



Türkiye’de Sağlık ve Sosyoekonomik Sınıf



Health And Socioeconomic Class in Turkey

DOI: <https://doi.org/10.25204/iktisad.855528>

Ömer LİMANLI*

Öz

Makale Bilgileri

Makale Türü:
Araştırma Makalesi

Geliş Tarihi:
06.01.2021

Kabul Tarihi:
21.03.2021

© 2021 İKTİSAD
Tüm hakları
saklıdır.



Bireylerin ait oldukları sosyoekonomik sınıf nedeniyle kötü sağlık durumuna sahip olmaları adil değildir. Bu makalenin amacı Türkiye’deki öznel sağlık değerlendirmesine dayalı sağlık kutuplaşmasını ve eşitsizliğini sosyoekonomik sınıf perspektifinden incelemektir. Gelir ve meslek kategorisi sosyoekonomik sınıf göstergesi olarak alınmıştır. Bu doğrultuda yeni geliştirilen kutuplaşma ve eşitsizlik endeksleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan veri Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması’ndan gelmektedir ve 2006-2017 dönemini kapsamaktadır. Endeks sonuçlarına göre sağlık kutuplaşması ve eşitsizliği ilgili dönemde, çalışma durumundan bağımsız olarak hem erkekler hem de kadınlar için azalmaktadır. Havuzlanmış veriden elde edilen bölgesel endeks sonuçlarına göre endeks en yüksek değerlerine ülkenin doğusunda ulaşmaktadır. Ayrıca bölgesel endeks sonuçları ile bölgesel ortalama gelir arasında ters-U ilişki tespit edilmiştir. Endeks değerleri hem gelire hem de bireyin meslek kategorisine göre değişkenlik göstermektedir. Yoğunlaşma bilhassa eğitim düzeyinin düşük ve beden gücüne dayalı meslek kategorilerinde gözlenmiştir. Sosyoekonomik sınıfın önemli sağlığın belirleyicilerinin tahmin edildiği çok düzeyli karma sıralı logit tahmini ile doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık eşitsizliği, sınıf, kutuplaşma, Türkiye.

Abstract

Article Info

Paper Type:
Research Paper

Received:
06.01.2021

Accepted:
21.03.2021

© 2021 JEBUPOR
All rights reserved.



It is unfair for individuals to have poor health status due to their socioeconomic class. This article aims to examine the health polarization and inequality in Turkey from the perspective of socioeconomic class. Income and occupation category are taken as socioeconomic class indicator. To this end, newly developed polarization and inequality indices are employed. The data used in the study comes from the Income and Living Conditions Survey and covers the period 2006-2017. According to the index results, health polarization and inequality are decreasing for both men and women in the relevant period, regardless of the employment status. According to the regional results obtained from pooled data, the index reaches its highest values in the east of the country. Besides, an inverted-U relationship has been found between regional index results and regional average income. Index values vary according to both the income and occupation category. Concentration is mainly observed in occupational categories based on the low level of education and physical strength. The importance of socioeconomic class is verified by a multi-level mixed order logit estimation where determinants of health are estimated.

Keywords: Health inequality, class, polarization, Turkey.

Atf/ to Cite (APA): Limanlı, Ö. (2021). Türkiye’de sağlık ve sosyoekonomik sınıf. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 156-171

* ORCID Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, Akçakoca Bey Siyasal Bilgiler Fakültesi, İktisat Bölümü, omerlimanli@duzce.edu.tr

Extended Abstract

Background:

The fact that health, which is considered an innate right, changes between individuals due to factors beyond the control of individuals is a matter of equity. Scholars have made serious efforts to understand the relationship between health and socioeconomic class, especially after The Black Report published in 1980. Earlier studies have tried to reveal how the health status of individuals varies between classes by using income and profession as class indicators. The fact that the inequality indices employed in this period can only be used for continuous variables delayed the calculation of the health inequality using an index. Thanks to the development of relevant indices, the polarization and inequality indices in health status in the context of socioeconomic classes have become computable.

Research Purpose:

This article has two purposes. The first is to uncover whether health inequality and polarization in Turkey vary according to the socioeconomic class. The second is to estimate the impact of income and occupation on health.

Methodology:

In order to measure health polarization inequality, indices proposed by Abul Naga and Yalçın, (2008) and Cowell and Flachaire (2017), respectively, have been used. To determine whether the indices vary according to socioeconomic class, the positions of individual in the income distribution and profession group have been used as socioeconomic class. In addition, multi-level ordered logit regression has been estimated in order to reveal the effect on the health status of the occupational group and the position in the income distribution.

Findings:

Health inequality and polarization are found decreasing among both women and men, regardless of employment status. Regional analysis showed that there are considerable differences between the east and west of the country. Polarization and inequality vary according to both income and occupation group. In addition, an inverted-U relationship has been identified between regional health polarization-inequality and regional income. Econometric estimates using many control variables also revealed that the income and occupational class of the individual have significant effects on the health status.

Conclusions:

Health is a vital factor in achieving the desired level of other outcomes that individuals want to accomplish in their lives. Many field studies have consistently shown that health is the most critical factor in life. Therefore, if individuals want to be happy and/or to be realized themselves, it is necessary to make individuals' health status independent of their socioeconomic position with health policies. In this context, in this study, subjective health evaluation used as an indicator of individuals' health status in Turkey has been examined by the socioeconomic class. The findings point to the existence of a significant change not only between but also within the classes. Both polarization and inequality are at a high level, especially among individuals in the occupational group that requires a low level of education and are heavily based on physical strength. Moreover, there is an east-west gap in health polarization and inequality, like many other social problems. The determination of the inverted-U relationship between regional health polarization and inequality and regional income, just like income inequality, has been one of the study's striking findings. The in-depth analysis of the relationship between the two variables is left to future studies.

1. GİRİŞ

Pew Research Center tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 43 ülkeyi kapsayan, araştırma sonuçlarına göre bireylerin hayatlarındaki en önemli şey sağlık (Pew Research Center, 2014, 15). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ortaya konan çok daha güncel bulgulara göre ise Türkiye'de bireyleri en çok sağlıklı olmaları mutlu etmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Hem yerelde hem de küresel çapta bireyler için önemi bu derece net olan sağlığın, doğuştan gelen temel bir hak olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, bireyin sosyoekonomik durumundan bağımsız olması gerektiği düşünülebilir. Ne var ki göstergeler bunun tam tersine işaret etmektedir. Nijerya'da canlı doğan her 1000 çocuktan 117'si beşinci yaşını göremezken bu sayı Finlandiya'da sadece 2'dir (The World Bank, 2020). Dahası, 2019 yılında Çin'in Wuhan kentinden tüm dünyaya yayılan Covid-19 hastalığı sağlık ve sosyoekonomik durum arasındaki sıkı ilişkiyi tüm dünyaya acı bir şekilde hatırlatmıştır. Toplam hanehalkı sayısının %97,4'ünün ellerini yıkama imkânından mahrum olduğu Liberya'daki bireyler için "temizlik-maske-mesafe" sloganının bir şey ifade etmeyeceği açıktır (WHO-UNICEF, 2020). Tüm bu rahatsız edici gerçekler sağlık eşitsizliğinin alarm veren bir düzeyde olduğunu ve karar alıcıların bir an önce harekete geçmesi gerektiğine işaret etmektedir.¹

Her ne kadar yukarıdaki paragrafta sağlık eşitsizliği ile neyin kastedildiğinin ipucu verilmiş olsa da sonraki bölümlerde yaşanacak olası kavram karışıklıklarını gidermek adına bu noktada kavramsal açıklamaların sunulması yerinde olacaktır. Sağlık eşitsizliği yazında iki farklı bakış açısıyla incelenmektedir.² Bunların ilkinde eşitsizlik sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan farklılaşmalar olarak ele alınırken ikincisinde eşitsizlik bireylerin sağlık durumunun buldukları sosyoekonomik duruma göre farklılaşması şeklinde ele alınmaktadır. Her iki yaklaşımdan anlaşılabilir üzere biyolojik ve doğal farklılıklar nedeniyle bireyler arasında gözlemlenen sağlık durumu farklılıkları ile bireylerin sağlıklarına zarar veren davranışları özgürce seçmeleri durumunda oluşan farklılıklar eşitsizlik olarak değerlendirilemeyecektir. Ayrıca, bir grubun diğer grup üzerinde elde ettiği geçici sağlık avantajları da dikkate alınmayacaktır, çünkü dezavantajlı grubun bir müddet sonra sağlığı destekleyici davranışları benimseyerek avantajlı grubu yakalayacağı varsayılmaktadır. Dolayısıyla, önlenemez/kaçınılmaz ve adalet duygusunu zedeleyici etmenler nedeniyle bireylerin sağlık durumlarının farklılaşması sağlık eşitsizliği olarak değerlendirilmektedir (Whitehead, 1992, s. 432). Burada yazındaki ikinci yaklaşım benimsenmiştir. Yani, sağlık eşitsizliği farklı sosyoekonomik sınıflara mensup bireyler arasındaki sağlık durumu farklılığı bağlamında ele alınacaktır.

Bireylerin sağlık durumunun bulunduğu sosyoekonomik sınıfa göre farklılaşması nedeniyle odaklanılması gereken asıl meselenin sağlık eşitsizliğinden ziyade gelir, servet veya ücret eşitsizliği olduğu ileri sürülebilir. Bir çıktı olarak sağlık durumunun önemli belirleyicileri olsalar da gelir veya servet gibi iktisadi değişkenler ile çok daha normatif bir kavram olan sağlığın bireyler arasındaki farklılaşmasının arka planındaki dinamikler birbirinden farklıdır. Kaldı ki gelir eşitsizliğinin iktisadi gelişmenin olağan bir parçası olduğu, belirli bir düzeydeki gelir eşitsizliğinin ise bir teşvik aracı görevinin bulunduğu gelir eşitsizliği yazınında genel kabul gören olgulardır. Eğer kabul edilebilir düzey aşılar da gelir eşitsizliği toplumsal huzuru tehdit eden bir şey haline gelirse özellikle maliye politikası aracılığıyla gelir desteği ve gelir transferi mümkündür. Ne var ki aynı şeyleri sağlık için söylemek mümkün değildir, çünkü belli bir grubun sağlıksızlığı hiçbir şey için teşvik olarak kullanılamayacağı gibi sağlık bireyler arasında transfer edilebilen bir şey de değildir. Dahası, Hall ve Lamont (2009) tarafında da gösterildiği üzere bir toplumun başarılı olup olmadığını gösteren en etkin çıktı alışılagelen iktisadi ölçütler değil, sağlık. Tüm bunlar göz önüne alındığında sağlık

¹ Türkiye'deki sağlık politikaları üzerine inceleme için bkz. Altındağ ve Yıldız (2020) ve Dedeoğlu (1990).

² Tekrara düşmemek adına burada sağlık eşitsizliği kavramı ve anlamı üzerinde detaylıca durulmayacaktır. Yazın ve kavramsal incelemeler için bk. Fritzell (2014), Illsley ve Baker (1991), Masseria, Hernández-Quevedo ve Allin, (2010), McCartney, Popham, McMaster ve Cumbers, (2019), Şimşek ve Kılıç (2012) ve Whitehead (1992).

eşitsizliğini incelemeye yönelik atılan adımların, bilhassa The Black Report'un yayımlandığı 1980 yılından itibaren, artarak devam ettiği gözlemlenmektedir (Gray, 1982).

Sosyoekonomik durum ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen erken dönem çalışmalarda gelir veya bireyin meslek grubu sosyoekonomik sınıfın bir göstergesi olarak kullanılmıştır.³ Sağlık durumu ise yoğun bir biçimde bireylerin sıralı bir ölçek vasıtasıyla genel sağlık durumlarını beyan ettiği öznel sağlık değerlendirilmeleri ile ölçülmüştür. Sağlıkla ilgili değişkenlere göre nasıl değişkenlik gösterdiği yoğunlaşma endeksleri veya basit çapraz tablolar ile ortaya konmaya çalışılmıştır (Costa-Font ve Hernández-Quevedo, 2012; O'Donnell, O'Neill, Van Ourti ve Walsh, 2016). Gelir veya bireyin meslek grubu gibi sıklıkla kullanılan sosyoekonomik sınıf göstergelerini temsil edebilen iktisadi durgunluk gibi değişkenler de kullanılmıştır. Örneğin Wang, Wang ve Halliday (2018), 2007-2009 döneminde yaşanan büyük durgunluğun ABD'de bilhassa işsizlik kanalıyla sağlık üzerinde ciddi etkileri olduğunu göstermiştir. Chen, Yan ve Gill (2020) ise çocukluk dönemindeki sosyoekonomik durumun yetişkinlikteki sağlık eşitsizliğinin ne kadarını açıkladığını Çin ve ABD üzerinden göstermiştir. Yazarlara göre ilgili oranlar Çin için %7-%16, ABD için %14-%30 aralığında değişmektedir.⁴ Benzer çalışmalar Türkiye için de gerçekleştirilmiştir. Örneğin Türkkan ve AYTEKİN (2009) Bursa ilindeki iki bölgeyi incelemiş ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde yer alan bireylerin sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ortaya koymuştur. Dünya Sağlık Araştırması'ndan istifade eden SÖZMEN, Baydur, Simsek ve Ünal (2012) ise 2003 yılı için Türkiye'deki sağlık eşitsizliğini, yoğunlaşma endeksi anlamında, -0,15 bulmuştur. Yani, daha kötü sağlık durumunu daha çok yoksullar beyan etmektedir. 12 ilden 648 gözleme ait veri kullanan Kutlu (2020), t ve varyans ayrıştırma testlerini kullanarak sosyoekonomik statü ve öznel sağlık göstergeleri arasındaki aynı yönlü ilişkiyi göstermiştir.

Sağlık eşitsizliğini incelemeye yönelik yukarıda değinilen yaklaşımın yanı sıra çok daha yakın tarihlerde geliştirilen ikinci bir yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımda bireylerin kendilerine sunulan sıralı bir ölçek üzerinden tercihleri ile ifade ettikleri öznel sağlık değerlendirmelerinin dağılımı baskınlık, kutuplaşma ve/veya eşitsizlik endeksleri kullanılarak incelenmektedir (Abul Naga ve Yalçın, 2008; Allison ve Foster, 2004; Apouey, 2007; F. A. Cowell ve Flachaire, 2017). Böylece nitel bir değişken olarak öznel sağlık değerlendirmesinin sürekli bir değişken olan gelir gibi dağılımı incelenebilmektedir. Mesela, 27 Avrupa ülkesindeki sağlık eşitsizliğini ve kutuplaşmasını inceleyen Pascual, Cantarero ve Lanza (2018) sağlık eşitsizliğinin 2006-2009 ile 2013-2015 dönemleri arasında 0,347-0,460 aralığından 0,346-0,456 aralığına düştüğünü, benzer şekilde kutuplaşmanın da ilgili dönem aralığında 0,048-0,323 aralığından 0,047-0,319 aralığına gerilediğini göstermiştir. Kobus ve Morawski (2019) ise Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Hırvatistan verilerini kullanarak üç ülkeyi hem yoğunlaşma endekslerini hem de baskınlık fonksiyonunu kullanarak karşılaştırmıştır. Çek Cumhuriyeti'nin diğer iki ülkeye baskın geldiği tespit edilmiştir. Yani bu ülkede öznel sağlık değerlendirmesine dayalı göstergeler daha dengeli dağılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, yukarıda değinilen yaklaşımları bütünleştirerek, 2006-2017 dönemi için Türkiye'deki öznel sağlık değerlendirmesindeki kutuplaşma ve eşitsizliğin boyutlarını ortaya çıkarmaktır. Sosyoekonomik sınıf göstergesi olarak bireylerin meslek grubu ve hanenin gelir dağılımındaki konumu, kutuplaşma ve eşitsizlik endeksleri olarak da, sırasıyla, Abul Naga ve Yalçın (2008) ve Cowell ve Flachaire (2017) tarafından önerilen endeksler kullanılmıştır. Çalışmanın verisi 2006 yılından itibaren TÜİK tarafından toplanmakta olan Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'ndan (GYKA) gelmektedir. Bildiğimiz kadarıyla Türkiye'deki sağlık eşitsizliğini sıralı ölçek kullanarak bir endeks vasıtasıyla hesaplayan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda çalışmanın yazına katkı sunacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, öznel sağlık durumunun belirleyicileri çok düzeyli

³ Sosyoekonomik durum ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik inceleme için bk. Adler ve Ostrove (1999), Kröger, Pakpahan ve Hoffmann (2015) ve Solar ve Irwin (2010).

⁴ Sağlık ve gelir arasındaki ilişkiye yönelik ampirik yazın incelemesi için bk. O'Donnell, Van Doorslaer ve Van Ourti (2015).

karma etkiler sıralı logit tahmin yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir. Bulgular, genel olarak ifade etmek gerekirse hem kutuplaşmanın hem de eşitsizliğin azaldığını göstermektedir. Meslek grubu ve hanenin gelir dağılımındaki konum bilgilerinin birleşimi neticesinde hesaplanan grup için kutuplaşma ve eşitsizlik endeks sonuçlarına göre her iki endeks değeri hem meslekler arasında hem de gelir dağılımı boyunca farklılaşmaktadır. Bazı meslek gruplarında gelir dağılımından bağımsız olarak daha yüksek daha yüksek kutuplaşma ve eşitsizlik görülmektedir.

Makalenin geri kalanı izleyen şekilde yapılandırılmıştır. İkinci kısım kullanılan yöntem etraflıca sunulmuştur. Veri ve değişkenlere ait bilgiler üçüncü kısımda bulunabilir. Bulgular dördüncü kısımda yer almaktadır. Beşinci kısım ile çalışma sonuçlanmaktadır.

2. YÖNTEM

Öznel sağlık değerlendirmelerinde kullanılan sıralı ölçeğin yapısı nedeniyle Gini, Atkinson veya varyans gibi eşitsizlik ölçütleri tutarlı sonuçlar vermemektedir. Bunun ardında yatan gerekçe bu endekslerin ortalama bağımlı olmaları ve kullanılan ölçek değiştiğinde sonuçların da değişmesidir. Bundan dolayı araştırmacılar bahsi geçen durumları göz önünde bulunduran daha dirençli endeksler geliştirmiştir. Burada Abul Naga ve Yalçın (2008) tarafından önerilen kutuplaşma endeksi ile Cowell ve Flachaire (2017) tarafından önerilen eşitsizlik endeksleri kullanılmıştır. Bu endekslerin seçilmesinin en önemli nedeni eşitsizlik yazınında sağlanması arzulanan aksiyomların büyük kısmını sağlamış olmalarıdır (Cowell, 2011). Endeksler Jenkins (2020) tarafından Stata programı için geliştirilen *ineqord* komutu ile hesaplanmıştır.

Abul Naga ve Yalçın (2008): Bireylerin karşı karşıya kaldıkları ölçek $c = (c_1, \dots, c_n)$, her bir kategoride bulunan bireylerin oranı da p_i olsun, $\pi = (p_1, \dots, p_n)$. i . kategoriye kadar olan oranların birikimli dağılım fonksiyonu $\Pi = (P_1, \dots, P_n)$, m de Π 'nin medyanı olsun. Bu durumda endeks aşağıdaki şekilde yazılabilir;

$$I_{\alpha, \beta}(\Pi) = \frac{\sum_{i < m} P_i^\alpha - \sum_{i \geq m} P_i^\beta + (n+1-m)}{(m-1) \left(\frac{1}{2}\right)^\alpha - \left[1 + (n-m) \left(\frac{1}{2}\right)^\beta\right] + (n+1-m)}, \quad \alpha, \beta \geq 1. \quad (1)$$

Eşitlik 1'den görüldüğü üzere bu endekste bir öncekinden farklı olarak iki parametre vardır; α ve β . Bu parametrelerin neyi ifade ettiği konusunda eşitliğin payı ipucu vermektedir; β 'nin herhangi bir değeri ve $\alpha \rightarrow 1$ durumunda endeksin dağılımın alt kısmındaki birikimli olasılık kümelenmesine olan hassasiyeti artmaktadır. $\alpha \rightarrow \infty$ durumunda ise endeksin medyanın altındaki dağılıma olan hassasiyeti ortadan kalkmaktadır. Tam tersi durumda ise endeks yalnızca medyanın altındaki dağılımı dikkate alacaktır (Abul Naga ve Yalçın 2008, 1620–21). Endeks tam eşitlik durumunda 0, tam kutuplaşma durumunda 1 değerini almaktadır.

Cowell ve Flachaire (2017): i bireyleri, k kategorileri, $k(i)$ de i . bireyin ait olduğu kategoriyi temsil etsin, $i = (1, \dots, n)$, $k = (1, \dots, K)$. Cowell ve Flachaire (2017) önceki endekslerden farklı bir yaklaşımla tek parametrelili iki endeks önermiştir. Birden fazla endeks elde edilmesinin nedeni i . bireyin “konumu” olan s_i 'nin ele alınış şeklidir. Endeks aşağıdaki şekilde yazılabilir;

$$I_{\alpha} = \begin{cases} \frac{1}{\alpha(\alpha-1)} \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n s_i^{\alpha} - 1 \right], & \alpha \neq 0, 1, \\ -\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \log s_i, & \alpha = 0. \end{cases} \quad (2)$$

Eşitlik 2’de yer alan s_i ’yi hesaplamaya dönük yaklaşım, yukarıda da belirtildiği üzere, iki endeks değerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Eğer $s_i = \sum_{l=1}^{k(i)} n_l / n$ şeklinde bir yaklaşım kullanılırsa i . kişinin bulunduğu kategoriye kadar olan gözlem toplamının oranı kullanılır ki yazarlar buna *downward looking* yaklaşımı demektedir. Eğer tam tersine $s_i = \sum_{l=k(i)}^K n_l / n$ kullanılırsa kişinin bulunduğu kategori ve sonrasındaki kategorilerde bulunan gözlem toplamının oranı kullanılacaktır ki yazarlar buna *upward looking* demektedir. Yazarlar referans değer olarak 1 değerini almıştır. Bu değer her bir kategoride yer alan gözlem değerlerinin birikimli dağılım fonksiyonunun alacağı en yüksek değerdir. Dahası, bu değer sayesinde endeksin negatif değer alma ihtimali ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle, Eşitlik 2’de köşeli parantez içinde yer alan 1 değeri referans değeri temsil etmektedir. Ayrıca, eşitlikte yer alan α parametresi eşitsizliğin dağılımın farklı kısımlarına olan duyarlılığını temsil etmektedir, $0 \leq \alpha < 1$. Daha büyük (küçük) α değeri yüksek (düşük) konum değerlerine daha fazla ağırlık vermektedir (Cowell ve Flachaire 2017, 301–2). Endeks yalnızca aşağıdan 0 ile sınırlıdır.

Çok Düzeyli Karma Etkiler Sıralı Logit Tahmincisi

Çalışmanın ikinci amacı sosyoekonomik sınıf göstergelerinin öznel sağlık değerlendirmesi üzerindeki etkisini tahmin etmektir. Bu doğrultuda, çok düzeyli karma etkiler logit regresyon modeli kullanılmıştır. Geleneksel tahmin yöntemlerinin yerine bu yöntemin tercih edilme nedeni tesadüfi etkinin göz ardı edilmesinin tahminleri sapmalı yapacağı gerçeğidir (Demidenko, 2004, s. 354).

i bireyleri, j de bireylerin bulunduğu kümeleri gösterecek şekilde, $j = 1, \dots, M$, $i = 1, \dots, n_j$. \mathbf{x}_{ij} , $1 \times p$ boyutlu sabit etkiler için kullanılan açıklayıcı değişkenlerin yer aldığı satır vektörü, \mathbf{z}_{ij} , $1 \times q$ boyutlu tesadüfi etkilere karşılık gelen açıklayıcı değişkenlerin yer aldığı vektörü, \mathbf{u}_j tesadüfi etkiler kümesi ve κ kesim noktaları kümesi olsun. Bu durumda, bireyin beyan edeceği sağlık durumunun k ’den büyük bir kategoride olmasının birikimli olasılığı

$$\Pr(y_{ij} > k \mid \mathbf{x}_{ij}, \kappa, \mathbf{u}_j) = H(\mathbf{x}_{ij}\beta + \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j - \kappa_k) \quad (3)$$

şeklinde yazılabilir, $k = 1, \dots, K$, $\kappa = \{\kappa_1, \dots, \kappa_{K-1}\}$. Eşitlik 3’te $H(\cdot)$ birikimli olasılığı temsil eden logit birikimli dağılım fonksiyonudur. Bu çalışmada yalnızca tesadüfi kesim ele alınacağından $\mathbf{z}_{ij} = 1$ ’dir. Bu bilgiler ışığında, k çıktısının gözlenme olasılığı izleyen şekilde yazılabilir,

$$\begin{aligned} \Pr(y_{ij} = k \mid \kappa, \mathbf{u}_j) &= \Pr(\kappa_{k-1} < \mathbf{x}_{ij}\beta + \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j + \varepsilon_{ij} \leq \kappa_k) \\ &= \Pr(\kappa_{k-1} - \mathbf{x}_{ij}\beta - \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j < \varepsilon_{ij} \leq \kappa_k - \mathbf{x}_{ij}\beta - \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j) \\ &= H(\kappa_k - \mathbf{x}_{ij}\beta - \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j) - H(\kappa_{k-1} - \mathbf{x}_{ij}\beta - \mathbf{z}_{ij}\mathbf{u}_j). \end{aligned}$$

3. VERİ

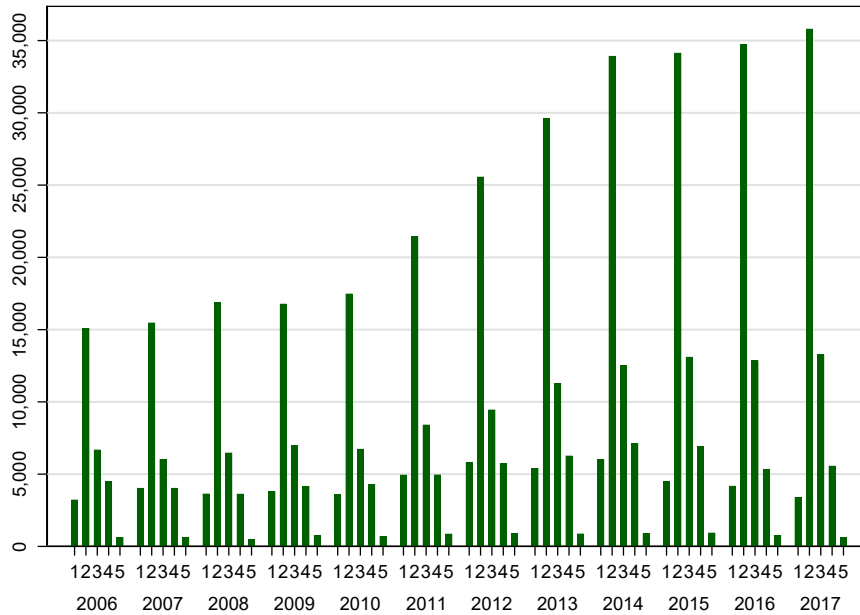
Çalışmanın tamamında TÜİK tarafından 2006 yılından itibaren kullanıma sunulan Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması (GYKA) veri seti kullanılmıştır. Çalışmada 2006-2017 dönemini kapsayan yatay kesit veri kullanılmıştır. GYKA öznel sağlık değerlendirme bilgilerinin yanı sıra bireylere ve hanelere ait çeşitli detaylı demografik ve sosyoekonomik bilgiler sunmaktadır. GYKA kullanıma

sunulduğu yılın bir önceki yılına ait bilgiler barındırmaktadır. Mesela 2007 yılında kullanıma sunulan ve kurulsam olarak 2007 yılı verisi olduğu beyan edilen veri setinin içindeki bilgiler 2006 yılındaki hanelere ve bireylere aittir. Çalışmadan elde edilen bulgular yorumlanırken kurumsal olarak ilan edilen tarihler kullanılacaktır. Fakat bulguların bir önceki yıla ait olduğu akılda tutulmalıdır. Havuzlanmış veriyi işaret eden toplam örneklem büyüklüğü 535.556'dır.

3.1. Değişkenler

Hem endeks hesaplamalarında hem de öznel sağlık durumunun belirleyicilerinin tahmin edildiği modelde odak noktamızı oluşturan temel üç değişken bulunmaktadır. Bunlar öznel sağlık durumunu gösteren sıralı ölçek ile sosyoekonomik sınıfı temsil ettiği düşünülen ve yazında da sıklıkla kullanılan bireyin meslek grubu ve hanenin geliridir (Manor, Matthews ve Power, 1997; Ravesteijn, van Kippersluis ve van Doorslaer, 2013).

Bireylerin öznel sağlık değerlendirmesi konusunda GYKA'da yer alan soru "Ferdin genel sağlık durumu" şeklindedir. Bu soru 1-5 arasında değerler almakta ve yalnızca 15 yaşından büyük bireylere sorulmuştur. Soruda yer alan değerlerin anlamları sırasıyla, 1 'çok iyi', 2 'iyi', 3 fena değil', 4 'kötü' ve 5 'çok kötü' şeklindedir. Genel bir fikir vermesi açısından sağlık değerlendirmelerinin yıllara göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlık durumu zaman içerisinde medyan değerin etrafında yoğunlaşmaktadır. Bu durum kutuplaşmadaki azalmanın bir işareti olarak değerlendirilebilir.

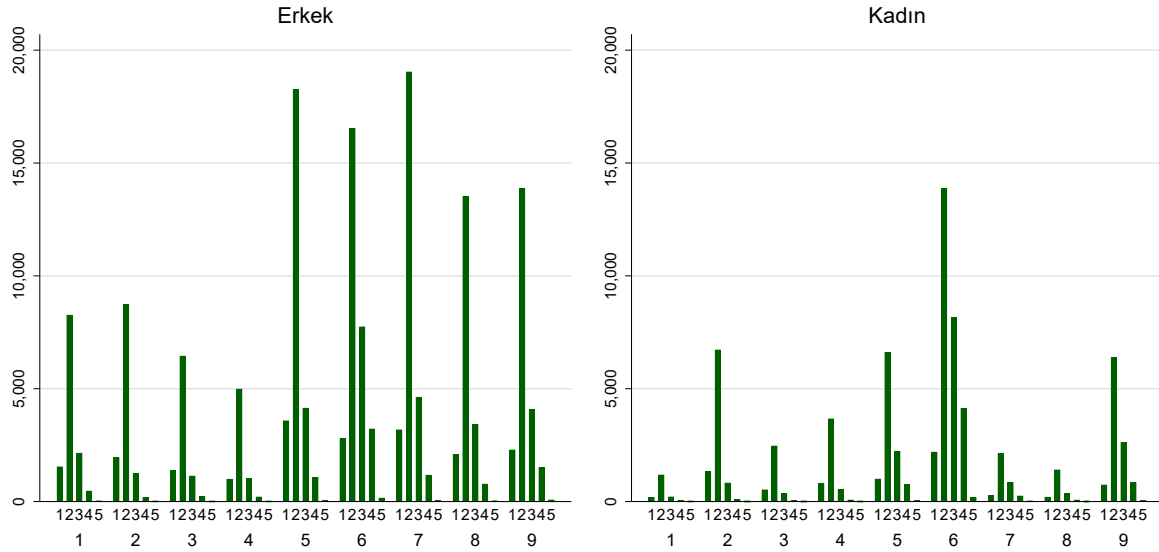


Şekil 1: Öznel Sağlık Değerlendirmesinin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sosyoekonomik sınıf göstergesi olarak kullanılan değişkenlerden biri olan bireyin esas işindeki meslek kodu 2006-2011 yılları için ISCO-88, 2011'den sonraki yıllar için ISCO-08 sınıflandırmalarına göre kodlanmıştır. İki sınıflandırma toplamda 9 meslek kategorisi barındırmakta ve aralarında küçük kavramsal farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, meslek sınıflandırmasındaki değişimin analiz üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Meslek kategorisi kullanıldığında toplam örneklem 243.294'e düşmektedir. Bunun 168.595'i erkek, 74.699'u kadındır. Her bir meslek kategorisine göre öznel sağlık değerlendirmesindeki dağılım erkek ve kadın için Şekil 2'de gösterilmektedir. Sadece bu şekil bile sağlık durumunun mesleklere göre nasıl değiştiğinin anlaşılması açısından önemlidir. Hem erkek hem de kadın için sağlık değerlendirmesinde medyan üstü değerler, yani kötü ve çok kötü sağlık göstergeleri, bazı mesleklerde daha çok kişi tarafından

beyan edilmiştir. Aynı meslek kategorilerine bakıldığında sağlık göstergelerinin dağılımında cinsiyetler arasında ciddi bir fark görülmemektedir. Bir diğer sosyoekonomik sınıf göstergesi ise hanehalkı kullanılabilir geliridir. Bu değişken, OECD tarafından önerilen karekök ölçeği kullanılarak denk kullanılabilir gelire dönüştürülmüştür. Bu doğrultuda, kullanılabilir hane geliri hanede yaşayan toplam birey sayısının kareköküne bölünmüştür. Böylece farklı hane büyüklükleri arasındaki fark dikkate alınmıştır. Gelir değişkeninin sürekli olması nedeniyle kesikli değişken olan meslek kategorisi ile kombinasyonunun yapılması mümkün değildir. Bu işlemin gerçekleştirilebilmesi amacıyla gelir değişkeni %20'lik dilimlere bölünmüştür. Böylece gelir, 1 dağılımındaki birinci %20'lik dilimi, 5 ise son %20'lik dilimi belirtecek şekilde, beş kategoriye bölünmüştür. Değişkenlere ait açıklamalar Tablo 1'de verilmiştir.



Şekil 2: Öznel Sağlık Değerlendirmesinin Mesleklere Göre Dağılımı
Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 1: Sağlık, Meslek ve Gelir Değişkenine Ait Açıklamalar

Değişken	Değişken Tipi	Açıklama
Öznel Sağlık Değerlendirmesi	Sıralı	1 = Çok İyi, 2 = İyi, 3 = Fena değil, 4 = Kötü, 5 = Çok kötü.
Meslek Kodu	Çoklu	1 = [Kanun Yapıcılar, üst düzey] yöneticiler [ve müdürler], 2 = Profesyonel meslek mensupları, 3 = Teknisyenler, teknikerler [Yardımcı profesyonel] meslek mensupları, 4 = Büro [ve müşteri] hizmetlerinde çalışan elemanlar, 5 = Hizmet ve satış elemanları, 6 = Nitelikli tarım, [hayvancılık, avcılık, ormancılık] ve su ürünleri çalışanları, 7 = Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar, 8 = Tesis ve makine operatörleri ve motajcılar, 9 = Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar.
Kullanılabilir Denk Hane Geliri	Sıralı	Sürekli değişken olan kullanılabilir denk hane gelir dağılımı %20'lik beş dilime bölünerek sıralı değişken ile ifade edilmiştir. 1 = İlk %20, 5 = Son %20.

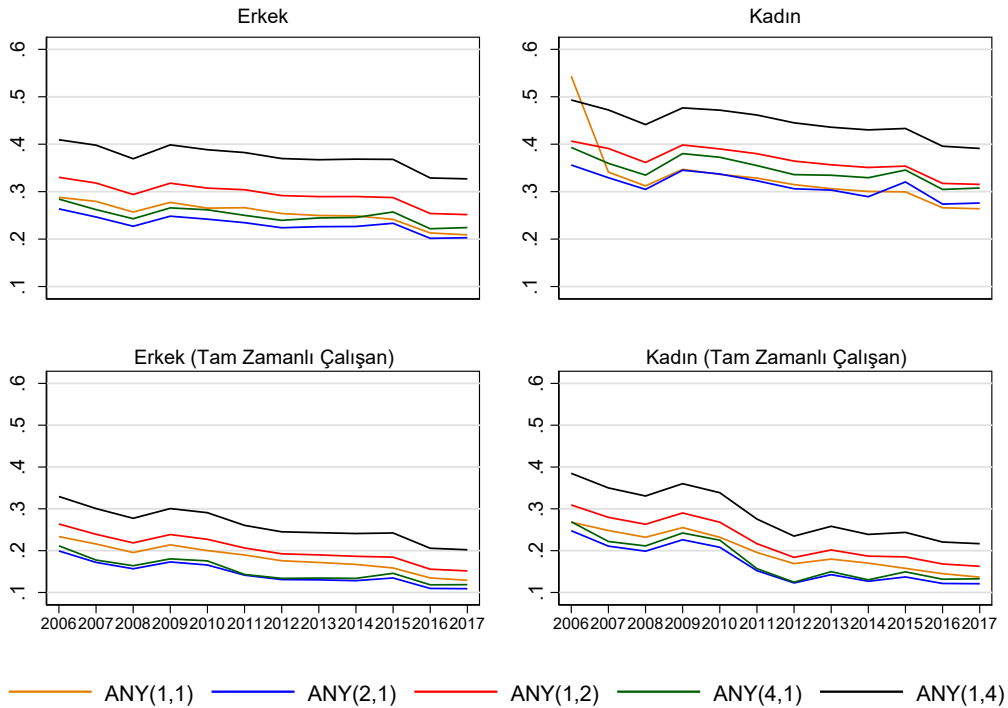
Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

Not: Meslek koduna ait açıklamalarda köşeli parantez içindeki ifadeler ISCO-88 meslek sınıflandırmasına aittir.

Sosyoekonomik sınıfın temsilcileri olarak meslek ve hanenin gelir dağılımında bulunduğu yer değişkenleri aynı zamanda öznel sağlık değerlendirmesinin tahmin edildiği modelde de asli açıklayıcı değişkenler olarak yer almaktadır. Bu değişkenlerin yanı sıra iki grupta derlenen kontrol değişkenleri de kullanılmıştır. İlk grupta cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve bireyin kronik hastalığının olup olmadığını belirten değişkenler yer almaktadır. İkinci grup haneye ait bilgileri içeren değişkenlerden oluşmaktadır. Bunlar arasında, bölge, yakacak tipi, banyo, tuvalet, borulu su sistemi, sıcak su sistemi, nem sorunu, ısınma sorunu, çevre kirliliği ve hanenin yeteri kadar et tüketip tüketmediği konusunda bilgiler veren değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenlerin bireyin sağlığını etkileyen gözlemlenemeyen faktörleri kontrol edeceği düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Abul Naga-Yalçın (ANY) kutuplaşma endeksine ait sonuçlar Şekil 3'te verilmiştir. Bulgularda ilk göze çarpan şey öznel sağlık değerlendirmesine ait kutuplaşmanın hem erkekler hem de kadınlar için, çalışma durumundan bağımsız olmak üzere, azalmasıdır. Bir diğer göze çarpan nokta kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek kutuplaşma olmasıdır. ANY endeksinin iki parametreliliği (α , β) olması nedeniyle çeşitli parametre değerlerinin kombinasyonu farklı endeks sonuçları verecektir. $\alpha > \beta$ durumunda endeks dağılımının üst yarısına ağırlık verirken $\beta > \alpha$ durumunda dağılımın alt yarısına ağırlık vermektedir. $\alpha = \beta$ durumunda ise dağılımın her iki yarısına eşit ağırlık verilmektedir. Buradan hareketle dağılımın alt yarısına en yüksek ağırlığı veren ANY(1,4) değeri diğer kombinasyonlardan daha yüksek kutuplaşmanın olduğunu söylemektedir. Yani medyan değer altında kalan 1 'çok iyi' ve 2 'iyi' arasındaki kutuplaşma tam tersi durumu ifade eden ANY(4,1) ile ölçülen 4 'kötü' ve 5 'çok kötü' arasındaki kutuplaşmadan daha fazladır. Şekil 2 incelendiğinde bu bulguların ipucu bulunabilir.

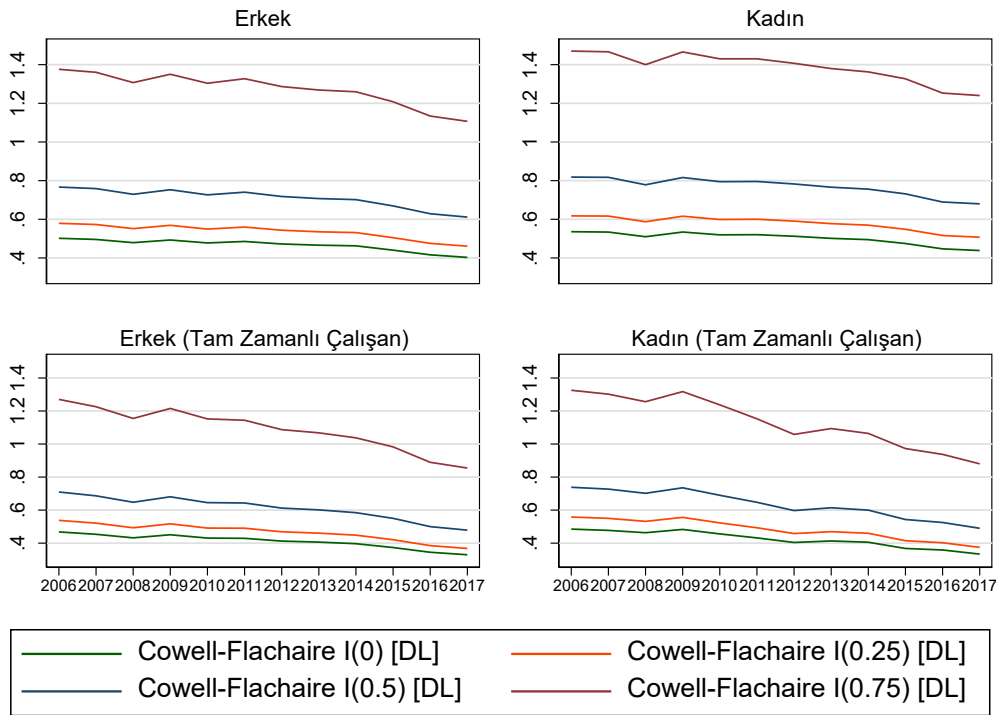


Şekil 3: Abul Naga-Yalçın Kutuplaşma Endeksi Sonuçları

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tek parametreliliği (α) Cowell-Flachaire (CF) eşitsizlik endeksine ait sonuçlar ise Şekil 4'te verilmektedir. Kutuplaşma endeksi sonuçlarında olduğu gibi eşitsizlik de zamanla

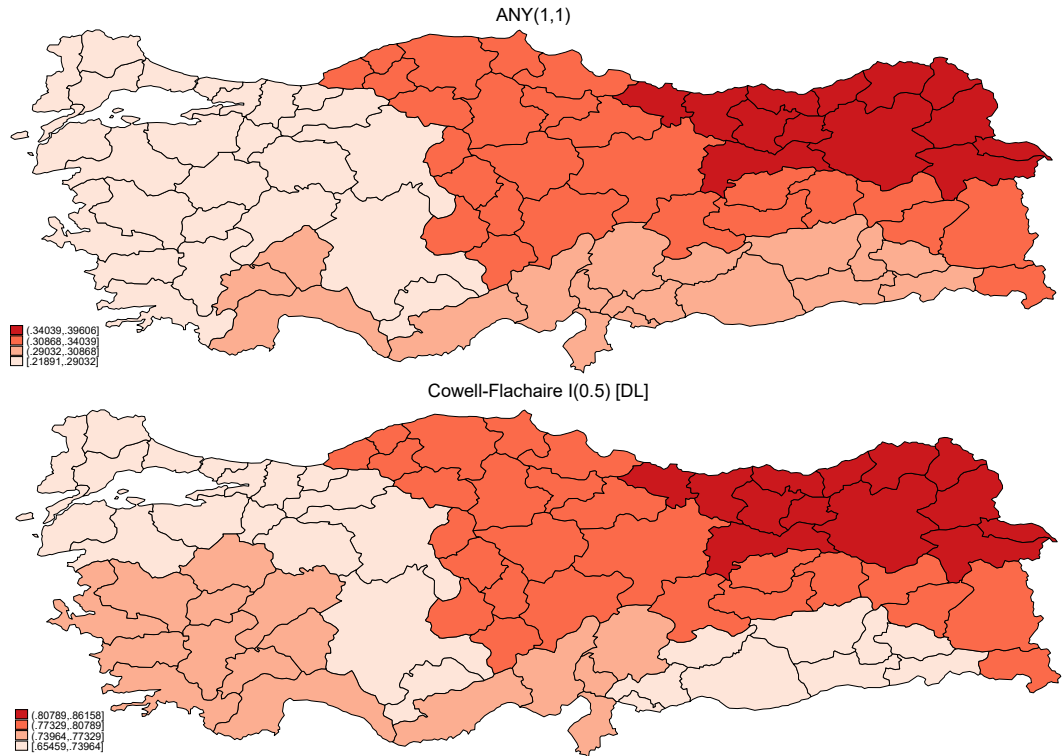
azalmaktadır. Endekste α parametresi toplam eşitsizliğin konum dağılımının farklı bölümlerinde yer alan bireylerin konum dağılımına olan hassasiyeti temsil etmektedir. α küçüldükçe konum dağılımının alt kısımdaki konum farklılıklarına olan hassasiyet artmaktadır. Yöntem kısmında bahsedildiği üzere CF endeksinin eşitsizliğe yaklaşımı nedeniyle her parametre değeri için iki sonuç elde edilebilir; i) *downward looking* (DL) ve ii) *upward looking* (UL). Burada DL yaklaşımına odaklanacağız, çünkü öznel sağlık değerlendirme ölçeğinde yer alan daha küçük değerler daha çok arzulanmaktadır; bireyler sağlıklarının ‘çok iyi’ veya ‘iyi’ olmasını arzular. Fakat tam anlamıyla yorum yapabilmek için ilgili parametrelere karşılık gelen DL ve UL değerlerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Arzulanan değerlerin daha küçük ölçek değerleriyle temsil edilmesi nedeniyle DL değerlerinin DU değerlerinden küçük olması gerekmektedir. Bu durumda dağılım daha küçük değerlere doğru çarpık olacaktır ki bu eşitsizliğin düşmesi anlamına gelmektedir. Dört farklı örneklem grubu için hesaplanan dört farklı parametre olması nedeniyle burada parametre değerlerinden yalnızca biri ($\alpha = 0,5$) yorumlanacaktır. Çalışmayan erkekler için hesaplanan ve incelenen dönemin ilk ve son yıllarına ait değerler, sırasıyla, $I_{2006(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,767 < I_{2006(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,818$ ve $I_{2017(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,611 < I_{2017(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,685$ şeklindedir. Bu eşitsizlikler göstermektedir ki çalışmayan erkekler için sağlık ilgili dönemde sağlık eşitsizliği azalmıştır. Çalışan erkekler için hesaplanan değerler ise $I_{2006(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,709 < I_{2006(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,751$ ve $I_{2017(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,478 < I_{2017(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,524$ şeklindedir. Çalışmayan erkeklerdeki daha yüksek eşitsizliğin nedeninin bilhassa yaşlı grubun bu kategoride daha çok yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tüm kadınların yer aldığı örneklem için hesaplanan eşitsizlik değerleri $I_{2006(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,818 < I_{2006(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,867$ ve $I_{2017(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,68 < I_{2017(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,76$ şeklindedir. Çalışan kadınlar için hesaplanan değerler ise $I_{2006(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,738 < I_{2006(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,79$ ve $I_{2017(\alpha=0,5)}^{DL} = 0,49 < I_{2017(\alpha=0,5)}^{UL} = 0,544$ şeklindedir. Her iki grup için dağılımların daha küçük değerlere doğru çarpık olduğu görülmüştür.



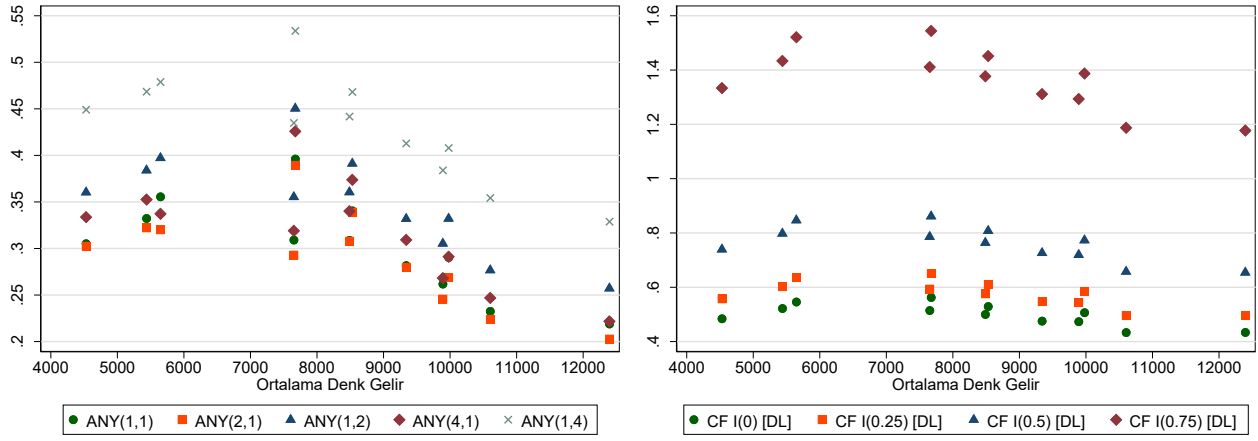
Şekil 4: Cowell-Flachaire Eşitsizlik Endeksi Sonuçları

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Hem sağlık kutuplaşmasının ve eşitsizliğinin bölgeler itibarıyla nasıl değiştiğini görmek amacıyla havuzlanmış veriden türetilen istatistiki bölge birimleri sınıflandırması düzey 1'e göre oluşturulan bölgesel sonuçlar harita olarak Şekil 5'te verilmiştir. Her iki endeksten birer sonuç alınmıştır. ANY(1,1) değeri medyan değerın üstüne ve altına eşit ağırlığın verildiğini ifade etmektedir. Sonuçlara göre Doğu Karadeniz (ANY(1,1) = 0,396 ve CF(0,5) = 0,861) ve Kuzeydoğu Anadolu (ANY(1,1) = 0,355 ve CF(0,5) = 0,846) bölgeleri iki endekste de en yüksek değerlere sahip bölgelerdir. En düşük değerler ANY(1,1) = 0,218 ve CF(0,5) = 0,654 ile İstanbul'a aittir. Haritalarda sunulan değerlerin hesaplanmasında tüm örneklemin kullanılması nedeniyle böyle bir sonuçla karşılaşmak şaşırtıcı değildir, çünkü ilgili bölgelerde yaşlı nüfusun yüksek olduğu bilinen bir gerçektir. Haritada dikkat çeken bir başka nokta, her iki endeksin ülkenin batısından doğrusuna doğru gidildikçe artması nedeniyle, sağlık kutuplaşması ve eşitsizliği ile iktisadi gelişme ile arasında bir ilişkinin varlığıdır. Bunu görebilmek amacıyla daha önce haneler için hesaplanan denk kullanılabilir hane gelirinin yıl ortalaması ile endeks değerlerinin grafiği çizilmiştir. Bulgular Şekil 6'da sunulmuştur. Şekilden de anlaşıldığı üzere beklentimiz gerçekleşmiştir. Bu bilhassa kutuplaşma için geçerlidir. Gelir ve eşitsizlik arasındaki ters-U ilişkisi çok daha hafiftir. Bu durum, en azından bölgeler arasındaki farklılıklar anlamında, sağlık eşitsizliği sosyoekonomik bir sınıf göstergesi olan gelire birlikte değişmektedir.



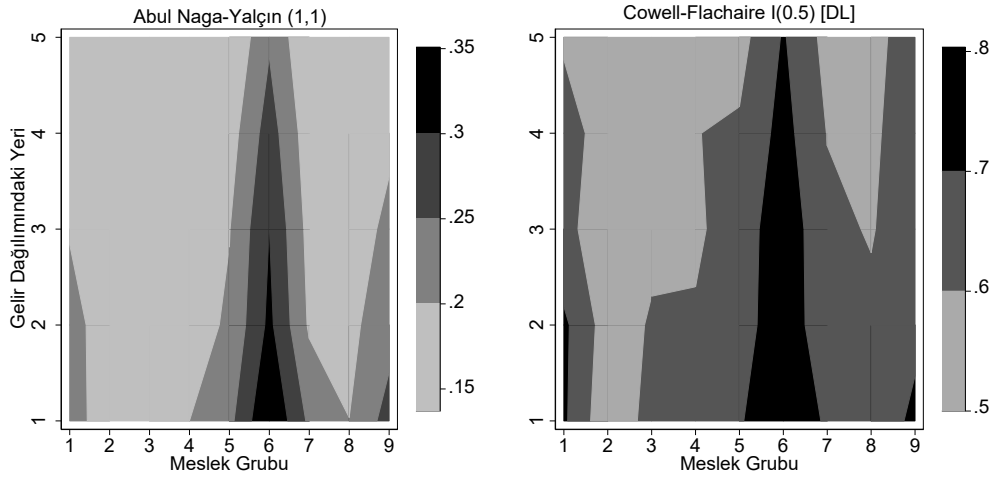
Şekil 5: Bölgesel Kutuplaşma ve Eşitsizlik Endeks Sonuçları
Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.



Şekil 6: Bölgesel Gelir ile Kutuplaşma-Eşitsizlik Arasındaki Ters-U İlişkisi

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Bölgesel değerler üzerinden sağlık kutuplaşması ve eşitsizliğinin gelire göre değiştiği söylenebilir de bireylerin gelir dağılımında bulunduğu konum anlamında gelir endeksleri hakkında bir şey söylememektedir. Bireyin bulunduğu gelir dilimi tek başına değil, çalışmanın bir diğer sosyoekonomik sınıf göstergesi olan meslek grubu değişkeniyle birlikte analize dâhil edilecektir. Böylece gelir ve meslek kombinasyonunun olası etkileri daha net görülebilecektir. Bu bağlamda, havuzlanmış veri kullanarak her bir gelir dilimi ve meslek eşleşmesi için endeksler hesaplanmıştır. Tüm olası endeks sonuçları yerine bir kere daha sadece ANY(1,1) ve CF(0,5) sonuçları gösterilmiştir. Bulgular Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7: Gelir Dağılımı ve Meslek Grubuna Göre Sağlıkta Kutuplaşma ve Eşitsizlik

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

İki sosyoekonomik sınıf kombinasyonunda yer alan her bir grup için hesaplanan endeks sonuçları net bir biçimde göstermektedir ki sağlıkta kutuplaşma ve eşitsizlik yalnızca meslek grupları arasında değil, aynı zamanda aynı meslek grubu içinde de bireyin gelir dağılımındaki pozisyonuna göre de değişkenlik göstermektedir. Her iki endekste de gelir dağılımından bağımsız olarak, yoğunluk 6 numaralı (nitelikli tarım, [hayvancılık, avcılık, ormancılık] ve su ürünleri çalışanları) meslek grubunda gerçekleşmektedir. Bu beklenmedik bir sonuç değildir. İlgili meslek grubunu icra edenler çoğunlukla düşük eğitim seviyesine sahip bireylerdir. Örneğin kullandığımız veri setinde 6 numaralı meslek grubuna ait olan bireylerin %92,1’i ilköğretim mezunu veya hiç okula gitmemiş kişilerden oluşmaktadır. Bu da bireylerin teknolojik tarım ve hayvancılık yerine beden gücüne dayalı iş yapım biçimlerinin benimsenmiş olabileceğini akıllara getirmektedir. Sonuç olarak, muhtemelen yetiştikleri

hanelerin düşük gelire sahip olması düşük eğitime neden olmuş, düşük eğitim bireyleri beden gücüne dayalı tarım ve hayvancılığa mahkûm etmiş ve bu durum da onların sağlığını olumsuz etkilemiştir.

Kutuplaşma endeksi olan ANY(1,1)'de gelirin etkisi daha net görülmektedir. 2 (Profesyonel meslek mensupları), 3 (Teknisyenler, teknikerler [Yardımcı profesyonel] meslek mensupları) ve 8 (Tesis ve makine operatörleri ve motajcılar) numaralı meslek gruplarında endeks sonucu gelir dağılımındaki konuma göre çok az değişkenlik göstermektedir. 1 ([Kanun Yapıcılar, üst düzey] yöneticiler [ve müdürler]) ve 9 (Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar) numaralı meslek gruplarında ise gelir dağılımındaki konuma göre değişim çok daha dikkat çekicidir. Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışıp gelir dağılımının alt kısımlarında yer alan bireyler üst kısımlarında yer alanlara göre daha yüksek kutuplaşmaya sahiptir. Benzer, fakat hem meslek grupları arasındaki hem de kendi içlerinde gelir dağılımına göre geçişlerin çok daha belirgin olduğu, bulgular eşitsizlik endeksinde de görülmektedir. 6 numaralı meslek grubu için, kutuplaşmanın aksine, eşitsizlik gelir dağılımının her diliminde yüksek değerler almaktadır. Bu durum ilgili meslek grubunda bulunanların diğer meslek grubunda bulunanlarla kıyaslanınca medyan üstü, yani daha kötü sağlık durumunu ifade eden, ölçek değerlerini daha fazla seçtiği anlamına gelmektedir.

Son olarak, çalışmanın ikinci amacı sayılabilecek öznel sağlık durumu değerlendirmesinin belirleyicilerinin tahmin sonuçlarına yer vereceğiz. Model tahmininde kullanılan kontrol değişkenleri adım adım eklenerek model genişletilmiş, bu nedenle hem gelir hem de meslek grubu değişkenleri için üçer tane denklem tahmin edilmiştir. 1. modelde bölge ve yıl, 2. modelde 1. model + cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve kronik rahatsızlık durumu ve 3. modelde 2. model + hanede kullanılan yakacak, hanede borulu su, sıcak su, nem, ısınma problemi olup olmadığı, hanenin bulunduğu yerde hava ve çevre kirliliğinin mevcudiyeti ve hanenin yeteri kadar et tüketip tüketmediği bilgisi yer almaktadır. Aynı değişkenler aynı sıra ile 4, 5, ve 6 numaralı modellerde de kullanılmıştır. Ayrıca, örneklem 25-64 yaşa aralığıyla sınırlanmıştır. Bunun nedeni eğitimde olanların ve 65 yaş ve üstü yaşlı grubun etkisini ortadan kaldırmaktır.

Tablo 2'de sosyoekonomik sınıf göstergeleri olarak kullanılan gelir dağılımı ile bireyin meslek grubunun öznel sağlık değerlendirmesini ne yönde etkilediğine dair tahminler yer almaktadır. Gelir dağılımı değişkeninde birinci dilim, meslek değişkeninde de birinci meslek grubu temel kategori olarak alınmıştır. Bu nedenle yorumlar ilgili değişkenin temel kategorisine göre yapılmalıdır. Logit tahmin yönteminin yapısı gereği tabloda verilen katsayıların doğrudan yorumlanması mümkün değildir. Odak noktamızı katsayıların büyüklükleri yerine işaretleri oluşturduğundan ayrıca marjinal etkiler verilmemiştir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, üç numaralı en geniş modele göre gelir dağılımının daha üst kısımlarında olanlar birinci dilimde olanlara göre daha küçük öznel sağlık değerlendirmesi seçme ihtimali artmaktadır. Dolayısıyla, öznel sağlık değerlendirmesi bir sosyoekonomik sınıf göstergesi olan gelire göre değişmektedir. Daha yüksek gelirli hanelerde bulunan bireyler daha iyi sağlık durumu beyan etme eğiliminde olacaklardır. Model genişledikçe mevcut değişkenlerin işaretlerini koruması etki yönünün tutarlığı anlamında önemlidir.

İkinci sosyoekonomik sınıf göstergesi olan bireyin meslek grubunun etkileri de mesleğin sağlık üzerinde nasıl etkili olduğunu göstermektedir. Bir kere daha en geniş modele (6. model) odaklanalım. Tahmin sonucuna göre yalnızca profesyonel meslek sahiplerinin [kanun yapıcılar, üst düzey] yöneticiler [ve müdürler] grubundan daha iyi sağlık kategorilerini seçme ihtimali bulunmaktadır. Bunun dışındaki tüm meslek grubunda bulunanlar [Kanun Yapıcılar, üst düzey] yöneticiler [ve müdürler] ile karşılaştırıldığında daha kötü sağlık durumu belirtmektedir. Bunlar içerisinde katsayısının büyüklüğü nedeniyle dikkat çeken bir kere daha 6. grupta bulunan nitelikli tarım, [hayvancılık, avcılık, ormancılık] ve su ürünleri çalışanlarıdır. Bir diğer grup ise nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlardır. Birinci grupta çalışanlarla karşılaştırıldığında bu iki grupta çalışmak için ihtiyaç duyulan mesleki yeterliliğin düşüklüğü daha önce sözü edilen bireyin içine doğduğu hanenin geliri, eğitim düzeyi ve sağlık durumu döngüsünü akıllara getirmektedir. Bir kere

daha görüldüğü üzere bireylerin öznel sağlık değerlendirmeleri bir sosyal sınıf göstergesi olan meslek gruplarına göre değişmektedir.

Tablo 2: Sağlık Durumunun Belirleyicileri

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Gelir Dağılımındaki Konumu</i>						
2. %20	-0.420*** (0.0153)	-0.349*** (0.0164)	-0.211*** (0.0165)			
3. %20	-0.646*** (0.0155)	-0.566*** (0.0167)	-0.339*** (0.0171)			
4. %20	-0.882*** (0.0155)	-0.742*** (0.0169)	-0.416*** (0.0178)			
5. %20	-1.319*** (0.0158)	-1.069*** (0.0177)	-0.639*** (0.0191)			
<i>Meslek Grubu</i>						
				-0.499*** (0.0281)	-0.157*** (0.0325)	-0.145*** (0.0324)
				-0.256*** (0.0323)	0.114** (0.0362)	0.0621 (0.0361)
				-0.163*** (0.0327)	0.188*** (0.0372)	0.103** (0.0371)
				0.278*** (0.0268)	0.401*** (0.0300)	0.241*** (0.0300)
				1.290*** (0.0270)	0.712*** (0.0310)	0.428*** (0.0319)
				0.346*** (0.0273)	0.589*** (0.0314)	0.375*** (0.0315)
				0.270*** (0.0285)	0.471*** (0.0327)	0.275*** (0.0327)
				0.774*** (0.0277)	0.699*** (0.0317)	0.406*** (0.0321)
Kontrol Değişkenleri	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
σ_i^2	1.589*** (0.0230)	1.779*** (0.0256)	1.694*** (0.0249)	1.894*** (0.0461)	2.245*** (0.0541)	2.157*** (0.0528)
<i>N</i>	361485	361485	361485	199367	199367	199367

Kaynak: GYKA kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Not: Standart hatalar parantez içindedir. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

5. SONUÇ

Sağlık bireylerin yaşamlarında ulaşmayı arzu ettiği diğer çıktılarının istenen düzeyde elde edebilmelerinde hayati öneme sahip bir faktördür. Pek çok saha araştırması tutarlı bir şekilde sağlığın yaşamdaki en önemli faktör olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, bireylerin mutlu olmaları ve/veya kendilerini gerçekleştirmeleri isteniyorsa sağlığın amaca yönelik oluşturulan politikalarla bireylerin sosyoekonomik konumlarından bağımsız kılınması gerekmektedir. Bu bağlamda, bu çalışmada Türkiye’de bireylerin sağlık düzeylerinin bir göstergesi olarak kullanılan öznel sağlık değerlendirmesinin bireyin bulunduğu sosyoekonomik sınıfa göre değişip değişmediği incelenmiştir. Bulgular sadece sınıf göstergeleri olarak kullanılan gelir ve meslek grubu arasında değil, sınıf içinde de kayda değer değişimin varlığına işaret etmektedir. Bilhassa düşük düzeyde eğitim gerektiren, yoğun şekilde beden gücüne dayalı meslek grubunda bulunan bireyler arasında hem kutuplaşma hem de eşitsizlik yüksek düzeydedir. Dahası, diğer pek çok sosyal problemde olduğu gibi sağlık kutuplaşması ve eşitsizliğinde de doğu-batı uçurumuyla karşılaşılmaktadır. Tıpkı gelir eşitsizliğinde olduğu gibi bölgesel sağlık kutuplaşması ve eşitsizliği ile bölgesel gelir arasında ters-U ilişkisinin tespiti çalışmanın dikkat çekici bulgularından biri olmuştur. İki olgu arasındaki ilişkinin derinlemesine incelenmesi gelecek çalışmalara bırakılmıştır.

Burada her ne kadar sağlık ve sosyoekonomik sınıf arasındaki ilişki mikro düzeyde incelenmiş olsa da makro ve politik-ekonomik faktörlerin de göz ardı edilmemesi gerektiği bir gerçektir. Zira gelirin ve mesleğin toplumdaki dağılımı, her ne kadar ana akım iktisat bu dağılımların büyük ölçüde “bireysel çaba” tarafından şekillendiğini iddia etse de politik tercihlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu bağlamda, bireyin içine doğduğu hanenin sosyoekonomik sınıfından bağımsız bir şekilde eğitime ulaşımı sağlanmalıdır. Çünkü bireyin eğitim süreci sonunda edineceği mesleği onun gelirini, bu gelir de bireyin yaşam koşullarını (toplumsal sınıftaki konumunu) belirleyecektir. Tüm bunlar da sonuç olarak bireyin sağlığını etkileyecek ve döngü başa dönecektir. Karar alıcıların herkese eşit kalitede eğitim ulaştırmasının bu döngünün kırılması yolunda atılacak adımların ilki ve en önemlisi olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abul Naga, R. H. ve Yalçın, T. (2008). Inequality measurement for ordered response health data. *Journal of Health Economics*, 27(6), 1614–1625. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.015
- Adler, N. E. ve Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3–15. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Allison, R. A. ve Foster, J. E. (2004). Measuring health inequality using qualitative data. *Journal of Health Economics*, 23(3), 505–524. doi:10.1016/j.jhealeco.2003.10.006
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157–184. doi:10.20493/birtop.742637
- Apouey, B. (2007). Measuring health polarization with self-assessed health data. *Health Economics*, 16(9), 875–894. doi:10.1002/hec.1284
- Chen, X., Yan, B. ve Gill, T. M. (2020). *Childhood Circumstances and Health Inequality in Old Age: Comparative Evidence from China and the United States* (No: 13460). Discussion Paper Series. Bonn. <http://ftp.iza.org/dp13460.pdf>
- Costa-Font, J. ve Hernández-Quevedo, C. (2012). Measuring inequalities in health: What do we know? What do we need to know? *Health Policy*, 106(2), 195–206. doi:10.1016/j.healthpol.2012.04.007
- Cowell, F. (2011). *Measuring Inequality*. LSE Perspectives in Economic Analysis (3. bs.). New York: Oxford University Press.
- Cowell, F. A. ve Flachaire, E. (2017). Inequality with Ordinal Data. *Economica*, 84(334), 290–321. doi:10.1111/ecca.12232
- Dedeoğlu, N. (1990). Health and social inequalities in Turkey. *Social Science & Medicine*, 31(3), 387–392. doi:10.1016/0277-9536(90)90285-Z
- Demidenko, E. (2004). *Mixed Models: Theory and Applications*. Wiley Series in Probability and Statistics. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/0471728438
- Fritzell, J. (2014). Health Inequality and Social Justice. M. Reisch (Ed.), *Routledge International Handbook of Social Justice* içinde (ss. 339–352). New York: Routledge.
- Gray, A. M. (1982). Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380.
- Hall, P. A. ve Lamont, M. (Ed.). (2009). *Successful Societies: How Institutions and Culture Affect Health*. Cambridge University Press.
- Illsley, R. ve Baker, D. (1991). Contextual variations in the meaning of health inequality. *Social Science & Medicine*, 32(4), 359–365. doi:10.1016/0277-9536(91)90336-B
- Jenkins, S. P. (2020). Comparing distributions of ordinal data. *The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata*, 20(3), 505–531. doi:10.1177/1536867X20953565
- Kobus, M. ve Morawski, L. (2019). Comparing Cardinal and Ordinal Approaches to Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. *Eastern European Economics*, 57(6), 484–502. doi:10.1080/00128775.2019.1662729

- Kröger, H., Pakpahan, E. ve Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 951–960. doi:10.1093/eurpub/ckv111
- Kutlu, İ. (2020). Sağlık ve Sosyoekonomik Statü Bazı Sağlık Göstergelerine Göre Sosyoekonomik Statü Farklarının İncelenmesi. *İnsan & Toplum*, 10(4), 289–322.
- Manor, O., Matthews, S. ve Power, C. (1997). Comparing measures of health inequality. *Social Science & Medicine*, 45(5), 761–771. doi:10.1016/S0277-9536(96)00412-1
- Masseria, C., Hernández-Quevedo, C. ve Allin, S. (2010). Health inequality: what does it mean and how can we measure it? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10(2), 177–186. doi:10.1586/erp.10.14
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R. ve Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30. doi:10.1016/j.puhe.2019.03.023
- O'Donnell, O., O'Neill, S., Van Ourti, T. ve Walsh, B. (2016). Conindex: Estimation of Concentration Indices. *The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata*, 16(1), 112–138. doi:10.1177/1536867X1601600112
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. ve Van Ourti, T. (2015). Health and Inequality. A. B. Atkinson ve F. Bourguignon (Ed.), *Handbook of Income Distribution* içinde (C. 2, ss. 1419–1533). Amsterdam: North-Holland. doi:10.1016/B978-0-444-59429-7.00018-2
- Pascual, M., Cantarero, D. ve Lanza, P. (2018). Health polarization and inequalities across Europe: an empirical approach. *The European Journal of Health Economics*, 19(8), 1039–1051. doi:10.1007/s10198-018-0997-8
- Pew Research Center. (2014). *People in Emerging Markets Catch Up to Advanced Economies in Life Satisfaction*. <https://www.pewresearch.org/global/wp-content/uploads/sites/2/2014/10/Pew-Research-Center-Life-Satisfaction-Report-FINAL-October-30-2014.pdf>
- Ravesteijn, B., van Kippersluis, H. ve van Doorslaer, E. (2013). The Contribution of Occupation to Health Inequality. P. R. Dias ve O. O'Donnell (Ed.), *Health and Inequality* içinde , Research on Economic Inequality (C. 21, ss. 311–332). Emerald Group Publishing Limited. doi:10.1108/S1049-2585(2013)0000021014
- Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116–127. doi:10.20518/tjph.173070
- Solar, O. ve Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (No: 2). Social Determinants of Health Discussion Paper. Geneva. https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf
- Sözmen, K., Baydur, H., Simsek, H. ve Ünal, B. (2012). Decomposing socioeconomic inequalities in self assessed health in Turkey. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 73. doi:10.1186/1475-9276-11-73
- The World Bank. (2020). Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). (ET: 12 Aralık 2020) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2019. *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. 26 Aralık 2020 tarihinde <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33729>
- Türkkan, A. ve AYTEKİN, H. (2009). Socioeconomic and Health Inequality in Two Regions of Turkey. *Journal of Community Health*, 34(4), 346–352. doi:10.1007/s10900-009-9160-x
- Wang, H., Wang, C. ve Halliday, T. J. (2018). Health and health inequality during the great recession: Evidence from the PSID. *Economics & Human Biology*, 29, 17–30. doi:10.1016/j.ehb.2018.01.001
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN
- WHO-UNICEF. (2020). Basic handwashing facility coverage (2017). (ET: 12 Aralık 2020) <https://washdata.org/data/household#!/dashboard/3520>