iyileştirilebilir olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada sağlık durumu, sağlık harcamaları ve sağlık kaynakları gibi sağlık göstergelerinden yararlanarak OECD ülkeleri arasındaki sağlık eşitsizliklerinin kıyaslanması ve ülkelerin sıralanması amaçlanmaktadır. Araştırmada verileri tam olan 28 OECD ülkesi analiz kapsamına alınmıştır. Verisi eksik ya da güncel olmayan ülkeler analiz kapsamından çıkartılmıştır. Araştırmada çok kriterli karar verme tekniklerinin bir yöntemi olan VIKOR kullanılmıştır. Sağlıkta eşitsizliklerin VIKOR yöntemi ile değerlendirilmesi literatüre yeni bir yaklaşım getirmiş ve çalışmayı özgün kılmıştır. VIKOR analizi sonucunda sağlıkta eşitsizliğin diğer ülkelere kıyasla en az olduğu ülke Fransa olarak karşımıza çıkmaktadır. Ardından Belçika ve Avusturya en iyi değere sahip ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. ABD, Birleşik Krallık, İsveç, İsviçre gibi gelişmiş ülkelerle beraber gelişmekte olan Türkiye'nin son sıralarda yer alması araştırmanın dikkat çeken bulguları arasında olduğu söylenebilir. Sağlıkta eşitsizliği önlemek adına alınabilecek bir dizi tedbirler arasında insan kaynaklarına ve sağlık tesislerine yapılacak yatırımların değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Eşitsizlik, Sağlık Statüsü, Sağlık Harcamaları, İnsan Kaynakları, OECD,

INEQUITIES IN HEALTH BASED ON HEALTH STATUS, HEALTH EXPENDITURE AND HEALTHCARE RESOURCES: A COMPARISON OF OECD COUNTRIES

ABSTRACT

It is believed that 50% of the factors influencing public health can be attributed to the social and economic environment. Therefore, health is a concept far beyond treatment and rehabilitative services. Social differences between preventable and amendable health status are expressed as inequality. Inequalities in health are considered preventable and amendable. In this study, it is aimed to compare health inequalities among OECD countries and rank countries by using health indicators such as health status, health expenditures and health resources. In the study, 28 OECD countries with full data were included in the analysis. Countries with missing or outdated data were excluded from the analysis. VIKOR that is one of the multi-criteria decision-making techniques, used in the research. Evaluation of health inequalities with VIKOR brought a new perspective to the literature and made the study original. As a result of the VIKOR analysis, the country with the least inequality in health compared to other countries is France. Belgium and Austria are followed by the countries with the best rank. The fact that Turkey, which is developing, along with developed countries such as the USA, the United Kingdom, Sweden and Switzerland, is in the last place is among the remarkable findings of the research. It could be important to evaluate the investments that will made in human resources and health facilities among a series of measures that can be taken to prevent inequality in health.

Key Words: Inequities in Health, Health Status, Health Expenditure, Healthcare Resources

GİRİŞ

Sağlık, toplumda yüksek değer ve öncelik verilen bir sonuç, bir varoluş halidir (McCartney ve ark., 2019). Sağlıkta eşitsizlik gerek ekonomik gerek sosyal alanla ilişkili olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik sadece gelişmemiş ülkelerin değil, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin de önemli bir gündem maddesidir (Tekingündüz ve ark., 2016). Sağlıkta eşitsizlik, bazı ülkelerde sistematik, önlenebilir ve önemli farklılıkları belirtmek için yaygın olarak kullanılan bir terimdir. Bununla birlikte, bazıları onu bir adaletsizlik duygusunu ifade etmek için kullanırken, diğerleri onu tamamen matematiksel anlamda eşitsizlik anlamında kullandığından, terimle ilgili bazı belirsizlikler vardır. Bu belirsizliklere dair gerekli açıklamalar bu çalışma kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Neredeyse tüm ülkelerin sağlık sistemleriyle başa çıkması gereken iki önemli sorun, sağlık kaynaklarının dengesiz bir şekilde dağıtılması ve sağlık sorunlarının önceliklerine uygun bir şekilde kaynak tahsisinin yapılmamasıdır (Uğurluoğlu & Çelik, 2005). Bu sorunlar da sağlıkta eşitsizlik açısından önemli göstergeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta eşitsizliklerin ölçümü; toplumsal adaletin sağlanması, sağlık politikalarının etkinliği, kaynakların dağılımı, sosyal ve ekonomik kalkınma, halk sağlığı stratejileri oluşturma gibi konular açısından oldukça önemlidir (Şimşek & Kılıç, 2012; Yoloğlu ve ark., 2020). Bu sebeple, sağlıkta eşitsizliklere dair çalışmalar ve politika tedbirleri, toplumların daha dengeli, sağlıklı ve adil bir şekilde gelişmesine destek sağlayabilir. Bu konuda yürütülen araştırmalar ve sorun odaklı yaklaşımlar, sağlık eşitsizliklerini azaltma ve her birey için daha yüksek bir sağlık standardı sağlama yolunda kritik bir öneme sahiptir. Gerçekleştirilen mevcut çalışmada ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri değerlendirilerek OECD (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) ülkelerinin sağlık eşitsizliklerine dair sıralaması VIKOR yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede sağlıkta eşitsizliklerin ölçümünde kullanılan göstergeler kullanılmış olup, araştırma verileri OECD'nin yayınlamış olduğu resmi istatistiklerden derlenmiştir.

1. SAĞLIKTA EŞİTSİZ KAVRAMI VE ALTYAPISI

Sağlıkta eşitsizlik kavramı bazı dillerde hem eşitsizlik hem de hakkaniyeti kapsayan tek bir kelime bulunmasından dolayı çeviri sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Whitehead, 1991). Sağlıkta eşitsizlik kavramı dilimizde İngilizce literatürde çok farklı anlamlara sahip olan Equity ve Equality kavramlarından Equity'den gelmektedir. Equity kavramının karşılığı hakça, adaletli davranma anlamında kullanılmaktadır. Bu kavramlar ne yazık ki dilimizde sık sık birbirinin yerine kullanılabilir. Eşitsizlik (Equity kavramının olumsuz hali=Inequity)

kelimesi daha çok “toplumların sağlık durumlarında ya da sağlık hizmeti kullanımında çeşitli etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan somut farklılık durumunu tanımlamaya ve bu farklılığı matematiksel olarak ifade etmeye yaramaktadır” (Belek, 1998, p. 100). Bu kapsamda eşitsizlikten bahsederken İngilizcedeki karşılığı “Equity” olacağını ifade etmekte yarar vardır.

Kocabaş (2014)’a göre sağlıkta eşitsizlik; “bireyler ve toplumun değişik kesimleri arasında ekonomik, siyasal, sınıfsal, mesleksi, dinsel, kültürel veya benzeri sosyal nedenlerle ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlik nedeniyle sağlıkla ilgili önlenebilir ve kabul edilemez farklılıklardır.” Şimşek ve Kılıç (2012)’ın yaptığı tanımlamada ise; sağlıkta eşitsizlik “sağlığa etki eden sosyal etmenlerin ve/veya sağlık sistemindeki yetersizliklerin etkisiyle bireylerin ve/veya toplumun sağlığında önlenebilir ve kabul edilemez bozulmaların oluşmasıdır.” Bu tanımdan yola çıkıldığında, eksikliğinde eşitsizliğin oluştuğu iki önemli bileşen ön plana çıkmaktadır. Bunlar, sosyal etmenler ve sağlık hizmetleridir (Şimşek & Kılıç, 2012). Belek (1998, p. 102) ise sağlıkta eşitsizliği; “Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenebilir, önlenebilir olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaşılmaması gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır” şeklinde ifade etmektedir.

Aynı ülke içindeki farklı ulusların ve farklı grupların sağlık profillerindeki büyük farklılıklar olduğu bilinmektedir. Bu farklılıklar veya varyasyonlar standart sağlık istatistiklerinden ölçülebilir; ancak bu farklılıkların tümü eşitsizlik olarak nitelendirilemez. Eşitsizlik teriminin hem ahlaki hem de etik bir boyuta sahip olduğu ifade edilmektedir. Kaçınılması mümkün olan ve gereksiz ancak aynı zamanda haksız ve adaletsiz kabul edilen farklılıkları ifade eder. Bu nedenle, belirli bir durumu adaletsiz olarak tanımlamak için, nedenin toplumun geri kalanında olup bitenler bağlamında incelenmesi ve adaletsiz olduğuna karar verilmesi gerekir (Whitehead, 1991).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün temel sağlık hizmetlerinin sunumuna atıfta bulunması ile birlikte önem kazanan eşitsizlik konusunun ciddi manada ele alınması 1978’de başlamaktadır. Her ne kadar eşitsizlik üzerinde durulan ve azaltılmak istenen bir durum olsa da bunun asıl nedeninin sınıflı bir toplum yapısının olduğu ve sağlıktaki eşitsizliklerin başlangıcının bu sınıf yapısı olduğu kabul edilmektedir (Koçoğlu & Akın, 2009).

Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) aynı zamanda eşitsizliklerin nedenleri arasında yer almaktadır. Bu belirleyiciler toplumlar içinde, hatta toplumların farklı bölgelerinde homojen dağılım göstermemektedir. Bu sebeple de eşitsizliğe neden olmaktadır. Sağlık kapsamında ise eşitsizlik; “insan haklarına, toplumsal fırsatlara, kurumlara eşit ulaşılabilmesi; bu fırsatların eşit kullanılamaması” olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım Öztürk & Uyar, 2020).

Son yarım yüzyılda sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede elde edilen kazanımlara rağmen, toplumlar arasında sağlık göstergeleri açısından farklılıklar devam etmektedir. Bu sağlık göstergeleri farklılıkları, yaş, cinsiyet, ırk veya etnik grup, coğrafi bölge ve sosyoekonomik durum dahil olmak üzere birçok boyutta belirgindir (De Looper & Lafortune, 2009).

SSB hakkındaki yapılan çalışmalar birçok bilgi sunsa da iki temel eksiklik bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sağlığı etkileyen faktörlerin yüzeysel bir tanımını içermesi, bir başka ifade ile detaylı bir anlayış sağlamamasıdır. İkincisi ise sağlık eşitliği üzerine odaklanmamasıdır. Sağlık Eşitlik Ölçüm Çerçevesi, bu eksiklikleri gidermeye yardımcı olur. Bu çerçeve, çeşitli SSB ve sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkili faktörleri daha ayrıntılı bir şekilde ele alarak sağlığı etkileyen unsurları daha geniş bir perspektifle inceler. Aynı zamanda, halk sağlığı gözetimi ve politika geliştirme süreçlerinde nicel analizler sunarak sağlık eşitliğini değerlendirmeye odaklanır. Bu çerçeve, sağlıkla ilgili konularda daha ayrıntılı bilgi sağlamak ve sağlık eşitliğini geliştirmek için önemli bir rehberlik sağlar. (Dover & Belon, 2019).

Kocabaş (2014)’a göre “Sağlığın sosyal belirleyicilerinin, toplumun sağlığına etkisinin incelendiği çalışmalara göre, toplum sağlığının %15’inin biyoloji ve genetik faktörlere, %10’unun fizik çevreye, %25’inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına, fakat %50’sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevrenin etkisi ile açıklanabilmektedir. Bu durum, sağlığın, sağlık hizmetlerinden çok daha fazla ve öte bir şey olduğunu, tüm sosyal belirleyicileri arasında sosyoekonomik çevrenin sağlığın en önemli belirleyicisi olduğunu göstermektedir.”

Bir ülkede kentsel ve kırsal nüfus arasında farklılıklar olabileceği gibi bölgeler arasında da sağlık göstergelerinde büyük uçurumlar görülebilir. Örneğin, 1987’de SSCB’de bebek ölüm oranları, kırsal alanlarda 31/1000 canlı doğumla karşılaştırıldığında, kentsel alanlarda 21/1000 canlı doğumun üzerindedir (Whitehead, 1991). Bugün bu durum Türkiye için hala geçerlidir. Batı illerinde 1000 canlı doğumda bebek ölüm oranları Batı Marmara (6,5) ve İstanbul (6,6)’da daha düşükken, güneydoğu bölgesinde (13,6) yer alan illerin daha yüksek bebek ölüm oranlarına sahip olduğu T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan anlaşılmaktadır (Sağlık

Bakanlığı, 2023).

Sağlık eşitliği, herkesin en iyi sağlık statüsüne ulaşabilmesi için eşit fırsatlara sahip olduğu anlamına gelir. Bu, yoksulluk, ayrımcılık (adil ücretli iyi işlere erişimin olmaması dahil), kaliteli eğitim ve barınma, güvenli çevre ve sağlık hizmetleri gibi topluluklar için iyi bir sağlık durumunun önündeki önemli engellerin kaldırılmasını gerektirir (Hübelová ve ark., 2021).

Hacker ve arkadaşları, sağlık durumunun en önemli sosyal belirleyicilerinden bazıları olarak eğitimin, barınma koşullarının ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin önemine vurgu yapmıştır (Hübelová ve ark., 2021).

2. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜMÜ VE KULLANILAN GÖSTERGELER

Tekingündüz ve ark. (2016)'na göre Sağlıkta eşitsizlik; “temelde gelir, sosyal sınıf, etnik köken, coğrafi koşullar, yoksunluk gibi göstergelerden oluşan sosyal belirleyicilerden ve bireyin işinin olup olmaması, bekar bir ebeveyn olup olmaması, sosyal entegrasyon, meslek, gelir düzeyi gibi faktörlerden de etkilenmektedir.”

Sağlık eşitsizliği ölçümüne ilişkin literatür, hem ekonomi disiplini içinde (esas olarak gelir eşitsizliği ölçümü literatüründen sağlık eşitsizliği ölçümü literatürüne) hem de ekonomi, epidemiyoloji ve halk sağlığı disiplinleri arasında çapraz etkileşimden önemli ölçüde yararlanmıştı (Wagstaff, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan “Dünya Sağlık İstatistikleri” sağlıkta eşitsizliklerin ölçümü için başvurulabilecek ilk kaynaklar arasında yer almaktadır. Bu doküman temelde dokuz ana başlıktan oluşmaktadır. Bunlar: “Yaşam beklentisi ve mortalite, nedene özel mortalite ve morbidite, seçili bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetleri kapsamı, risk faktörleri, insan gücü, altyapı, teknoloji ve temel ilaçları da içeren sağlık sistemleri, sağlık harcamaları, sağlık eşitsizlik göstergeleri ve demografik ve sosyoekonomik istatistiklerdir” (Aba & Ateş, 2015, s. 63-64).

Belek (1998) ise sağlıktaki eşitsizliklerin izlenmesinin dört ana grupta gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. Bunlar: “Sağlığın belirleyicileriyle ilgili göstergeler, sağlık durumu göstergeleri, Sağlık hizmeti kaynaklarının dağılımı ile ilgili göstergeler ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili göstergeler” olarak ifade edilmiştir.

Şimşek ve Kılıç (2012)'ın sağlıktaki eşitsizlik üzerine gerçekleştirmiş olduğu çalışmada en sık kullanılan göstergelerin: “Hastalık/engellilik durumu, algılanan sağlık düzeyi, engellilik, yeti yitimi, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, polifarmasi, obezite, DALY, QALY, ölüm hızları ve nedenleri, risk etmenleri ve sağlık davranışları, hizmet kullanımı ve güven düzeyi” genel başlıkları altında toplandığını

ifade etmiştir.

OECD'nin yayımlanmış olduğu "OECD Ülkelerinde Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanımda Eşitsizliklerin Ölçülmesi" başlıklı raporda sağlıkta eşitsizliklerin ölçümü temelde iki grupta yer alan göstergeler üzerinden ele alınmıştır. Bunlar: Sağlık durumunda eşitsizlik göstergeleri (mortalite temelli göstergeler, morbiditeye dayalı göstergeler ve toplum sağlığı göstergeleri) ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda eşitsizlik göstergeleri (sağlık sigortası kapsamı, cepten yapılan harcamalar, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmamış bakım ihtiyaçları) olarak karşımıza çıkmaktadır (De Looper & Lafortune, 2009).

Sağlıktaki eşitsizliğin ölçümünde kullanılan göstergeler arasında ilgili literatürde yer alanlar şunlardır: Aralık (The range), Gini Katsayısı (Gini Coefficient) ve ilgili Lorenz Eğrisi (Lorenz Curve), Sahte Gini Katsayısı İndeksi (Pseudo-Gini Pseudo-Lorenz Curve), Yoğunlaşma Katsayısı (Concentration Coefficient), Farklılık İndeksi (Dissimilarity Index) ve eşitsizliğin eğim endeksi (The Slope Index of Inequality) (Wagstaff ve ark., 1991). Bunlara ek olarak Belek (1998) sağlıkta eşitsizliğin ölçümünde kullanılan endeksler arasında; en yüksekte ve en düşükte yer alan sosyoekonomik grupların hız oranı ve hız farkları, regresyon temelli görece etki endeksi, regresyon temelli mutlak etki endeksi, topluma atfedilebilir risk, topluma atfedilebilir risk (mutlak risk), regresyon temelli topluma atfedilebilir risk (% ve mutlak) ve görece eşitsizlik endeksi gibi farklı endekslerin de olduğunu ifade etmiştir. Bunlardan birisi şüphesiz ki Wagstaff (2002)'ın geliştirilmiş olduğu yoğunlaşma endeksidir (concentration index). Bu endeks gelir dağılımının farklı noktalarında insanların sağlığına atfedilecek ağırlıklarla ilgili belirli bir değer yargıları setini içinde barındırmaktadır. Endeksi oluşturan göstergeler; 5 yaş altı bebek ölüm oranı, çocuk yetersiz beslenme düzeyidir.

Sağlıkta eşitsizliğin ölçülmesinde kullanılan endekslerin yanında eşitsizliğin göstergesi olarak kabul edilen bazı göstergeler de bulunmaktadır. Bunlardan yaşam beklentisi, belirli bir yılda meydana gelen ölüm kalıpları bir ömür boyunca değişmeden kalırsa, bir kişinin ne kadar yaşamayı bekleyebileceğinin bir ölçüsüdür. Bebek ölüm oranı ise, nüfus sağlığı ve sosyal ilerlemenin sıklıkla kullanılan bir göstergesidir. Tüm OECD ülkeleri, 1970 ve 2005 yılları arasında 30 ülkede ortalama %80'lik bir azalmayla, son yıllarda bebek ölümlerini azaltmada dikkate değer bir ilerleme kaydetmiştir. Yine de bebek ölüm oranlarındaki eşitsizlikler ülkeler içindeki farklı coğrafi bölgelerde ve ülkeler arasında yaygın olarak devam etmektedir (De Looper & Lafortune, 2009). Bireylerin kendi sağlık durumları ile ilgili bir değerlendirmede buldukları (Öz sağlık değerlendirme) ve bildirdikleri sağlık sorunları, çoğu ulusal ve uluslararası sağlık araştırmasının bir parçasını oluşturur ve nüfusun sağlık

durumundaki düzeyleri ve dağılımları ölçmek için kullanılabilir. (De Looper & Lafortune, 2009)

Sağlık durumu göstergelerinin yanında sağlık harcamaları da eşitsizliklerin ölçümünde başvurulan göstergelerden biridir. Cepten yapılan harcamaların haneler üzerindeki mali yükün ölçülmesi önemlidir, çünkü bu yükler sağlık hizmetlerine erişim ve/veya kullanımın önünde engeller oluşturabilmektedir. Tıbbi faturaları ödemekte güçlük çeken haneler, ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti alımını geciktirebilir veya bu hizmetten vazgeçebilir. OECD ülkelerindeki hanelerin küçük bir oranı her yıl “yıkıcı” sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalıyor ve bu genellikle sağlık hizmetleri için zorunlu yaşam ihtiyaçları karşılandıktan sonra harcanabilir gelirlerinin %40'ını aşan ödemeler olarak tanımlanıyor. Portekiz, İspanya, İsviçre ve A.B.D.'nde katastrofik sağlık harcama oranları %0,5'i aşmaktadır (Xu ve ark., 2007; De Looper & Lafortune, 2009).

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık profesyoneli sayıları, sağlık hizmetinde kullanılan teknolojiyi, ilaçları ve kaynakları ile sayısal olarak ifade edilebilir. Sosyoekonomik durum, toplumların sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandığını belirlemede önemli bir faktördür. Gelir, eğitim ve mesleki durum, sağlık hizmeti ihtiyacını, sağlık semptomlarının tanınmasını ve yanıtlanmasını, hastalık bilgisini ve sağlık hizmetlerine erişimi ve seçimini etkiler. Daha düşük sosyoekonomik gruplardaki insanlar daha yüksek hastalık ve ölüm oranlarına sahip olma eğiliminde olsalar da sağlık hizmetlerinden daha yüksek oranlarda yararlanamazlar (De Looper & Lafortune, 2009).

Bu çalışmada literatürden elde edilen bilgiler ışığında OECD ülkeleri arasındaki sağlık eşitsizliklerini belirlemek amacıyla kullanılan göstergeler şunlardır:

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: DBYS, Bebek Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda): BÖO, Algılanan Sağlık Durumu (15+ yaş; Kötü ve Çok Kötü): ASD, Sağlık Harcamaları (Kişi başı, cari fiyat, satın alma gücü paritesi): SH, Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Kişi başı, cari fiyat, satın alma gücü paritesi): CSH, Hekim Sayısı (1000 kişi başına): PS, Hemşire Sayısı (1000 kişi başına): NS, Yatak Sayısı (1000 kişi başına): YS

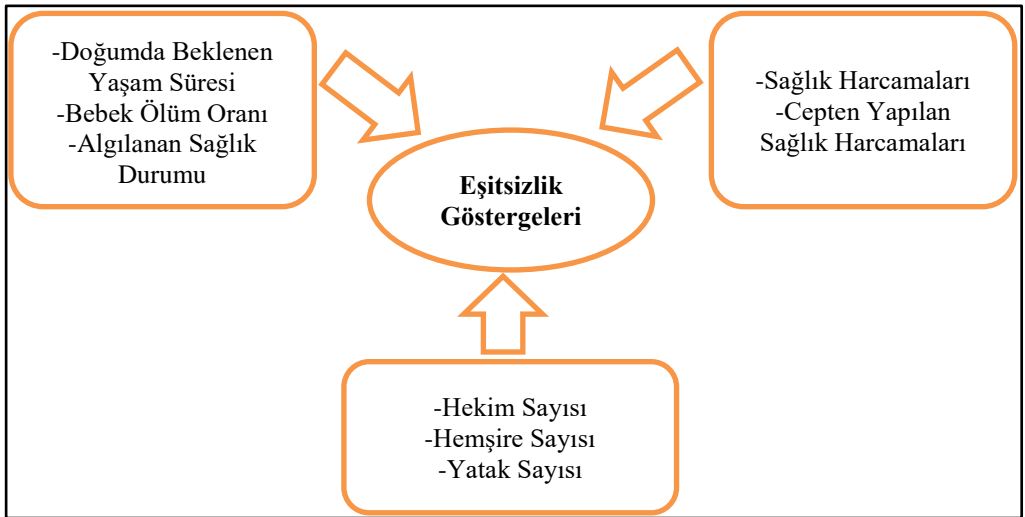
Sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarda VIKOR yönteminin kullanıldığı çeşitli çalışmalar mevcuttur ancak sağlıkta eşitsizliklerin değerlendirilmesinde yapılan literatür taramalarında VIKOR yönteminin henüz kullanılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmayı literatürdeki diğer eşitsizlik çalışmalarından ayıran en önemli yanı, belirlenmiş olan göstergelerle çok kriterli karar verme tekniği kullanarak ülkeler arasında bir sıralama ortaya koymasıdır. Bu perspektiften bakıldığında mevcut çalışma

özgün ve literatüre önemli katkılar sunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; sağlık statüsü, sağlık harcamaları ve insan kaynakları açısından sağlıkta eşitsizliklerin OECD ülkeleri açısından belirlenen göstergeler çerçevesinde değerlendirilmesi ve ülkelerin sıralanmasıdır. Araştırmada kullanılan veriler OECD'nin web sitesinde yer alan ve resmi olarak yayımlanmış verilerdir.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Sağlıkta eşitsizliklerin ölçümünde DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), OECD, UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) ve DB (Dünya Bankası) tarafından yayımlanan istatistikler oldukça yol gösterici olmaktadır. Bu çalışmada OECD'nin yayınlamış olduğu verilerden yararlanarak, literatürde kullanımı yaygın olan göstergelerle sağlıkta eşitsizliklerin karşılaştırılması ve sıralanması için çok kriterli karar verme yöntemlerinden VIKOR kullanılmıştır. Yapılan analiz ile OECD ülkelerinin sağlıkta eşitsizliklere göre sıralanması ve bu konuda en iyi durumda olan ve hala yol alması gereken ülkelerin durumunun ortaya konulması amaçlanmaktadır. VIKOR yöntemi ilk kez Opricovic tarafından çok kriterli karar vermede kullanılabilecek bir teknik olarak tanıtılmıştır (Opricovic & Tzeng, 2004). Bu yöntemde kriterler birbirleri ile çeliştiğinde uzlaşık bir çözüm (bir alternatif üzerinde ortak bir kabul ile anlaşmaya varılması) ile karar vericileri son kararlarına ulaşmalarına yardım eder (Kuzu, 2015). Çalışmada kullanılan göstergeler OECD resmî web sitesinden yayımlanmış en güncel veriler kullanılarak elde edilmiştir (OECD, 2023). Göstergeler ve ait oldukları ana başlıklar ile Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1: Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümünde Kullanılan Göstergeler



Kaynak: OECD, 2023.

Aktepe ve Ersöz (2014)'ün ifade ettiği gibi “VIKOR yöntemi, uzlaşık koşullar altında analitik yöntemlerle bulunan kriter ağırlıklarını kullanarak alternatiflerin optimum sıralamasını bulan çok kriterli karar verme yöntemidir. Her bir alternatif değerini kullanan bu yöntem, karar vericileri ideal çözüme yakınlaştırır. Yöntemde her bir alternatif, her bir kritere göre değerlendirilmekte ve ideal alternatife yakınlık değerleri hesaplanarak uygun sıralama elde edilmektedir.”

VIKOR yönteminde uygulanacak adımlar şunlardır (Kuzu, 2015; Opricovic & Tzeng, 2004):

- Problemin çözümünde kullanılacak kriterler belirlenir
- Kriterlere ait en iyi ve en kötü değerler belirlenir
- Değerleri birimlerinden ayırmak için normalizasyon işlemi yapılır
- Normalize matrisi ağırlıklandırılır
- S_i , R_i ve Q_i değerlerinin belirlenir
- Alternatiflerin sıralanır ve koşulları denetlenir.

Bu uygulamada OECD ülkeleri arasında sağlık eşitsizlikleri ele alınmıştır. Yayımlanmış olan resmi istatistiklere göre ülkeler arasındaki eşitsizlikler literatürden faydalanarak belirlenmiş olan göstergeler ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına eşitsizlikte en sık kullanılan göstergelere yer verilmiştir. Çalışmada yer alan göstergelerinin tümünün ağırlıkları eşit olarak kabul edilmiştir. Sağlık sistemlerinin çok boyutlu (sağlık çıktısı, finansal başarı, mortalite vs.) olması ve göstergelerin ağırlıklarının uluslararası alan yazında belirlenmemiş olması ağırlıkları eşit kabul etmekteki en önemli nedendir. Alınan bu karar doğrultusunda modellerde yer alan her bir gösterge eşit derecede sonucu etkileme gücüne sahip olmuştur. Bir diğer neden de araştırmacının yanlı bir karar vermesinin önüne geçme çabası olarak gösterilebilir (Boz ve ark., 2022).

Verilerinin eksik ya da güncel olmadığı anlaşılan Şili, Kolombiya, Kosta Rika, Yunanistan, İzlanda, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Portekiz ülkeleri araştırma kapsamından çıkartılmış ve analizlere dahil edilmemiştir. Ülkeler kapsam dışı bırakıldıktan sonra analizler 28 ülkenin verileri ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerde Microsoft Excel hesap tablosu kullanılmıştır. Karar probleminde kullanılan veri seti Tablo 1’de gösterilmektedir.

4. BULGULAR

Karar probleminde kullanılan göstergeler Tablo 1’de sunulmuştur. Veriler 3 ana

kriter çerçevesinde 8 gösterge kullanılarak analiz edilmiştir. OECD ülkelerinin bu kriterlerden elde etmiş oldukları gösterge değerleri yayımlanmış olan en güncel veri kullanılarak analize dahil edilmiştir. 3 yıldan daha eski ve eksik veriye sahip olan ülkeler analiz kapsamı dışında tutulmuştur.

Tablo 1: OECD Ülkeleri'nin Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümü İçin Kullanılan Göstergeleri

	Sağlık Durumu			Sağlık Harcamaları		Sağlık Kaynakları		
	DBYS	BÖO	ASD	SH	CSH	PS	NS	YS
	Fayda max	Maliyet min	Fayda max	Fayda max	Maliyet min	Fayda max	Fayda max	Fayda max
Avustralya	83,2	3,2	3,7	5627,3	753,8	3,9	12,3	3,8
Avusturya	81,3	3,1	7,5	6693,3	1033,0	5,5	10,5	7,1
Belçika	81,9	3,3	7,8	5407,0	867,3	3,2	11,1	5,5
Kanada	81,7	4,5	2,8	5904,9	744,1	2,8	1,6	2,6
Çekya	77,4	2,3	9,3	3805,1	438,5	4,1	10,1	6,5
Danimarka	81,4	3,2	7,5	6384,2	790,4	4,3	6,4	2,5
Estonya	76,9	1,4	11,4	2989,1	594,1	3,5	13,6	4,5
Finlandiya	82,0	1,8	5,6	4604,6	755,6	3,5	11,3	2,8
Fransa	82,5	3,6	8,9	6114,9	488,9	3,4	12,1	5,7
Almanya	80,9	3,1	12,3	7382,6	858,4	4,5	3,4	7,8
Macaristan	74,5	3,4	9,9	2402,0	613,1	3,3	15,1	6,8
İrlanda	82,6	3,0	3,9	5836,3	602,4	4,1	2,3	2,9
İsrail	82,6	2,5	9,4	3057,4	524,1	3,3	14,7	2,9
İtalya	82,9	2,4	7,0	4037,8	878,4	4,1	5,1	3,2
Japonya	84,7	1,8	13,6	4665,6	621,0	2,6	6,6	12,6
Kore	83,5	2,5	17,3	3913,7	1039,6	2,5	12,1	12,7
Letonya	73,4	3,5	13,7	2227,9	710,1	3,3	8,4	5,3
Litvanya	74,5	2,8	15,3	3309,0	949,5	4,5	4,2	6,0
Norveç	83,2	1,6	9,0	7064,8	992,9	5,2	7,3	3,4
Polonya	75,6	3,6	10,8	2567,7	502,2	3,3	8,5	6,2
Slovakya	74,8	5,1	13,2	2125,7	398,6	3,7	10,5	5,7
Slovenya	80,9	2,2	9,5	3737,4	441,6	3,3	1,0	4,3
İspanya	83,3	2,6	6,6	3718,1	729,6	4,6	6,1	3,0
İsveç	83,2	2,4	5,2	6262,3	841,2	4,3	10,9	2,1
İsviçre	84,0	3,2	3,6	7178,6	1577,0	4,5	18,4	4,5
Türkiye	78,6	8,5	8,5	1304,7	214,4	2,1	2,7	3,0
Birleşik Krallık	80,4	3,6	7,4	5387,2	662,5	3,2	8,7	2,3
A.B.D.	77,0	5,4	3,3	12318,1	1224,8	2,6	12,0	2,8

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: DBYS, Bebek Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda): BÖÖ, Algılanan Sağlık Durumu (15+ yaş; Kötü ve Çok Kötü): ASD, Sağlık Harcamaları (Kişi başı, cari fiyat, satın alma gücü paritesi): SH, Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Kişi başı, cari fiyat, satın alma gücü paritesi): CSH, Hekim Sayısı (1000 kişi başına): PS, Hemşire Sayısı (1000 kişi başına): NS, Yatak Sayısı (1000 kişi başına): YS

İkinci aşamada en iyi ve en kötü değerler belirlenmiştir. Bu işlemi yapabilmek için öncelikle kriterlerden hangisinin maliyet, hangisinin fayda grubunda yer aldığına karar verilmiştir. Örneğin doğumda beklenen yaşam süresinin fazla olması bir faydayı ifade ederken cepten yapılan sağlık harcamaları istenmeyen bir durum olduğundan dolayı maliyet unsuru olarak değerlendirilmiştir. Tablo 2’de yer alan verilere göre “fj +” en iyi sağlık gösterge değerini gösterirken, “fj – “en kötü değeri ifade etmektedir. Bu adımda ayrıca her bir kriterin ağırlığı 0,125 olarak eşit bir şekilde belirlenmiştir.

Tablo 2: En iyi ve en kötü değerler

Ağırlıklar (wi)	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
X	K1 Fayda max	K2 Maliyet min	K3 Fayda max	K4 Fayda max	K5 Maliyet min	K6 Fayda max	K7 Fayda max	K8 Fayda max
Avustralya	83,2	3,2	3,7	5627,3	753,8	3,9	12,3	3,8
Avusturya	81,3	3,1	7,5	6693,3	1033,0	5,5	10,5	7,1
Belçika	81,9	3,3	7,8	5407,0	867,3	3,2	11,1	5,5
Kanada	81,7	4,5	2,8	5904,9	744,1	2,8	1,6	2,6
Çekya	77,4	2,3	9,3	3805,1	438,5	4,1	10,1	6,5
Danimarka	81,4	3,2	7,5	6384,2	790,4	4,3	6,4	2,5
Estonya	76,9	1,4	11,4	2989,1	594,1	3,5	13,6	4,5
Finlandiya	82,0	1,8	5,6	4604,6	755,6	3,5	11,3	2,8
Fransa	82,5	3,6	8,9	6114,9	488,9	3,4	12,1	5,7
Almanya	80,9	3,1	12,3	7382,6	858,4	4,5	3,4	7,8
Macaristan	74,5	3,4	9,9	2402,0	613,1	3,3	15,1	6,8
İrlanda	82,6	3,0	3,9	5836,3	602,4	4,1	2,3	2,9
İsrail	82,6	2,5	9,4	3057,4	524,1	3,3	14,7	2,9
İtalya	82,9	2,4	7,0	4037,8	878,4	4,1	5,1	3,2
Japonya	84,7	1,8	13,6	4665,6	621,0	2,6	6,6	12,6
Kore	83,5	2,5	17,3	3913,7	1039,6	2,5	12,1	12,7
Letonya	73,4	3,5	13,7	2227,9	710,1	3,3	8,4	5,3
Litvanya	74,5	2,8	15,3	3309,0	949,5	4,5	4,2	6,0
Norveç	83,2	1,6	9,0	7064,8	992,9	5,2	7,3	3,4
Polonya	75,6	3,6	10,8	2567,7	502,2	3,3	8,5	6,2
Slovakya	74,8	5,1	13,2	2125,7	398,6	3,7	10,5	5,7

Tablo 2 (Devamı): En iyi ve en kötü değerler

Ağırlıklar (wi)	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
X	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Fayda
	max	min	max	max	min	max	max	max
Slovenya	80,9	2,2	9,5	3737,4	441,6	3,3	1,0	4,3
İspanya	83,3	2,6	6,6	3718,1	729,6	4,6	6,1	3,0
İsveç	83,2	2,4	5,2	6262,3	841,2	4,3	10,9	2,1
İsviçre	84,0	3,2	3,6	7178,6	1577,0	4,5	18,4	4,5
Türkiye	78,6	8,5	8,5	1304,7	214,4	2,1	2,7	3,0
Birleşik Krallık	80,4	3,6	7,4	5387,2	662,5	3,2	8,7	2,3
A.B.D.	77,0	5,4	3,3	12318,1	1224,8	2,6	12,0	2,8
fj +	84,7	1,4	17,3	12318,1	214,4	5,5	18,4	12,7
fj -	73,4	8,5	2,8	1304,7	1577,0	2,1	1,0	2,1

Bir sonraki adımda verilerin birimlerinin birbirinden farklı olması sebebiyle normalizasyon işlemi yapılması gerekmektedir. Normalizasyon işlemi, en iyi ve en kötü değerlerden ilgili ülkenin gösterge değeri çıkartılıp, birbirine bölünmesi ile elde edilmektedir. Her bir ülke ve her bir kriter için aynı işlem yapıldığında Tablo 3'te yer alan normalize edilmiş değerlere ulaşılmaktadır.

Tablo 3: Normalizasyon Matrisi

Ağırlıklar (wi)	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
X	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Fayda
	max	min	max	max	min	max	max	max
Avustralya	0,1	0,3	0,9	0,6	0,4	0,5	0,4	0,8
Avusturya	0,3	0,2	0,7	0,5	0,6	0,0	0,5	0,5
Belçika	0,2	0,3	0,7	0,6	0,5	0,7	0,4	0,7
Kanada	0,3	0,4	1,0	0,6	0,4	0,8	1,0	1,0
Çekya	0,6	0,1	0,6	0,8	0,2	0,4	0,5	0,6
Danimarka	0,3	0,3	0,7	0,5	0,4	0,4	0,7	1,0
Estonya	0,7	0,0	0,4	0,8	0,3	0,6	0,3	0,8
Finlandiya	0,2	0,1	0,8	0,7	0,4	0,6	0,4	0,9
Fransa	0,2	0,3	0,6	0,6	0,2	0,6	0,4	0,7
Almanya	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,9	0,5
Macaristan	0,9	0,3	0,5	0,9	0,3	0,6	0,2	0,6
İrlanda	0,2	0,2	0,9	0,6	0,3	0,4	0,9	0,9

Tablo 3 (Devamı): Normalizasyon Matrisi

Ağırlıklar (wi)	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
X	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Maliyet	Fayda	Fayda	Fayda
	max	min	max	max	min	max	max	max
İsrail	0,2	0,2	0,5	0,8	0,2	0,6	0,2	0,9
İtalya	0,2	0,1	0,7	0,8	0,5	0,4	0,8	0,9
Japonya	0,0	0,1	0,3	0,7	0,3	0,8	0,7	0,0
Kore	0,1	0,2	0,0	0,8	0,6	0,9	0,4	0,0
Letonya	1,0	0,3	0,2	0,9	0,4	0,6	0,6	0,7
Litvanya	0,9	0,2	0,1	0,8	0,5	0,3	0,8	0,6
Norveç	0,1	0,0	0,6	0,5	0,6	0,1	0,6	0,9
Polonya	0,8	0,3	0,4	0,9	0,2	0,6	0,6	0,6
Slovakya	0,9	0,5	0,3	0,9	0,1	0,5	0,5	0,7
Slovenya	0,3	0,1	0,5	0,8	0,2	0,6	1,0	0,8
İspanya	0,1	0,2	0,7	0,8	0,4	0,3	0,7	0,9
İsveç	0,1	0,1	0,8	0,5	0,5	0,3	0,4	1,0
İsviçre	0,1	0,3	0,9	0,5	1,0	0,3	0,0	0,8
Türkiye	0,5	1,0	0,6	1,0	0,0	1,0	0,9	0,9
Birleşik Krallık	0,4	0,3	0,7	0,6	0,3	0,7	0,6	1,0
A.B.D.	0,7	0,6	1,0	0,0	0,7	0,8	0,4	0,9

Bir sonraki aşamada normalize edilmiş karar matrisinde yer alan her bir değer daha önceden eşit olarak belirlemiş olduğumuz 0,125 ağırlık katsayısı ile çarpımı gerçekleştirilmiştir. Ağırlık katsayı toplamlarının 1'e eşit olması gerekmektedir. Araştırmada 8 kriter kullanıldığı için ağırlık katsayısı = $1/8 = 0,125$ formülü kullanılarak elde edilmiştir. Ülkelerin ilgili sağlık göstergesinden elde ettikleri normalize edilmiş değerler 0,125 ile çarpılmış ve Tablo 4'te yer alan ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi elde edilmiştir.

Tablo 4: Ağırlıklandırılmış Normalize Karar Matrisi

Ağırlıklar (w_i)	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
V	Fayda max	Maliyet min	Fayda max	Fayda max	Maliyet min	Fayda max	Fayda max	Fayda max
Avustralya	0,017	0,032	0,117	0,076	0,049	0,057	0,044	0,104
Avusturya	0,038	0,030	0,084	0,064	0,075	0,000	0,057	0,066
Belçika	0,031	0,033	0,082	0,078	0,060	0,082	0,053	0,084
Kanada	0,033	0,055	0,125	0,073	0,049	0,097	0,121	0,119
Çekya	0,081	0,016	0,069	0,097	0,021	0,050	0,059	0,073
Danimarka	0,037	0,032	0,084	0,067	0,053	0,044	0,086	0,119
Estonya	0,086	0,000	0,051	0,106	0,035	0,072	0,035	0,097
Finlandiya	0,030	0,007	0,101	0,088	0,050	0,072	0,051	0,116
Fransa	0,024	0,039	0,072	0,070	0,025	0,077	0,045	0,082
Almanya	0,042	0,030	0,043	0,056	0,059	0,034	0,108	0,057
Macaristan	0,113	0,035	0,064	0,113	0,037	0,080	0,024	0,069
İrlanda	0,023	0,028	0,116	0,074	0,036	0,051	0,116	0,115
İsrail	0,023	0,019	0,068	0,105	0,028	0,079	0,027	0,115
İtalya	0,020	0,018	0,089	0,094	0,061	0,049	0,095	0,112
Japonya	0,000	0,007	0,032	0,087	0,037	0,105	0,085	0,000
Kore	0,013	0,019	0,000	0,095	0,076	0,108	0,045	0,000
Letonya	0,125	0,037	0,031	0,115	0,045	0,078	0,072	0,087
Litvanya	0,113	0,025	0,017	0,102	0,067	0,036	0,102	0,078
Norveç	0,017	0,004	0,072	0,060	0,071	0,010	0,080	0,109
Polonya	0,101	0,039	0,056	0,111	0,026	0,079	0,071	0,076
Slovakya	0,110	0,065	0,035	0,116	0,017	0,065	0,057	0,082
Slovenya	0,042	0,014	0,067	0,097	0,021	0,079	0,125	0,099
İspanya	0,015	0,021	0,092	0,098	0,047	0,032	0,088	0,114
İsveç	0,017	0,018	0,104	0,069	0,058	0,043	0,054	0,125
İsviçre	0,008	0,032	0,118	0,058	0,125	0,037	0,000	0,096
Türkiye	0,067	0,125	0,076	0,125	0,000	0,125	0,113	0,114
Birleşik Krallık	0,048	0,039	0,085	0,079	0,041	0,083	0,070	0,122
A.B.D.	0,085	0,070	0,121	0,000	0,093	0,103	0,046	0,116

Tablo 5 ve Tablo 6'da bir sonraki aşama olan S_i , R_i ve Q_i Değerleri hesaplanmıştır. S_i ve R_i olarak ifade edilen değerler her bir alternatif için ortalama skorları ve en kötü grup skorlarını ifade etmektedir. Ülkelerin S_i değerleri hesaplanırken her bir ülkenin kriterlerden aldıkları puanlar toplanırken, R_i değerlerinin

hesaplanması aşamasında ülkelerin her bir kriterden elde etmiş oldukları maksimum değer ilgili hücreye yazılmıştır. Ardından S* (minimum Si değeri), S- (maksimum Si değeri), R*(minimum Ri değeri) ve R- (maksimum Ri değeri) değerleri de hesaplanarak Tablo 6’da yer alan Qi değerlerinin hesaplamak için gerekli olan işlemler tamamlanmıştır. Qi değerleri hesaplandığında artık koşulların denetlenmesi ve ülkelerinin sıralanması işlemi ile analizler tamamlanacaktır.

Tablo 5: Hesaplanan Si, Ri ve Qi Değerleri

	Si	Ri	0,00 Qi (q=0,00)	0,25 Qi (q=0,25)	0,50 Qi (q=0,50)	0,75 Qi (q=0,75)	1,00 Qi (q=1,00)
Avustralya	0,496	0,117	0,821	0,880	0,939	0,998	1,057
Avusturya	0,414	0,084	0,066	0,262	0,457	0,653	0,848
Belçika	0,504	0,084	0,060	0,314	0,569	0,823	1,078
Kanada	0,671	0,125	1,000	1,126	1,252	1,379	1,505
Çekya	0,464	0,097	0,346	0,504	0,661	0,819	0,977
Danimarka	0,523	0,119	0,872	0,936	0,999	1,063	1,126
Estonya	0,481	0,106	0,559	0,675	0,790	0,905	1,021
Finlandiya	0,514	0,116	0,788	0,867	0,946	1,025	1,104
Fransa	0,435	0,082	0,000	0,225	0,451	0,676	0,902
Almanya	0,429	0,108	0,610	0,679	0,748	0,817	0,887
Macaristan	0,533	0,113	0,720	0,828	0,936	1,044	1,152
İrlanda	0,559	0,116	0,792	0,899	1,005	1,111	1,218
İsrail	0,464	0,115	0,766	0,819	0,872	0,924	0,977
İtalya	0,537	0,112	0,690	0,808	0,926	1,044	1,161
Japonya	0,353	0,105	0,534	0,574	0,613	0,653	0,693
Kore	0,357	0,108	0,610	0,633	0,657	0,680	0,703
Letonya	0,589	0,125	1,000	1,074	1,148	1,222	1,296
Litvanya	0,541	0,113	0,720	0,833	0,946	1,059	1,172
Norveç	0,422	0,109	0,633	0,692	0,751	0,809	0,868
Polonya	0,559	0,111	0,670	0,807	0,944	1,081	1,219
Slovakya	0,547	0,116	0,785	0,886	0,987	1,088	1,188
Slovenya	0,544	0,125	1,000	1,045	1,091	1,136	1,181
İspanya	0,509	0,114	0,755	0,839	0,923	1,006	1,090
İsveç	0,487	0,125	1,000	1,008	1,017	1,025	1,034
İsviçre	0,474	0,125	1,000	1,000	1,001	1,001	1,001
Türkiye	0,745	0,125	1,000	1,173	1,346	1,519	1,693
Birleşik Krallık	0,566	0,122	0,921	1,000	1,079	1,158	1,237
A.B.D.	0,635	0,121	0,901	1,028	1,156	1,284	1,411
S*	0,353			R*	0,082		
S-	0,745			R-	0,125		

Sıralamaların doğruluğu iki koşulu birden sağlayıp sağlamadıkları ile değerlendirilmektedir. Bu koşullar i) kabul edilebilir avantaj ve ii) kabul edilebilir istikrar koşullarıdır (Kuzu, 2015). “Kabul edilebilir avantaj ve kabul edilebilir istikrar” koşulları beraber değerlendirildiğinde uzlaşık çözümü yansıtan kümenin $q=0,00$ olduğu görülmektedir (Tablo 6). Bu sebeple yapılan sıralamalar arasında en güvenilir olanının $q=0,00$ kümesi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (Kuzu, 2015).

Bu kümede yer alan tüm alternatiflerin sıralanması ülkelerin kullanılmış olan göstergelere göre sağlıkta eşitsizlik kapsamında görece olarak sıralamasını vermektedir. Sağlıkta eşitsizlik kapsamında kullanılan göstergeler ile yapılan VIKOR analizi sonucunda en iyi skoru elde eden ülkenin Fransa olduğu görülmektedir. Ardından Belçika ve Avusturya en iyi değere sahip ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çekya, Japonya ve Estonya da sıralamanın üst sıralarında kendine yer bulan ülkeler arasında yer almaktadır. Araştırma kapsamında ABD, Birleşik Krallık, İsveç, İsviçre gibi gelişmiş ülkelerle beraber gelişmekte olan Türkiye'nin son sıralarda yer alması dikkate değer sonuçlardan birisidir. Üst sıralarda yer alan ülkelerin sağlık çıktı göstergeleri incelendiğinde bu ülkelerin diğer ülkelere kıyasla özellikle bebek ölüm oranlarının düşük, algılanan sağlık durumu değerinin oldukça yüksek, sağlığa ayrılan oranın (sağlık harcaması) yüksek ve sağlık profesyoneli sayısının oldukça iyi durumda olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Sıralama Sonuçları ve Koşulların Denetlenmesi

	SIRALAMA				
	q=0,00	q=0,25	q=0,50	q=0,75	q=1,00
Avustralya	19	17	14	11	12
Avusturya	3	2	2	1	3
Belçika	2	3	3	8	13
Kanada	23	27	27	27	27
Çekya	4	4	6	7	8
Danimarka	20	20	19	19	16
Estonya	6	7	9	9	10
Finlandiya	17	16	17	14	15
Fransa	1	1	1	3	6
Almanya	7	8	7	6	5
Macaristan	12	13	13	17	17
İrlanda	18	19	21	22	22
İsrail	15	12	10	10	7
İtalya	11	11	12	16	18
Japonya	5	5	4	2	1

Tablo 6 (Devamı): Sıralama Sonuçları ve Koşulların Denetlenmesi

	SIRALAMA				
	q=0,00	q=0,25	q=0,50	q=0,75	q=1,00
Kore	8	6	5	4	2
Letonya	23	26	25	25	25
Litvanya	12	14	16	18	19
Norveç	9	9	8	5	4
Polonya	10	10	15	20	23
Slovakya	16	18	18	21	21
Slovenya	23	25	24	23	20
İspanya	14	15	11	13	14
İsveç	23	23	22	15	11
İsviçre	23	22	20	12	9
Türkiye	23	28	28	28	28
Birleşik Krallık	22	21	23	24	24
A.B.D.	21	24	26	26	26
Q(A2)	0,059	0,261	0,457	0,653	0,702
Q(A1)	0,000	0,225	0,450	0,653	0,692
Q(A2)-Q(A1)	0,059	0,036	0,007	0,000	0,010
DQ	0,037	0,037	0,037	0,037	0,037
Koşul-1	DOĞRU	YANLIŞ	YANLIŞ	YANLIŞ	YANLIŞ
Koşul-2	DOĞRU	DOĞRU	DOĞRU	YANLIŞ	DOĞRU

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırmada sağlıkta eşitsizliğin ölçümünde uluslararası literatürde sıklıkla kullanılan göstergelerden 8 tanesi ile OECD ülkelerinin sağlıkta eşitsizlik açısından sıralanması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre en iyi sıralamayı elde eden ülkeler Fransa, Belçika ve Avusturya iken, ABD, Birleşik Krallık, İsveç, İsviçre gibi gelişmiş ülkelerle beraber gelişmekte olan Türkiye son sıralarda yer almaktadır. Araştırmada ayrıca Çekya, Japonya ve Estonya da kendine üst sıralarda yer bulan ülkeler arasında yer almıştır.

VIKOR analizi sonucunda sağlıkta eşitsizliğin diğer ülkelere kıyasla en az olduğu ülke Fransa olarak karşımıza çıkmaktadır. Fransa'nın sağlık sistemi kapsayıcı tipte ve bütün vatandaşlara kapsamlı bir sağlık hizmeti verilmesi esasına dayanmaktadır. Her ne kadar ABD kadar sağlık harcama bütçesi olmasa da sağlık hizmetlerinden elde edilen çıktılar Fransa'yı OECD ülkeleri arasında ilk sıraya yerleştirmiştir (Sarıyıldız ve ark., 2021). Diğer yandan hekim, hemşire ve yatak sayısı bakımından da OECD ülkeleri arasında ortalamasının üzerinde bir değere sahip olması

Fransa'nın ilk sırada yer almasını sağlayan bir diğer neden olarak gösterilebilir.

ABD hekim sayısı açısından OECD ülkeleri ortalamasının altında, (2,6; 1000 kişi başına düşen) ve hemşire sayısı bakımından da OECD ortalamasının üzerindedir (12; 1000 kişi başına düşen). Diğer yandan sağlık harcamaları miktarının en yüksek olduğu ve cepten yapılan sağlık harcamalarının da oldukça fazla olduğu bir ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bunlara rağmen doğumda beklenen yaşam süresinin diğer ülkelere kıyasla yüksek olmaması ve algılanan sağlık durumunun ortalamasının altında olması gibi sebeplerle sağlıkta eşitsizlik düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun altında yatan farklı nedenlerin de olduğu düşünülmektedir. Örneğin yapılan harcamalara rağmen sigara, alkol, obezite ve hava kirliliği gibi bazı risk faktörlerinin sağlık göstergeleri üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Bunlarla beraber sağlık sisteminin de "serbest tip" olması ABD açısından sağlıkta eşitsizliğin ana nedenleri arasında gösterilebilir (Uğurlu & Arslan, 2020). ABD'nin sağlık göstergelerindeki açısından iyi durumuna rağmen, gerçekleştirilen bazı sağlık sistemi değerlendirmesi araştırmalarında etkin olmayan bir sağlık sistemi olarak karşımıza çıksa da bazılarında da etkin bir sağlık sistemi olduğuna dair vurgular yapılmıştır (Şenol ve ark., 2019). Sağlık sistemleri üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlıkta eşitsizliğin ana sebeplerinden birinin de o ülkenin benimsemiş olduğu sağlık sistemi olduğu vurgulanmıştır (Reibling ve ark., 2019).

Türkiye'nin bebek ölüm oranlarının diğer ülkeler ile karşılaştırıldığı yüksek olması, kişi başı yapılan sağlık harcamasının düşük olması, hekim ve hemşire sayısının (1000 kişi başına düşen) OECD ülkelerine kıyasla düşük olması son sıralarda yer almasına sebep olmuştur. Türkiye son yıllarda sağlık göstergeleri açısından bir ivme yakalamış ancak yine de OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmıştır. 2002 yılında 1000 kişi başına düşen hekim oranı 1,38 iken 2020'de 2,17'ye yükselmiştir. Hemşire ve ebe oranı ise 2002'de 1,71 olarak belirlenmişken 2020'de 3,43 olarak raporlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Literatürde yapılan veri zarflama analizleri incelendiğinde OECD ülkeleri arasında Türkiye'nin kullanmış oldukları kaynaklara oranla elde etmiş olduğu sağlık çıktıları arasındaki ilişkiden elde edilen sonuçlar Türkiye'nin diğer ülkelere kıyasla etkinlik düzeyinin 1 olduğu görülmektedir (Şahinbaş ve ark., 2019). Bir başka ifade ile Türkiye Sağlık Sistemi elindeki kaynakları etkin bir şekilde kullanmaktadır. Yapılan bir diğer veri zarflama analizinde Türkiye'nin teknik olarak etkin olduğu tespit edilmiştir (Boz & Önder, 2017).

Gerçekleştirilen bir araştırmada algılanan sağlık durumu açısından cinsiyet sosyodemografik değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Erkeklerin ortalama oranının, kadınların ortalama oranından %2,5 daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada ayrıca kişisel sağlık durumu değerlendirmesinde cinsiyet

eşitsizliğinin etkisi kişi başına düşen GSYH oranına bir etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Gavuraova ve ark., 2020).

Kocabaş (2014)'ın da ifade ettiği gibi toplumun sağlık durumu sadece sağlık hizmetlerinin sunumu ile ifade edilemez. Toplum sağlığının %50'sinin sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğunu unutmamak gerekir. Bununla beraber eğitim durumu da sağlığın belirleyicileri arasında önemli bir yere sahiptir. Eğitim seviyesine göre dokuz Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırmada yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin, ihtiyaç kontrol edildikten sonra, daha az eğitilmiş kişilere göre uzman bakımını daha fazla kullanma eğiliminde olduklarını da ortaya koymuştur (De Looper & Lafortune, 2009). Eğitim seviyesindeki artış, özellikle sağlık hizmetlerine olan talebin de artmasına neden olmaktadır. Kanser oranları, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalık oranları gibi diğer potansiyel sağlık göstergelerinin ve eşitsizlikleri yansıtan farklı göstergelerin araştırılması önemlidir (Hatem & Goossens, 2022).

DSÖ Sosyal Belirleyiciler Komisyonu'nun önerilerine rağmen, taranan otuz altı yüksek gelire sahip ülkesinin çoğunun, sağlıkta eşitsizliği rutin olarak izlemedikleri görülmektedir. Yalnızca yedi yüksek gelire sahip ülkesinin web sitelerinde kolayca bulunabilen sağlıkta eşitsizlik izleme raporları bulunmaktadır. Sadece İngiltere ve İskoçya gibi iki ülke, bu tür eğilimleri ayrıntılı olarak yayınlamaktadır. Bir sağlıkta eşitsizlik izleme sistemi, sağlıkta eşitsizliği azaltma için yeterli bir koşul değildir, ancak muhtemelen gerekli bir koşuldur (Frank & Matsunaga, 2022).

Sağlıkta eşitsizliği önlemek adına alınabilecek bir dizi tedbirler arasında insan kaynaklarına ve sağlık tesislerine yapılacak yatırımların değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır. Son yıllarda Türkiye'de hizmete sunulan sağlık tesisi sayısının artması, özellikle COVID-19 salgını sırasında oldukça faydalı olmuştur. Özellikle Türkiye nezdinde sağlıkta insan kaynağının kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. Diğer yandan geliştirilecek olan sağlık politikaları ile geçmişten bugüne iyi bir şekilde düşürülmüş olan anne ve bebek ölüm oranlarının OECD ülkeleri ortalamasına yaklaşmasını sağlayacak adımların kararlılıkla atılması gerekmektedir. GSYİH'den sağlığa ayrılan payın artırılmasının da sağlık göstergeleri açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Halihazırda yapılan çalışmalarda etkin bir ülke olarak ifade edilse de sağlık göstergelerinde henüz iyileştirilmesi gereken alanlar olduğu görülmektedir. Sağlıkta eşitsizliklerin incelenmesine yönelik çok çeşitli göstergeler ve konular, farklı ülkeler ve kuruluşlar arasında mevcuttur, ancak bazı açık ortak noktalar da bulunmaktadır. Sağlık göstergelerinin kullanımının gözden geçirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerle ilgili çalışmaların mevcut durumunu bilmek için önemli bir adımdır ve bunların nasıl üstesinden gelineceğinin anlaşılmasında nasıl yol izleneceğini gösterebilir (Albert-Ballestar & García-Altés, 2021).

KAYNAKÇA

- Aba, G., & Ateş, M. (2015). Sağlıkta Eşitsizlikler. İstanbul: Beta Yayın Basım A.Ş.
- Aktepe, A., & Ersöz, S. (2014). AHP-Vikor ve Moora yöntemlerinin depo yeri seçim probleminde uygulanması. *Endüstri Mühendisliği*, 25(1), 2-15.
- Albert-Ballestar, S., & García-Altés, A. (2021). Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *International journal for equity in health*, 20(1), 1-15.
- Belek, İ. (1998). Sağlık sınıf eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Boz, C., & Önder, E. (2017). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence*, 6(11), 24-61.
- Boz, C., Yılmaz, S., & Özarsı, H. (2022). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemi Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 336-343.
- De Looper, M., & Lafortune, G. (2009). Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries (Vol. OECD Health Working Papers, No. 43). Paris: OECD Publishing.
- 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.
- Frank, J. W., & Matsunaga, E. (2022). National monitoring systems for health inequalities by socioeconomic status—an OECD snapshot. *Critical Public Health*, 32(4), 580-587.
- Gavurova, B., Rigelsky, M., & Ivankova, V. (2020). Perceived health status and economic growth in terms of gender-oriented inequalities in the OECD countries. *Economics & Sociology*, 13(2), 245-257.
- Hatem, G., & Goossens, M. (2022). Health care system in Lebanon: a review addressing health inequalities and ethical dilemmas of frontline workers during COVID-19 pandemic. *BAU Journal-Health and Wellbeing*, 5(1), 4.
- Hübelová, D., Kuncová, M., Vojáčková, H., Coufalová, J., Kozumplíková, A., Lategan, F. S., & Chromková Manea, B.-E. (2021). Inequalities in health: Methodological approaches to spatial differentiation. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12275.
- Kocabaş, A. (2014). Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik. *Toraks Bülteni*, Haziran: 9, 14.
- Koçoğlu, D., & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Kuzu, S. (2015). Vikor. In E. Ö. B. F. Yıldırım (Ed.), *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri* (s. 115-132). Bursa: Dora.

- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, 22-30.
- OECD. (2023). OECD Health Statistics. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> adresinden ulaşılmıştır.
- Opricovic, S., & Tzeng, G.-H. (2004). Compromise solution by MCDM methods: A comparative analysis of VIKOR and TOPSIS. *European journal of operational research*, 156(2), 445-455.
- Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019). Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 123(7), 611-620.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>. Adresinden ulaşılmıştır.
- Sarıyıldız, A. Y., Paşaoğlu, M. T., & Yılmaz, M. E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve COVID-19 Politikaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.
- Şahinbaş, F., Konca, M., & Yetim, B. (2019). OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri etkinliğinin değerlendirilmesi. Paper presented at the 3. Uluslararası 13. ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya.
- Şenol, O., Kişi, M., & Eroymak, S. (2019). OECD Sağlık Sistemiyle Türk Sağlık Sistemi'nin veri zarflama analiziyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 35, 277-293.
- Şimşek, H., & Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Turkish Journal of Public Health*, 10(2), 116-127.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 8(4), 32-43.
- Uğurlu, H., & Arslan, H. (2020). ABD sağlık sistemi ve Türkiye sağlık sistemi ile karşılaştırılması. *Ahi Evran Akademi*, 1(2), 15-31.
- Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- Wagstaff, A. (2002). Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *Journal of health economics*, 21(4), 627-641.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social science & medicine*, 33(5), 545-557.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217-228.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*, 26(4), 972-983.

Yıldırım Öztürk, E. N., & Uyar, M. (2020). Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalite Oranları ile İnsani Gelişmişlik Endeksi ve Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 90-96.

Yoloğlu, A. C., Kurt, A. Ö., Levent, Y. S., Levent, T., Burat, S., Karaca, S., & Gökalp, S. (2020). Sağlık Eşitsizlikleri, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeđi Üzerinden Bir Değerlendirme: Mersin İli Mezitli İlçesi Örneđi Health Inequalities, an Evaluation through WHO Quality of Life Scale: the case of Mersin Province Mezitli District. *Planlama*, 30(1), 66-88.