



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE SOSYO-EKONOMİK YAKLAŞIMLAR

HEALTH INEQUALITIES AND SOCIOECONOMIC PERSPECTIVES

Doç. Dr. Gökçe MANAVGAT¹

ÖZ

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, toplumda belirli grupların daha az sağlıklı olmasına neden olmakta ve bu grupların daha sık hastalanıp, daha erken yaşta ölmesine yol açmaktadır. Bu durum, kişinin en temel hakkı olan yaşam hakkının sağlanması ilkesine aykırıdır. Bu eşitsizliklerin iyi açıklanması, en aza indirgenmesi ya da en iyi ifadeyle ortadan kaldırılması ise ülkelerin sağlık sistemlerinin etkin yönetilmesinde birincil amacı oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık alanında ortaya çıkan eşitsizliklerin anlaşılması için ortaya konulan yaklaşımların irdelenmesi önemlidir. Bu derleme çalışmada, sağlık eşitsizliklerine yol açan sosyoekonomik nedenler ve bunları açıklamada kullanılan hipotezlere yer verilmektedir. Eşitsizliklerin ele alınmasında, Grossman modeli, doğrudan gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmet erişimi hipotezi, allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi açıklanmış ve sağlık düzeyindeki eşitsizlikleri açıklayan teorik yaklaşımlar çok yönlü olarak ele alınmıştır. Ayrıca, eşitsizlikleri azaltmak için atılabilecek adımlara ilişkin politikalar sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Eşitsizlik, Sosyoekonomik Faktörler, Grossman Modeli, Sağlık Politikası.

JEL Sınıflandırma Kodları: I1, I14, I15.

ABSTRACT

In health, socioeconomic inequalities cause certain groups in society to be less healthy, leading them to get sick more frequently and die at a younger age. This situation is contrary to the principle of ensuring the fundamental right to life. Explaining, minimizing, or ideally eliminating these inequalities is the primary goal in the effective management of a country's healthcare system. There are many reasons for the inequalities in the field of health. For this reason, it is crucial to examine the approaches put forward to understand the inequalities that arise in the health. This review study discusses socioeconomic factors that lead to health inequalities and the hypotheses used to explain them. In addressing these inequalities, the Grossman model, the direct income and income distribution hypothesis, the healthcare access hypothesis, the allostatic load hypothesis, and the thrifty phenotype hypothesis are explained, and theoretical approaches explaining health disparities are considered from various angles. Additionally, policies aimed at reducing inequalities are discussed.

Keywords: Health Inequality, Socioeconomic Factors, Grossman Model, Health Policy.

JEL Classification Codes: I1, I14, I15.

¹ Toros Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, gokce.manavgat@toros.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

The traditional welfare economy is an approach representing the neoclassical economic perspective, and it makes policy distinctions between increasing justice and improving efficiency goals. While state intervention is necessary on one hand to achieve social equality, on the other hand, state intervention can lead to "market failure" as it results in resource allocation in private markets that is less than optimal (and therefore "inefficient"). In the field of health policy, it addresses policy goals related to differences in health levels and the efficiency of health services among different segments of society. The traditional welfare economy discusses policies in the health sector prioritizing both equality-justice and efficiency-based policies. Achieving these two goals simultaneously is challenging in most cases for other goods and service markets, but it is deemed necessary in the field of health and health services. Indeed, health is a human right, and therefore, individuals cannot be excluded from this service. On the other hand, efficient use of resources related to health is important in terms of service dissemination and cost. However, for health-based policies, the primary goal of the welfare economy is still based on the principle of ensuring equality and justice. Reducing inequalities in health is socially and economically important.

Health inequalities are defined as "systematic differences in the health of individuals in society who are in unequal positions" (McCartney et al., 2013). Similarly, health inequalities, as described by Braveman (2006), involve systematically experiencing worse health or greater health risks by socially disadvantaged groups in health (such as the poor, racial/ethnic minorities, women, or other groups that have consistently experienced social disadvantage or discrimination) compared to more advantaged social groups.

The failure to understand and address health inequalities, especially from a social perspective, results in inefficient utilization of a country's human resources and an increasing economic burden caused by these inequalities. Therefore, the elimination of health inequalities is a priority goal for policymakers. In the policies implemented to tackle health inequalities, it is crucial to provide effective answers to questions such as: Will it reduce health inequality? Will it improve overall health and well-being? Will it lead to monetary savings and reduce public expenditures? Even in developed economies today, health inequalities remain an unresolved issue that cannot be completely eradicated (Mackenbach et al., 2008; Bartley, 2017).

In this study, health inequalities are examined from a socioeconomic perspective, and theoretical approaches such as the Grossman model, income hypothesis, access to health services hypothesis, allostatic load hypothesis, and thrifty phenotype hypothesis are explored as frameworks to explain the complexity of health inequalities. While each theory is primarily explained within the framework of the Grossman model, they each bring specific and distinct approaches to explaining inequalities. The hypotheses, including the direct income and income distribution hypothesis, access to health services hypothesis, allostatic load hypothesis, and thrifty phenotype hypothesis, suggest that greater wealth or a higher socioeconomic status leads to better health. These approaches essentially summarize the causal structure of the Grossman model. The Grossman model suggests that investments in health and healthy behaviors contribute to individuals' capital accumulation, thereby influencing their health status. This situation implies that individuals allocate resources to their health based on their socioeconomic status (income and income distribution hypothesis, access to health services hypothesis). Additionally, these socioeconomic differences can lead to different disease burdens and stress levels among individuals (allostatic load and thrifty phenotype hypotheses), negatively affecting health levels and triggering health inequalities. Therefore, there is a bidirectional relationship between health and socioeconomic status.

The importance of socioeconomic approaches in reducing health inequalities is significant. Understanding and addressing the complexity of health inequalities require a multidisciplinary approach. Collaboration among fields such as social sciences, medicine, public health, economics, and public policy can contribute to the creation of a fairer and healthier society. Goals such as increasing societal well-being, improving access to health services, and achieving social justice should be the focal points of policies aimed at reducing health inequalities.

1. GİRİŞ

Geleneksel refah ekonomisi, neoklasik ekonomik perspektifi temsil eden bir yaklaşımdır ve adaleti artırma ve verimliliği iyileştirme hedefleri arasında politika ayrımları yapar. Bir yandan toplumsal eşitliğin sağlanmasında devlet müdahalesi gerekliken öte yanda devlet müdahalesi, özel piyasalardaki kaynak dağılımının optimalden daha az (ve dolayısıyla "verimsiz") sonuçlara neden olduğundan "pazar başarısızlığına" da yol açabilmektedir. İşte sağlık politika alanı da toplum kesimlerinin, sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları ve sağlık hizmet verimlilikleri üzerine politika hedeflerini ele alır. Geleneksel refah ekonomisi; sağlık alanında, bir yandan eşitliği- adaleti önceliklerken, diğer taraftan verimlilik temelli politikaları da tartışır. Bu iki hedefin aynı anda gerçekleşmesi, diğer mal ve hizmet piyasası için çoğu durumda güç olsa da söz konusu sağlık olduğunda bunu gerekli kılmaktadır. Nitekim sağlık bir insan hakkıdır ve dolayısıyla bireylerin bu hizmetten dışlanması mümkün değildir. Diğer taraftan, sağlığa ilişkin kaynakların da verimli kullanılması, hizmetin yaygınlaştırılması ve maliyeti açısından önemlidir. Ancak yine de sağlık temelli politikalar için refah ekonomisinin ilk hedefi eşitliğin ve adaletin sağlanması ilkesine dayalı önceliklidir (WHO, 2013). Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması sosyal ve ekonomik açıdan önemlidir.

Sağlık, hayatın temel bir gerekliliğidir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler, bireylerin gündelik hayatını devam ettirme ya da iş görebilme yeteneğindeki eşitsizlikleri oluşturur. En yüksek düzeyde sağlığa ulaşma hakkı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. Maddesiyle garanti altına alınmıştır. Ancak, dünyadaki çoğu insan biyolojik olarak mümkün olan sağlıklı olma durumunu tam anlamıyla yaşayamamaktadır. Özellikle sosyal ve ekonomik olarak dezavantajlı olanlar genellikle daha kötü sağlık düzeylerine sahiptir (WHO, 2008; Mackenbach vd. 1997).

Sağlık eşitsizlikleri (health inequalities²), "toplumda eşitsiz konumlarda bulunan insanların sağlığındaki sistemli farklılıklar" olarak tanımlanır (McCartney vd., 2013). Benzer şekilde sağlıkta eşitsizlikler, sağlıkta dezavantajlı toplumsal grupların (yoksullar, ırksal/etnik azınlıklar, kadınlar veya sürekli olarak sosyal dezavantaj veya ayrımcılık yaşamış diğer gruplar) daha avantajlı toplumsal gruplardan sistemli bir şekilde daha kötü sağlık veya daha büyük sağlık riskleri deneyimlemesidir (Braveman, 2006).

Sağlıkta eşitsizlik özellikle sosyal ve ekonomik etkenlerdeki eşitsizlikler ya da sağlık sistemindeki yetersizliklerin etkisiyle ortaya çıkmakta ve bireylerin veya toplumun sağlığında önenebilir ve kabul edilemez bozulmaların meydana gelmesine neden olmaktadır. Sağlıkta eşitlik (health equity) ise sağlık eşitsizliğine yol açan farklı etkenlerin ortadan kaldırılması ve herkesin eşit şartlarda sağlık hizmetlerine erişebilmesidir (Braveman vd., 2018). Bu açıdan, iki kavram birinin tersi olmanın ötesinde sağlık politika hedeflerine ulaşmadaki başarı kritiği olarak ele alınabilmektedir. Sağlıkla ilgili eşitsizlikler; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik bir sorun olmanın ötesinde ahlaki bir sorun olarak da ele alınmalıdır.

Sağlık eşitsizliklerin varlığı, toplumun genel sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sosyal adalet, ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınma gibi daha geniş toplumsal hedefleri de tehdit etmektedir. Sağlığın korunması ve toplumsal refahın artırılması amacıyla, sosyal politika ve sağlık hizmetlerinin, sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmaya yönelik stratejiler içermesi kritik öneme sahiptir (WHO,2015). Bu nedenle, sağlıkta eşitsizliklerle mücadele, hem bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamak hem de daha adil ve kapsayıcı bir toplumun inşası için önemli bir adımdır.

Dünya genelinde tespit edilen sağlık eşitsizlikleri, tüm ülkeler için ortak bir soru olarak gündemini korumaktadır. Bu sorun, etik bir prensip, sosyal adalet meselesi ve ahlaki bir zorluk olarak görülmektedir (Tekingündüz vd., 2016; Reutter ve Kushner, 2010).

² Sağlık eşitsizlikleri, sağlık farklılıkları (health disparities) olarak da ele alınmaktadır. Burada sözü edilen "eşitsizlik" kavramı sosyal adaletin yanında bireylerin sağlık düzeyleri arasındaki sistematik farklılıkların bir ölçüsünü ifade etmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin iyi anlaşılabilmesi ve çözülememesi, özellikle sosyal açıdan, ülkelerin insan kaynaklarından verimli bir şekilde yararlanamamasına ve eşitsizliklerin yol açtığı ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, politika yapıcılar için öncelikli bir hedefdir. Sağlık alanında eşitsizliklerle başa çıkılmada uygulanan politikalarda: Sağlık eşitsizliğini azaltacak mı? Genel sağlık ve refahı iyileştirecek mi? Parasal tasarruf sağlayacak ve kamu harcamalarını azaltacak mı? sorularına etkili cevap verebilmesi önemlidir (WHO, 2013:13). Günümüzde gelişmiş ekonomilerde bile sağlıkta eşitsizlikler, tamamen çözülemeyen bir sorun olarak hala gündemde yer almaktadır (Mackenbach vd., 2008; Bartley, 2017).

Bu derleme çalışmada, girişi takip eden ikinci bölümde sağlıkta eşitsizlikler ve nedenleri üzerinde durulmuş, üçüncü bölümde bunlara ilişkin teorik yaklaşımlara yer verilmiş ve dördüncü bölümde ise sonuca ilişkin genel bir değerlendirme yapılmıştır.

2. SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE NEDENLERİ

Sağlık eşitsizlikleri, toplum içinde farklı konum ve statülerde bulunan gruplar arasındaki sağlık durumundaki - kimi zaman haksız- farklılıklardır. Diğer bir ifadeyle, sağlık eşitsizlikleri, bir toplumun ya da bir grubun, diğer bir toplum ya da grup üzerinde oluşturduğu baskı ve sosyo-ekonomik nedenlerle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişiminin engellenmesi ya da sağlık durumlarında olumsuz etkilenmeleri olarak tanımlanabilir. Bu eşitsizlikler, toplum içindeki farklı sosyal, ekonomik, kültürel ve coğrafi faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilir ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda engeller oluşturarak sağlık statülerinin düşmesine yol açabilir. Sosyal açıdan sağlık eşitsizlikleri, en çarpıcı ve derin eşitsizlikleri temsil eder çünkü doğrudan yaşam hakkını tehdit etmektedir (Braveman, 2006, Uphoff vd.,2013, Corna, 2013)

1980 yılında yayınlanan "Siyah Rapor-1980" (Black Report of 1980) sağlık eşitsizliklerinin nedenlerini anlamak ve bunları azaltmaya yönelik eylemleri belirlemek amacıyla ele alan ilk sistematik çalışmalardan biri olmuştur. "Siyah Rapor-1980" (Black Report of 1980) sağlık eşitsizliklerinin kökenlerini; sağlık seçimi, davranışsal/kültürel farklar ve yapısal düzeyde açıklamıştır (McCartney, 2013).

Günümüzde sağlık eşitsizliklerini açıklayan birçok yaklaşım bulunmaktadır. Bunlara ilişkin nedenler ise şöyle ifade edilebilir:

Genetik nedenler: Sağlık eşitsizliklerinde, genetik farklılıklar yani biyolojik sebepler önemlidir. Genetik nedenler, sağlık ve hastalıkların temelinde yatan biyolojik ve genetik faktörlere odaklanmaktadır. Eşitsizliklerin açıklanmasında bu yaklaşım, bireyler arasındaki biyolojik farklılıklar ve genetik varyasyonları inceleyerek hastalıkların gelişimi, teşhisi ve tedavisi üzerindeki etkileri dikkate alır. Biyolojik nedenler, aynı hastalığın farklı genetik yatkınlığa sahip olan bireyler arasındaki farklı sonuçlanmasına neden olmalıdır. Hastalıklara genetik yatkınlık; bazı hastalıklara dirençli ya da dirençli olmama açısından önemli bir rol oynar. Kalıtsal hastalıklar, genlerdeki değişiklikler ya da var olan genetik yatkınlık sonucu ortaya çıktığından, bireyler arasındaki sağlık düzeylerinin farklı olmasına neden olabilir. Ayrıca bu durum, kişinin sağlık düzeyinde genetik özelliklerinin şans faktörüne de bağlı olabileceğini ortaya koyar.

Davranışsal/Kültürel nedenler: Bireylerin davranışları ve sahip oldukları kültürleri sağlık eşitsizliklerini açıklayabilir. Sağlık eşitsizliklerinin temel nedenleri, gruplar arasındaki sigara içme, alkol tüketimi, yasadışı madde kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi davranışların yaygınlığındaki farklılıklar veya gruplar arasındaki baskın kültürlerdeki farklılıklar olabilir. Pek çok çalışma, sigara içme gibi davranışsal risk faktörlerinin sağlık sonuçlarındaki eşitsizliğin büyük bir kısmını açıkladığını göstermektedir (Gruer vd., 2009). Farklı kültürel normlar ve değerler; sağlık davranışları ve sağlık düzeyi açısından farklılıklara yol açabilir. Örneğin, bazı toplumlarda obezite kabul gören bir durumken, diğer toplumlarda olumsuz bir görüşe sahip olabilir (Puhl ve Heuer, 2010). Yine sigara ve uyuşturucu gibi madde tüketimine karşı tutumda, toplumsal kabul görmedeki farklılıkların derecesi kültürel yaklaşımla ilişkili olabilmektedir (Bobo ve Husten, 2000). Diğer taraftan beslenme kültürüne veya davranışlarına dayalı alışkanlıklar, hastalıkların ortaya çıkmasında önemli olduğundan sağlık eşitsizliklerinin oluşmasında diğer bir faktördür.

Sosyo-ekonomik nedenler: Sağlık eşitsizliklerinde genetik, davranışsal ve kültürel faktörler önemli rol oynamasına rağmen, temelde bu faktörler önemli ölçüde sosyoekonomik etmenlerden etkilenebilmektedir. Sağlık, kullanılan ölçümlerden ve kurumsal ortamdan bağımsız olarak, sosyoekonomik statü ile güçlü bir ilişki içindedir. Özellikle sağlık davranışlarında, sosyoekonomik nedenler sağlık düzeyi eşitsizliklerinde etki değişici (effect modifier) güce sahiptir (McCartney, 2013). Ayrıca düşük sosyo-ekonomik gruplarda pek çok sağlıksız davranışın

daha yaygın olduğu bilmektedir (Smith vd.,1998). Olumsuz sağlık davranışları ile düşük sosyal statü arasındaki bağlantı, bazı toplumlarda zamanla neredeyse ortadan kalkmıştır, ancak düşük sosyal statü ile ölüm arasındaki bağlantı zayıflamadan devam etmektedir (Stringhini vd., 2011). Ayrıca, sağlık eşitsizlikleri işgücüne katılım, gelir ve servet üzerinde önemli bir "ters nedensellik" yaratmaktadır. Yani, sağlık düzeyi ve eşitsizlikleri işgücüne katılımı, geliri ve serveti olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Grossman 1972a, b; Galama ve Van Kippersluis, 2013).

Biyomedikal/biyoteknolojik nedenler: Gelişmiş biyoteknolojik tedavilerin maliyeti olması daha zengin veya belirli ülkelerdeki insanların bu tedavilere erişebilmesine neden olmaktadır. Bu durum, düşük gelirli veya gelişmekte olan ülkelerdeki insanların daha az fayda sağlamasına ve sağlık eşitsizliklerinin artmasına yol açabilmektedir. İlaç ve biyomedikal araştırmalar için ayrılan ekonomik kaynakların her yerde eşit olmaması sağlık çıktılarını da farklılaştırmaktadır. Bu durum, belirli hastalıkların nedenleri ve tedavileri hakkındaki bilgi eksikliğine ve dolayısıyla sağlık eşitsizliklerine neden olmada bir faktör haline dönüşmektedir. Aynı zamanda sağlığın iyileştirilmesinde, hekim, hemşire ve tıbbi cihaz gibi sağlık kaynaklarının adaletsiz dağılımı ya da yetersizliği veya bilgi düzeylerindeki farklılıkları sağlık eşitsizliklerinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Timmermans ve Kaufman, 2020).

Görüldüğü üzere, söz konusu sağlık eşitsizliklerini açıklamaya yönelik yaklaşımlar ve nedenler farklılaşmakla birlikte oldukça karmaşık ancak bir o kadar da ilişkilidir. Sağlık eşitsizlikleri çok yönlü bir konudur. Ancak, sağlık eşitsizlikleri temelde; bireysel, bireyler arası, kurumsal ve sistemsel mekanizmalar (sınıfsal veya toplumsal) ve sağlık hizmetiyle ilgili dahil olmak üzere gücün ve kaynakların eşitsiz şekilde dağılması dolayısıyla eşitsiz sosyal ve ekonomik koşullardan kaynaklı iki yapıdan oluştuğunu söylemek mümkündür.

3. SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİNDE SOSYO-EKONOMİK NEDENLER İÇİN TEORİK YAKLAŞIMLAR

Sağlıkta görülen eşitsizlikler için çok farklı teoriler ortaya atılmış olsa da bu bölümde dört teori üzerinde durulacaktır. Bunlar: Grossman modeli, gelir düzeyleri, sağlık hizmetlerine erişim ve tıbbi önerilere uyum göstermeyle ilişkili yaklaşımlardır.

3.1. Grossman Modeli

Grossman modeli, M. Grossman (1972a, b) tarafından geliştirilmiştir. Model sağlık eşitsizliklerine, sağlık durumunun bireylerin sağlık sermayesi (health capital) yatırımlarına dayandığını ve bu yatırımların sosyoekonomik faktörler tarafından şekillendirildiğini vurgular. Grossman modeli, insanların sağlık durumlarını iyileştirmek için yatırım yapabileceği özel bir sağlık sermayesi kavramına dayanır. Sağlık sermayesi kavramı, bireyin sağlığının, iyileştirilmiş refah ve verimlilik açısından gelecekteki faydalar elde eden bir yatırım veya sermaye şeklinde değerlendirilebileceği düşüncesine atıfta bulunur. Finansal sermaye gibi, sağlık sermayesi de bireylerin çeşitli faktörler ve kararlar temelinde zamanla biriktirilebilir ve azaltılabilir. Sağlık sermayesi, genetik, yaşam tarzı seçimleri, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Sağlık sermayesi, biriktirilmiş sağlık stoğunu da temsil etmektedir. Dolayısıyla bireylerin güçlü bir sağlık sermayesine sahip olması sağlığa yapılan yatırımlar tarafından belirlenmektedir ancak bu yatırımlar ise sağlık talebine bağlı olarak değişmektedir.

Grossman, sağlık sermayesinin geliştirilmesi ya da bir başka deyişle sağlık düzeyinin iyileştirilmesini sağlık talebine bağlamaktadır. Sağlık talebini, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek veya korumak için kaynakları (zaman, para, çaba) yatırma isteği ve yeteneği olarak tanımlamaktadır. Bu talep, bireylerin sağlık algısına ya da tercihlerine, sağlık hizmetlerinin maliyetine, sağlık tesislerinin mevcudiyetine ve kalitesine dayanmaktadır (Grossman, 1972a).

Grossman, matematiksel modeller kullanarak sağlık sermayesinin artırılmasını sağlık talebine ilişkin yaklaşımla açıklamıştır. Buna göre; sağlık talebi iki bakımdan fayda sağlar. Bunlardan ilki; bireyler, iyi sağlığın üretim faydası için sağlık talep eder ve bu durum da sağlık, kazançları artırır (azaltılmış hastalık süresi, artan verimlilik) diğer taraftan bireyler tüketim faydası için sağlık talep ederler ve bu da sağlık faydası sağlarlar. Sağlık yatırımı talebi, türetilmiş bir taleptir: bireyler, iyi sağlık nedeniyle sağlığa yatırım yaparlar; yani, sağlık hizmeti talebinde keyfîlik söz konusu değildir. Ayrıca sağlık sermayesine yapılan yatırım sürecinin verimliliği, sağlık talebinde bilgi düzeyi ne kadar yüksek olursa o kadar artırır. Bir başka deyişle, sağlık düzeyini artırmak için bireyin eğitim düzeyi

artar ve tercihleri ne kadar bilgi içerirse sağlıktan elde edecekleri hem tüketim faydası (sağlık çıktısı) hem de üretim faydası (gelir, ücret ya da servet) artar (Galama ve Van Kippersluis, 2013).

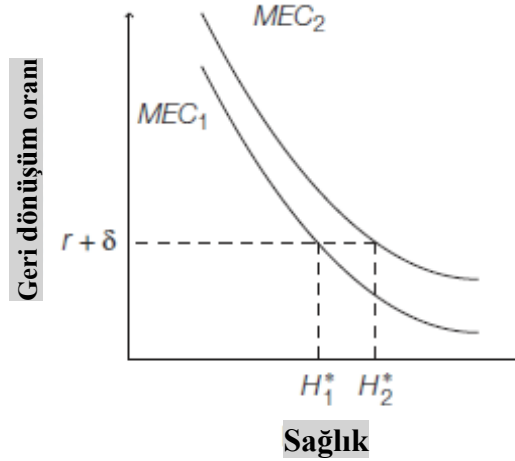
Grossman'a göre, sağlık eşitsizlikleri, bireyler arasındaki sağlık sermayesi seviyelerinin farklılıklarından kaynaklanır. Sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık sermayesi düzeyine bağlıdır ve bu nedenle daha düşük sağlık sermayesine sahip bireyler daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilirler. Sağlık eşitsizliklerini açıklarken dört faktörü ele alır:

Gelir düzeyi: Düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve tüketim açısından kısıtlamalar yaşamaları muhtemeldir. Dolayısıyla, düşük gelirli bireylerin sağlık sermayesi düzeyleri de düşük olabilir.

Eğitim seviyesi: Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlık bilincinin artması sağlık sermayesinin artmasına neden olabilmektedir.

Yaş ve cinsiyet: Yaş ve cinsiyet, bireylerin sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine olan taleplerini etkileyebilir. Örneğin, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyacı bulunmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerin sağlık sermayesi genç bireylere göre daha düşüktür.

Grossman modeli için sağlık sermayesine yatırım sonucu sağlık düzeyi ilişkisi Şekil 1'de gösterilmiştir. Eğriler, sağlık sermayesinin marjinal etkinliği (HCE) göstermek üzere, sağlık stoğuna yapılan yatırımlar sonucu elde edilen marjinal yatırımın yaşam boyu getirisini göstermektedir. "r" sağlık yatırımdan elde edilen getiri, "δ" ise yaşlanmaya yada sağlık düzeyindeki azalmaya bağlı olarak sağlığa yatırım yapmanın ikinci tür maliyetidir. Buna bağlı olarak, sağlık sermayesinin fiyatı ise alternatif yatırımların piyasadaki getiri oranı artı yaşanan azalmaya (r+δ) eşit olacaktır. HCE eğrisi optimal sağlığın tespit edilmesinde önemli bir araçtır. Bu eğri, her bir birim sağlıkta ne kadar yaşam süresi elde edildiğini göstermektedir. Şekil 1'deki gibi iki birey farklı HCE eğrilerine (HCE₁ ve HCE₂) sahipse diğer bütün yönlerden aynı özelliklere sahip olsalar dahi farklı optimal sağlık düzeylerini seçmektedirler.



Şekil 1. İki Birey için Sağlık Sermayesinin Marjinal Etkinliği

Kaynak: Bhattacharya vd., 2014

Şekil 1'de aynı sağlık sermayesinin marjinal getirisine sahip olan iki birey arasında (HCE₁ ve HCE₂) sağlık düzeyi bakımından (H₁ ve H₂) fark oluşmaktadır. Bunun nedeni ise sağlığa yapılan yatırım dolayısıyla sağlık verimliliği, kaynak kıtlığı, sağlık değerindeki azalma oranı gibi faktörlerden kaynaklıdır (Bhattacharya vd., 2014). Bu faktörlere bağlı olarak, sağlıkta eşitsizliklere ilişkin diğer teoriler Grossman modeli dikkate alınarak açıklanacaktır.

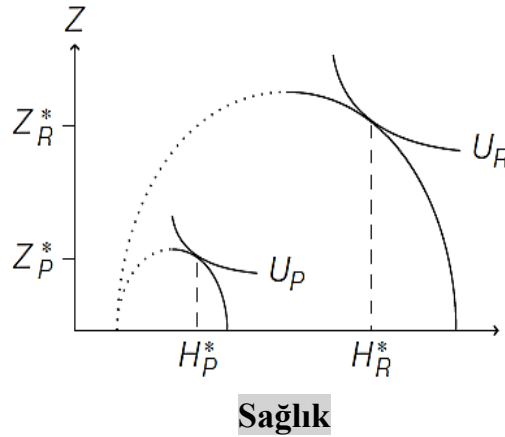
3.2. Doğrudan Gelir ve Gelir Eşitsizliği Hipotezi

Doğrudan gelir hipotezine göre, gelir düzeyindeki farklılıklar sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır çünkü zenginlerin sağlığı yatıracakları daha çok kaynakları bulunmaktadır. Zenginler sahip oldukları imkanlar nedeniyle daha iyi yemekler tüketmekte, daha iyi okullarda okumakta ve daha iyi hekimlere ya da sağlık merkezlerine erişebilmektedir.

Doğrudan Gelir Hipotezi, bireylerin gelir düzeyinin, sağlık durumlarını ve hastalıklara yakalanma riskini nasıl etkilediğini anlamaya odaklanır. Temelde, bu hipoteze göre daha yüksek gelire sahip bireylerin daha iyi sağlık durumuna sahip olduğu ve daha düşük gelire sahip bireylerin ise daha yüksek hastalık yüküne maruz kaldığı öne sürülür. Bu hipotezin altında yatan temel düşünce, gelir düzeyinin bireylerin sağlıkla ilgili kaynaklara erişimini ve sağlığı koruma yeteneklerini etkilediğidir (Orach, 2009; Ray ve Linden, 2018).

Daha yüksek gelir düzeyine sahip olan bireyler, sağlıklı gıdalara, düzenli egzersize ve stresten kaçınma gibi daha sağlıklı yaşam tarzı seçeneklerine daha kolay erişebilirler. Bu da hastalıklara karşı daha dirençli olmalarına yardımcı olabilmektedir. Gelir düzeyi düşük bireyler daha düşük gelirli bölgelerde ve genellikle daha olumsuz çevresel koşullara sahiptir. Ayrıca, daha düşük gelir düzeyine sahip olmak, stres düzeyini artırabilir ve psikososyal sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Bu da fiziksel sağlıkla yakından ilişki olabilmektedir.

Grossman modeli doğrudan gelir hipotezine dayalı olarak da sağlık eşitsizliklerini açıklamıştır. Buna göre Şekil 2'de R bireyinin daha yüksek ve P bireyinin daha düşük geliri olması durumu ve diğer tüm özelliklerin de aynı olduğu varsayımına bağlı olarak sağlık eşitsizliği ele alınmıştır. Zengin R bireyi fazladan finansal gelire sahip olduğu için daha gelişmiş bir üretim imkanları eğrisine³ sahiptir. Zengin birey R'nin optimal sağlık düzeyi H_R^* ve sahip olduğu serveti Z_R , düşük gelirli birey P'nin optimal sağlık düzeyinden H_P^* yüksektir (Bhattacharya vd., 2014).



Şekil 2. Doğrudan Gelir ve Sağlık Eşitsizliği

Sağlıklı kalmak sağlıklı birey için daha kıymetlidir. Bireylerin sağlıktaki verimlilikleri karşılaştırıldığında, zengin bireyin daha fazladır ve düşük gelirli bireye göre sağlık sermayesinin marjinal etkinlik eğrisi daha yüksektir. Kaynak ne olursa olsun refahı yüksek olan bireylerin sağlık üretimi için daha fazla kaynağı bulunmaktadır. Grossman modeli, bireylerin gelir düzeyi, sağlık yatırımı yapma kapasitesini ve dolayısıyla sağlık sermayesi biriktirme potansiyelini belirlediğinde, daha yüksek gelire sahip bireylerin, daha fazla kaynağa sahip oldukları için sağlık yatırımı yapma olasılığının daha yüksek olduğunu ifade eder. Bu durum, yüksek gelirli bireylerin daha iyi

³ Üretim imkanları eğrisi, bir ekonomideki kaynakların (işgücü, sermaye, hammadde vb.) sınırlı olduğunu ve bu kaynakların farklı mal veya hizmetlerin üretimi için nasıl tahsis edilebileceğini gösterir. Eğri, farklı üretim girdileri kombinasyonuna dayalı üretimin üst sınırı belirler.

sağlık hizmetlerine erişebileceği, daha sağlıklı yaşam tarzı seçeneklerine sahip olabileceği ve stres gibi olumsuz etkilere daha az maruz kalabileceği anlamına gelir (Bhattacharya vd., 2014).

Gelir Eşitsizliği Hipotezi: Bireyler arası sağlık eşitsizlikleri, bireyin mutlak geliri değil de toplumdaki gelir dağılımı dengesizliklerinden kaynaklı olabilmektedir. Gelir dağılımı eşit olmayan toplumlarda daha kötü sağlık çıktıları ve sonuçları gözlemlenebilmektedir. Diğer bir deyişle, sağlık alanındaki eşitsizlikler doğrudan bireylerin sahip olduğu gelir düzeyleriyle ilişkili değil, gelirin toplumsal olarak nasıl dağıldığıyla ilişkilidir. Gelir eşitsizliğine dayalı sağlık eşitsizliklerinde ise politik çıkarımlar yapmak mümkündür. Zira eşitsizliğin yüksek boyutları, sağlık verimliliği üzerinde olumsuz etkilere de sahipse politika yapıcılar, ortalama sağlık verimliliğini yükseltmeyi değil aynı zamanda toplumdaki eşitsizlikleri de azaltmayı hedeflemelidir.

Toplumdaki gelir eşitsizliği ve sağlık düzeyi arasındaki bağlantıyı ele alan çalışmaların sonuçları tartışmalı ve elde edilen bilgiler ulusal, uluslararası ve bölgesel düzeyde farklı bulgular sunmaktadır. Daha fazla gelir eşitsizliği ile daha düşük nüfus sağlığı standartları arasındaki ilişkinin çoğunlukla geçerli olduğuna dair kanıtlar ise daha yaygındır. Çünkü gelir eşitsizliği sosyal tabakalaşma ölçeğinin veya bir toplumun ne kadar hiyerarşik olduğunun bir ölçüsü olduğundan sağlık eşitliklerini açıklamada da geçerli olabilmektedir. Ancak yine de eşit gelir dağılımının toplumsal sağlık çıktılarına arttırdığına yönelik konu daha fazla tartışılmaktadır (Wilkinson ve Pickett, 2006; Pickett ve Wilkinson, 2015).

3.3. Sağlık Hizmet Erişim Hipotezi

Sağlıkta eşitsizlikler için gelirin yarattığı diğer bir etki ise sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan eşitsizliklerdir. Düşük gelirli bireyler sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşamaktadır. Daha yüksek gelire sahip olmak aynı zamanda daha iyi bir sağlık sigortasına ya da daha nitelikli sağlık hizmetleri erişimine sahip olmaya olanak tanımaktadır. Aynı zamanda düşük gelirli bireyler daha dar kapsamlı sigortaya sahip olabilmekte ve bu durum ise sağlık hizmetleri için daha yüksek ücretlere katlanmalarına da neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde sağlık sigortası önemli bir belirleyici role sahip iken sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında ise kritik sağlık politikası hedefleri arasında yer almaktadır (Baeten vd, 2018).

Uygulanacak sağlık finansman modelinde sigortanın katılım bedelinin gelir düzeyi düşük kesimler için kısıtlayıcı rolünün olmaması ise önemlidir. Zira, yoksul grupların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları daha yüksektir çünkü sağlık düzeyleri görece olarak daha düşüktür. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için katılım payı ödemek zorunda olunması özellikle toplumun dezavantajlı ve yoksul kesimlerinin sağlık hizmetlerine olan erişimlerini zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan, bir ülkenin sosyoekonomik yapısında düşük gelirli kimseler çoğunluğu oluşturuyorsa, kişilerin sağlık hizmetlerine ayıracakları finansman kaynaklarının ağırlığı da azalacaktır. Dolayısıyla sağlık sektöründe uygulamaya konulacak olan kullanıcı katkılarının, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri taleplerinde daralma yaratacağı açıktır, böyle bir durumda ise sosyal refah kaybı ortaya çıkmakta ve sağlıkta eşitsizlikler artmaktadır (Manavgat, 2023).

Diğer koşullar eşit olmak üzere, sağlıksız davranışlarda bulunan bireyler şüphesiz daha yüksek sağlık harcaması veya talebinde bulunmaktadır. Bu bireyler, sağlık sigortası için daha yüksek prim ödememe eğiliminde olduklarından, bu durum yüksek sağlık maliyetlerini yansıtmakta ve sağlıksız davranışlarının neden olduğu birçok maliyet, sigortaya katkıda bulunan diğer kişiler tarafında karşılanmasına neden olmaktadır (WHO, 2013). Söz konusu bu durum, gelir düzeyi düşük kişilerin görece daha düşük sağlık düzeylerine sahip olması nedeniyle fazla sağlık talebine ihtiyaç duymalarına ve aynı zamanda sağlık sigorta prim ödemelerinin de mali yükünün daha iyi sağlık düzeyine sahip zengin bireyler tarafından finanse edilmesine neden olabilmektedir. Böyle bir durum ise sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ilkesi temelini geçeli kılmaktadır. Ancak yine de sağlık sigortası sahipliğinin sağlık hizmetlerine erişimde kimi zaman ahlaki tehlike⁴ sorununa da yol açtığı unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde etkileyen sigorta ya da sosyal sigorta şemsiyesinin yanı sıra ülkeler ya da bölgeler arası sağlık hizmet kaynaklarının aynı nitelikte olmaması, sağlık hizmetlerine erişim sağlansa bile sağlık çıktılarının geliştirilmesine eşit katkı sunmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde bir toplumun sağlık sistemi içindeki hizmetlere kolaylıkla ulaşabilmesi, sigorta veya sosyal sigorta gibi finansal güvencelerin yanı sıra sağlık

⁴ *Ahlaki tehlike: Sigorta sistemini finansal denge ve sürdürülebilirlik açısından olumsuz etkileyebilecek eğilimler, sigortalı bireylerin sağlık hizmetlerini aşırı kullanma, gereksiz tıbbi prosedürler talep etme veya riskli davranışlara yönelme gibi durumları içerir.*

hizmetlerinin kalitesi, yaygınlığı ve etkinliği gibi faktörlerle de şekillenir. Sigorta veya sosyal sigorta şemsiyeleri, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırabilir. Ancak, her bireyin aynı nitelikte kaynaklara erişimi olmayabilir. Örneğin, bazı bölgelerde sağlık altyapısı, tıbbi teknoloji ve uzman personel daha gelişmiş olabilirken, diğer bölgelerde bu kaynaklar daha sınırlı olabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim tartışmasını sadece finansal güvence ile sınırlamak yerine, sağlık altyapısı faktörlerini de içeren daha geniş bir perspektife ele alınmasını da gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi, sadece finansal güvence değil, aynı zamanda altyapı, eğitim, tıbbi teknoloji ve personel gibi çeşitli faktörlere de dayanmaktadır.

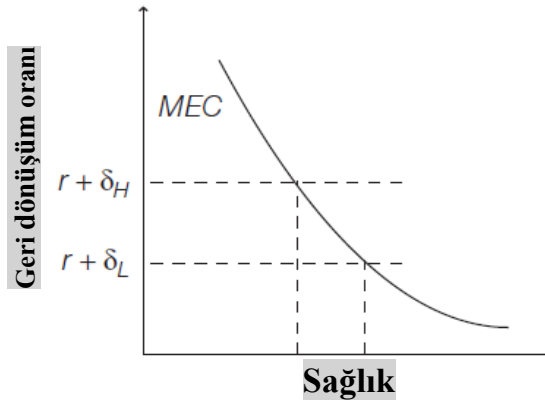
3.4. Allostatik Yük Hipotezi

Sağlıkta eşitsizlikleri açıklamada, allostatik yük (allostatic load) hipotezi, bireylerin yaşam boyu maruz kaldığı stresin ve biyolojik adaptasyonun sağlık eşitsizliklerini nasıl şekillendirdiğine dair bir perspektif sunmaktadır. Allostatik yükü hipotezi McEwen (1998) tarafından geliştirilmiştir ve yaklaşım kronik veya tekrarlayan stresin zaman içinde birikerek hastalığa ve kötü sağlığa neden olduğuna ilişkin bir model ortaya koymaktadır. Hipotez, sosyoekonomik durum ile sağlık arasında ilişkide ana mekanizmanın stres olduğunu vurgulamaktadır.

Allostatik yük, vücudun stresle başa çıkmak için kullandığı fizyolojik mekanizmaların toplamı olarak tanımlanabilir. Bu mekanizmalar, stresle mücadele etmek için hormon üretimi, kalp atış hızı artışı, inflamasyon tepkisi gibi bir dizi tepkiyi içerebilir. Ancak uzun süreli ve tekrarlayan stres maruziyeti, bu adaptasyon mekanizmalarının sürekli olarak devreye girmesine neden olabilir. Vücut sürekli yüksek bir enerji seviyesinde çalışmak zorunda kalabilir, bu da zamanla fizyolojik sistemlerin yıpranmasına ve hastalıkların ortaya çıkma riskinin artmasına yol açabilir (McEwen, 1998).

Allostatik yük, farklı sosyoekonomik gruplara ait bireylerde farklı stres düzeyleri olduğundan sağlık eşitsizliklerinde önemli rol oynayabilir. Örneğin, düşük gelirli gruplarda yaşanan ekonomik kaygılar, gündelik geçim için ihtiyaç duyulan finansal kaynaklar ve işsizlik gibi kaygılar yüksek stres düzeylerine neden olabilmektedir. Bu da allostatik yükün bu gruplarda daha yüksek olmasına ve dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinin artmasına yol açabilir.

Grossman modeli yaklaşımına göre allostatik yük hipotezinin sağlık eşitsizliğine yol açması ise Şekil 3'teki gibi açıklanabilir (Bhattacharya vd., 2014).



Şekil 3. Uzayan Stres ile Optimal Sağlık Düzeyi Seçimi

Şekil 3'te Grossman modeli dikkate alındığında, strese dayalı yaşlanma süreci, sağlık durumu düşüş hızındaki değişim δ olmak üzere; aynı yaşta olsalar dahi, uzun süreli ve tekrarlayan stres altında kalan kişiler, daha rahat bir yaşam süren kişilere göre daha yüksek δ_H değere sahiptir. Buna göre, yüksek stres düzeyi δ_H bireyin daha düşük optimal sağlık düzeyine sahip olmasına neden olmaktadır. Çünkü sağlığa yatırım yapmak daha az değerlidir. Bu, sağlık üretiminin verimi aynı olsa da yani bireyler aynı sağlık sermayesinin marjinal etkinliği (HCE) eğrisiyle karşılaşsalar da geçerlidir (Bhattacharya vd., 2014).

Modern hayatta karşılaşılan yoğun iş temposu ve kaygısı stresi tetiklemektedir. Eğer birey sosyoekonomik olarak düşük yaşam sürecine sahipse daha fazla stresle yüzleştiğinden daha kötü sağlıkla karşı karşıya kalacaktır. Bu gruplar, daha düşük gelir düzeyleri, eğitim eksiklikleri, işsizlik gibi faktörler nedeniyle yüksek düzeyde strese maruz kalmakta ve vücutları sürekli olarak adaptasyon mekanizmalarını devreye sokma eğiliminde olduklarından zamanla sağlık sorunlarının da artması olası hale gelmektedir.

Allostatik yük hipotezinin sağlıktaki eşitsizlikleri açıklamada geçerli olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Buna göre, düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler iyi yaşam koşullarına sınırlı erişim sağladıklarından stres yoğunlukları fazladır ve genellikle daha yüksek bir allostatik yüke sahiptirler. Düşük gelirli kişiler genellikle daha düşük kaliteli konutlarda yaşamakta, sağlıklı gıdalara erişimde zorluk yaşamakta ve sağlık hizmetlerine daha az erişime sağlamaktadırlar. Bu tür zorluklar, vücudun sürekli bir "mücadele durumu" içinde olmasına ve allostatik yükün artmasına neden olmaktadır. Bu durumda sosyoekonomik temelli toplumsal sağlık eşitsizlerinde bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Segerstrom ve Miller, 2004; Brosschot vd., 2005; Mackenbah, 2012).

3.5. Tutumlu Fenotip Hipotezi

Sağlık için ayrılan kaynaklar aynı olsa da bazı bireylerin sağlık verimliliğinin düşük olması genetik sebeplere bağlı olabilmektedir. Tutumlu fenotip hipotezi, bireyler arası sağlık eşitsizlerinin açıklanmasında kalıtsal çıkarımları ele almaktadır. Tutumlu fenotip (thrifty phenotype) hipotezi, David J.P. Barker (1986) tarafından ortaya atılmıştır. İngiliz epidemiyolog ve tıp doktoru olan Barker makalesinde, erken yaşam koşullarının ilerleyen yaşlarda sağlık üzerindeki etkilerini incelemiştir. "Barker Hipotezi" olarak da bilinen bu hipoteze göre, bireylerin yaşamlarının erken dönemlerinde karşılaştığı beslenme ve diğer çevresel faktörlerin, uzun dönemli sağlık sonuçları üzerinde kalıcı etkiler yaratabileceğini öne sürer. Fetüs dönemi ve erken çocukluk döneminde yetersiz veya dengesiz beslenme, organizmanın kendisini gelecekteki kaynak sıkıntılarına karşı korumak için çeşitli adaptasyonlar geliştirmesine neden olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, fetüs dönemi ve erken çocukluk dönemindeki yetersiz beslenme veya stres, ilerleyen yaşlarda obezite, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların gelişimini etkileyebilmektedir (Calkins ve Devaskar, 2011).

Düşük gelirli ailelerden gelen çocukların, gebelik ve emzirme dönemlerinde daha fazla yoksunluk yaşamaları sağlıktaki gözlenen eşitsizlikleri açıklamada bir etken olarak görülebilmektedir. Çünkü tutumlu fenotip hipotezine göre, erken dönemde yaşanan yoksunluklar yetişkinlik döneminde gen aktivasyonu sonucunda sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Kaynak yoksunluğu çekilen erken dönemlerde çocuklar, örneğin hücrede yağ üretimi sağlayan yani kıtlık dönemine uyumu artıran "tutumlu" genleri harekete geçirmeye daha yatkındır. Bu çocuklar, kıtlığa iyi uyum göstermiş olduklarından yaşamlarını zengin bir çevrede sürdürmüş olsalar dahi göreceli daha sağlıklı olmalarına sebep olmaktadır. Tutumlu genler, emzirme dönemi boyunca yaşanan yoksunluk için faydalı olsa da yetişkinlik döneminde obezite, diyabet ve bunun gibi istenmeyen olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Bir başka ifadeyle bu genleri harekete geçiren bireylerde, kayakların bol olması durumuna pek uyum sağlayamamaları sebebiyle diyabet, obezite ve diğer hastalıklar gelişebilir (Bhattacharya vd., 2014).

Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan fetal kökenli hastalıkların tutumlu genle ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların pek çoğu diyabet ve obezite üzerine yoğunlaşmaktadır. Hales ve Barker (2001) zayıf fetal ve bebek büyümesi ile tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gelişimi arasındaki epidemiyolojik ilişkilerin, erken yaşamdaki kötü beslenmenin etkilerinden kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. Bu etkiler, glukoz-insülin metabolizmasında kalıcı değişiklikler meydana getiren kötü beslenmenin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Yine, Stöger (2008), obezite ve diyabetin tutumlu epigenotip (thrifty epigenotype) yapıda olduğunu, bunların nesiller boyunca miras alınabilir potansiyele sahip olduğunu göstermişlerdir. Söz konusu örnek çalışmalar, tutumlu fenotip hipotezine dayalı hastalıkların kalıtsal ve aynı zamanda bu kalıtımı belirleyen sosyal statüye dayalı erken dönem gelişme yoksunluğundan kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Sağlıktaki eşitsizliklerde, bireylerin fenotip özelliklerinin genetik ve çevresel faktörlerden etkilendiği bunun da özellikle sosyoekonomik statü tarafından da belirlendiği söylemek mümkündür.

Tutumlu fenotip hipotezi, sağlıktaki eşitsizlikleri kalıtsal açıdan ele alsa da özünde kötü erken dönem yaşam koşullarının ve çevresel etkenlerin sağlık üzerinde yarattığı etkilerin önemine dikkat çekmektedir. Erken yaşam dönemlerindeki yoksunluklar; olumsuz beslenme ve çevresel koşulların, ilerleyen yaşlarda bireyler arası gen aktarımıyla sağlık düzeyini olumsuz etkileyebileceğini bunun da sağlıktaki eşitsizliklere yol açabilecek kalıcı etkiler

yaratabileceğini öne sürmektedir. Bu açıdan eşitsizliğin kaynağı, bireysel özellikler olduğu kadar toplumsal yapıyı belirleyen sosyoekonomik statüdür.

3. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlıkta eşitsizlik; ekonomik, sosyal, kültürel/davranışsal ve sınıfsal nedenlerle ortaya çıkmakta ve bireyler ya da toplumun farklı kesimlerinde sağlıkla ilgili engellenebilir ve kabul edilemez farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır. Sağlıkta eşitsizlikler, bireysel özelliklerden kaynaklansa da özünde sosyoekonomik kökenli olduğunu söylemek yanlış değildir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler, toplumsal yapıdaki farklılıkların sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini yansıtırken, sosyoekonomik faktörler ise bu eşitsizliklerin temel belirleyicileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu açıdan sağlıkta eşitsizliklerin sadece tıbbi müdahalelerle ya da sağlık uygulamalarıyla değil, aynı zamanda sosyoekonomik koşullar açısından da ele alınması gerekmektedir.

Sağlık eşitsizliklerinin sosyoekonomik perspektifte alındığı bu derleme çalışmada, Grossman modeli, gelir hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi ve allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi, sağlık eşitsizliklerinin karmaşıklığını açıklamada teorik yaklaşımlar olarak irdelenmiştir. Temelde her bir teori çoğunlukla Grossman modeli mantığı çerçevesinde açıklansa da her biri eşitsizlikleri açıklamada özel farklı yaklaşımlar getirmektedir. Ele alınan, doğrudan gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi, allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi daha fazla zenginliğin veya daha iyi sosyoekonomik statünün iyi sağlığa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımlar özünde Grossman modelinin nedensel yapısını özetlemektedir. Grossman modeli, sağlık yatırımlarının ve sağlıklı davranışların, bireylerin sermaye birikimine katkıda bulunduğunu ve dolayısıyla sağlık durumunu etkilediğini öne sürdüğünden bireylerin sağlıklarına yatırım yapmalarının onların ekonomik getirilerini ve sağlık sonuçlarını etkilediğini ele almaktadır. Bu durum ise bireylerin sağlığa ayıracakları kaynakları, yani onların sosyoekonomik durumlarına (gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi) göre değiştirmektedir. Ayrıca bu sosyoekonomik farklılıklar aynı zamanda bireylerde farklı hastalık yükleri ve stres seviyelerine neden olabilmekte (allostatik yük ve tutumlu fenotip hipotezi) bu durum da sağlık düzeyini olumsuz etkilemekte ve sağlık eşitsizliklerini tetikleyebilmektedir. Buna göre, sağlık ile sosyoekonomik durum arasında çift yönlü bir ilişki vardır.

Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında sosyoekonomik yaklaşımların önemi büyüktür. Sağlıkta eşitsizliklerin karmaşıklığını anlamak ve çözmek, çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Sosyal bilimler, tıp, halk sağlığı, ekonomi ve kamu politikası gibi alanların bir araya gelerek iş birliği yapması, daha adil ve sağlıklı bir toplumun oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Toplumsal refahın artırılması, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sosyal adaletin sağlanması gibi amaçlar, sağlık eşitsizliklerini azaltma yolunda odak politikalar olmalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, bu çalışmaya tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). Inequalities in access to healthcare: a study of national policies 2018. European Commission.
- Bartley, M. (2017). Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods. T Polity Press, second edition, ISBN-13: 978-0-7456-9112-.
- Bobo, J. K., & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. Alcohol Research & Health, 24(4), 225.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu. Rev. Public Health, 27, 167-194.
- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., & Plough, A. (2018). What is health equity?. Behavioral science & policy, 4(1), 1-14.

- Brosschot J. F., Pieper S., Thayer J. F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1043–1049.
- Calkins, K., & Devaskar, S. U. (2011). Fetal origins of adult disease. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 41(6), 158-176.
- Corna, L. M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in life course research*, 18(2), 150-159.
- Galama, T. J., & Van Kippersluis, H. (2013). Health inequalities through the lens of health-capital theory: issues, solutions, and future directions. In *Health and inequality*, 263-284.
- Grossman M (1972b). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Grossman, M. (1972a) *The Demand for Health-A theoretical and Empirical Investigation*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Gruer, L., Hart, C. L., Gordon, D. S., & Watt, G. C. (2009). Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28-year cohort study. *Bmj*, 338.
- Hales, C. N., & Barker, D. J. (2001). The thrifty phenotype hypothesis: Type 2 diabetes. *British medical bulletin*, 60(1), 5-20.
- Mackenbach J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761–769.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenof F, Geurts JJM, et al. (2007) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349:1655–1659.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Lein-salu M, et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal Medicine*, 358, 2468–8.
- Manavgat, G. (2023). Sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı, Gazi Kitabevi, ISBN: 978-625-36-51-657.
- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications?. *Health Policy*, 113(3), 221-227.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York academy of sciences*, 840(1), 33-44.
- Orach, D. C. G. (2009). Health equity: challenges in low-income countries. *African health sciences*, 9(2), 49-51.
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*, 12, 1-12.
- Pickett, Kate E., and Richard G. Wilkinson (2015). "Income inequality and health: a causal review." *Social science & medicine* 128: 316-326.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Ray, D., & Linden, M. (2018). Health, inequality and income: a global study using simultaneous model. *Journal of Economic Structures*, 7(1), 1-28.
- Reutter, L., & Kushner, K.E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.
- Seegerstrom S. C., Miller G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630.

- Smith, G. D., Hart, C., Watt, G., Hole, D., & Hawthorne, V. (1998). Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 399-405.
- Stöger, R. (2008). The thrifty epigenotype: an acquired and heritable predisposition for obesity and diabetes? *Bioessays*, 30(2), 156-166.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., ... & Singh-Manoux, A. (2011). Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS medicine*, 8(2), e1000419.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8 (4), 32-4.
- Timmermans, S., & Kaufman, R. (2020). Technologies and health inequities. *Annual Review of Sociology*, 46, 583-602.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7), 1768-1784.
- World Health Organization (WHO) (2008) Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.
- World Health Organization (WHO) (2013). The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book (Vol. 3700). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2015). Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. World Health Organization.