

Araştırma Makalesi / Research Article

N11 ÜLKELERİNDE SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nihal KALAYCI OFLAZ¹ 

ÖZET

Sağlık, sürdürülebilir kalkınmanın sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile ilişki içerisinde olan bir kavramdır. Ekonomik eşitsizliklerin neden olduğu sağlık eşitsizliği; gelir eşitsizliği, sosyal güvenceye erişimde eşitsizlikler, sağlık harcamaları ve pek çok bileşen ile ilişkilidir. Bu çalışmada sağlık göstergelerindeki iyileşmeyi hedef alan “Sağlık ve kaliteli yaşam” ve dolaylı olarak sağlığa etkileri bulunan “Eşitsizlikleri azaltma” amaçlarında yer alan göstergeler aracılığıyla N-11 ülkelerinin 2004-2022 yılları arasındaki verileri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Gelir eşitsizliği, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı, cepten yapılan sağlık harcamalarına bağlı olarak meydana gelen yoksullaşma, GSYİH içinde iş gücünün payı ve göreceli yoksulluk gibi göstergeler incelenmiştir. Veriler doğrultusunda sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için en önemli gösterge olan evrensel sağlık kapsayıcılığının artırılması için gelir ve sosyal koruma olanaklarının sağlanması kadar sağlanan bu olanakların sürdürülebilirliğinin de önem taşıdığı görülmüştür. Bununla birlikte, sağlık sistemlerinin toplumun değişen yapısına uyumunun sağlanması, değişen sağlık talebine bireylerin sağlık harcamalarından kaynaklanan finansal yükü artırmaksızın cevap verilebilmesi gibi hususlar evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşılabilmesi ve sağlık eşitliğinin sağlanması için oldukça önemlidir. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için izlenen politik tavrın sonucu olarak alınan kararlar sağlık politikalarının tüm taraflarını kapsayacak şekilde kurumsal politikalara entegre edilmeli ve gerektiğinde tıbbi yeniliklerden yararlanmak amacıyla ulusal ve uluslararası iş birliklerinden yararlanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı, Sağlık, Eşitsizlik.

JEL Sınıflandırması: I14, I15, Q01

ASSESSMENT OF HEALTH INEQUALITIES IN N11 COUNTRIES IN TERMS OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

ABSTRACT

Health is an interconnected concept with all the social, economic, and environmental aspects of sustainable development. Health inequalities caused by economic disparities are associated with income inequality, inequities in accessing social security, healthcare expenses, and various other factors. In this study, the 2004-2022 data of N-11 countries were comparatively analyzed through the indicators included in the objectives of “Health and quality life”, which targets the improvement in health indicators, and “Reducing inequalities”, which has indirect effects on health. Indicators such as income inequality, coverage of health services, impoverishment due to out-of-pocket health expenditures, the share of the labor force in GDP, and relative poverty were examined. In line with the data, it has been observed that to

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.
nkalayci@medipol.edu.tr.

increase universal health coverage, which is the most important indicator for reducing health inequalities, the sustainability of these opportunities is as important as the income and social protection opportunities provided. Additionally, ensuring the adaptation of health systems to the changing structure of society, and being able to respond to the changing health demand without increasing the financial burden of individuals' health expenditures, are also crucial for achieving universal health coverage and ensuring health equity. Decisions to reduce health inequalities based on political stance should be integrated into institutional policies to cover all aspects of health policies and when necessary national and international collaborations should be used to take advantage of medical innovations.

Keywords: Sustainable Development Goals, Universal Health Coverage, Health, Inequality.

JEL Classification Codes: I14, I15, Q01.

EXTENDED SUMMARY

Research Questions & Purpose

The 2030 Agenda represents an action plan established by the United Nations with the objective of achieving sustainable development on a global scale. The plan is structured around 17 Sustainable Development Goals (SDGs). It can be argued that there is a strong correlation between health and the other 16 SDGs. SDG 3, which places an emphasis on health and well-being, includes targets designed to reduce health inequalities. Moreover, SDG 10, which aims to reduce disparities, includes targets that indirectly impact upon health. This study examines the relationship between SDG 3 and SDG 10 in regard to health inequalities. Consequently, the evolution of performance indicators associated with SDG 3 and SDG 10, which seek to diminish health disparities, has been subjected to scrutiny over the span of 2004 to 2022 in the N-11 countries (Bangladesh, Indonesia, Philippines, South Korea, Iran, Mexico, Egypt, Nigeria, Pakistan, Turkey, and Vietnam).

The principal aim of this study is to identify the most efficacious strategies for reducing health inequalities in the N-11 countries. Furthermore, this research aims to examine the types of policies that have been implemented to address these inequalities and to identify any additional measures that may be required to achieve more favourable outcomes.

Literature Review

Despite the existence of a substantial corpus of literature on health inequalities, this study primarily analyses these inequalities in terms of income or income distribution. In addition to the findings of seminal studies on the absolute income hypothesis, the comparative income hypothesis and the income inequality hypothesis (Kawachi & Kennedy, 1999; Wildman, 2003; Deaton, 2003; Wilkinson & Pickett, 2006), this study also incorporates the insights of more recent research, including studies by Lous & Graafland (2022), Aung et al. (2021), Hiyoshi et al. (2023), Callander & Topp (2020) and Nguyen et al. (2021).

An increasing number of studies are examining the relationships between the Sustainable Development Goals (SDGs). A review of the literature on the relationship between health and inequality in the context of the SDGs reveals a notable emphasis on studies examining the role of universal health coverage (Hosseinpoor et al., 2018; WHO, 2019a). As evidenced by this study and others, the achievement of universal health coverage and the avoidance of the

financial implications of healthcare expenditure necessitates a collaborative global approach. In addition to national policies. Furthermore, as Fuchs (1992) posits, the proposition is put forth that the scope of services to be furnished for fundamental healthcare should be delineated in accordance with prevailing circumstances and real income levels, while also guaranteeing access to basic healthcare.

Methodology

This research project entails a comparative analysis of data from the N-11 countries between the years 2004 and 2022. The analysis is focused on indicators that are linked to two specific Sustainable Development Goals (SDGs): SDG 3, which is concerned with “Good Health and Well-being,” and SDG 10, which is concerned with “Reduced Inequality.” SDG 3 is concerned with improving health indicators, with a particular focus on SDG 3.8, which encompasses the establishment of universal health coverage, the guarantee of access to quality essential healthcare services, and the provision of affordable essential medicines and vaccines. The indicators under examination are SDG 3.8.1, which gauges the extent of coverage of essential health services, and SDG 3.8.2, which assesses the proportion of the population experiencing high out-of-pocket health expenses. With regard to SDG 10 and its impact on health inequalities, the study addresses SDG 10.2, which aims to guarantee the inclusion and empowerment of all individuals by 2030, regardless of various factors. The indicator under examination is SDG 10.2.1, which gauges the proportion of individuals residing below the median income threshold. Furthermore, in relation to SDG 10.4, which is concerned with the formulation of policies aimed at achieving greater equality, the study considers SDG 10.4.1, which assesses the proportion of labour income in GDP, and SDG 10.4.2, which evaluates the Gini coefficient. The data pertaining to income inequality, the inclusiveness of health services, impoverishment resulting from out-of-pocket health expenditures, the proportion of labour income in GDP, and relative poverty are presented statistically through graphs and tables for these indicators.

Results and Conclusion

The findings of this study illustrate the imperative for decisive action to tackle health inequalities in the N-11 countries in light of the performance indicators set out in SDG 3 and SDG 10, which are designed to reduce health disparities. It is of the utmost importance to improve health outcomes for the population in the N-11 countries, increase access to health services and enhance the quality of these services, given the considerable potential of their large population. It is of the utmost importance that each country adapt its health and economic policies in order to reduce existing barriers and further enhance the current situation.

It is important to emphasise that policies designed to reduce health inequalities must encompass not only initiatives to enhance living conditions but also measures to foster education, social skills, employment, and working conditions. Moreover, it is vital to implement policies that facilitate the monitoring of health system dynamics and ensure that these systems possess the requisite capacity to adapt to the evolving structure of society.

1. Giriş

Ekonomik kalkınma, bir ülkenin üretim yapısında katma değeri yüksek ürünlerin üretimindeki artışla beraber, yaratılan hasılanın gelir grupları arasında adil bir şekilde dağılımının sağlanmasını, toplumsal refah artışını ve bunun sonucunda meydana gelen toplumsal iyileşmeyi ifade etmektedir (Koç, 2021). Sürdürülebilirlik ise en geniş kapsamıyla, bir toplumun, ekosistemin veya devam eden herhangi bir sisteme ait temel kaynakların aşırı yüklenme yoluyla düşüşe zorlanmadan belirsiz bir gelecekte işlemeye devam etme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Gilman, 1992). Sürdürülebilir kalkınma anlayışının bugünkü noktaya ulaşmasında önemli bir dönüm noktası olan Brundtland raporu (1987)'nda sürdürülebilir kalkınma, gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılama olanaklarını ellerinden almadan şimdiki neslin ihtiyaçlarının karşılanabildiği gelişme süreci olarak ifade edilmiştir.

Birleşmiş Milletler'in "Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi" ile kabul edilen ve bu çerçevede belirlenen 17 amaç ve 169 alt hedef doğrultusunda küresel kalkınma için ekonomik, çevresel ve sosyal alanlarda ilerleme sağlanması tüm ülkeler için bir zorunluluk haline gelmiştir (Griggs vd., 2017). Ekonomi, çevre ve sosyal yaşama dair en önemli parametrelerden biri sürdürülebilir kalkınma amaçlarından üçüncüsü olan sağlık ve kaliteli yaşam (SKA 3) başlığıdır. SKA3, diğer 16 sürdürülebilir kalkınma amacı ile oldukça bağlantılıdır. Bu bağlantının temel nedeni sağlığın tüm hedefler ile ilişki içerisinde olmasıdır. Sağlıkla ilişkili göstergeler arasında yer alan çocukların beslenme durumu, beş yaş altı çocuk ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi, temiz içme suyuna erişim oranı, temel sağlık hizmeti alabilen nüfusun oranı, bulaşıcı çocuk hastalıklarına karşı aşılama gibi göstergelerde içinde bulunduğumuz yüzyılda önemli iyileşmeler sağlanmıştır (Deaton, 2013). Dünya üzerindeki ülkelerde bu önemli iyileşmelerden hiç yararlanamamış ya da yapılan iyileştirmelere rağmen sağlık eşitsizliklerinin yaşandığı ülkeler bulunmaktadır. Bu duruma etki eden pek çok faktör söz konusudur. Maddi yaşam koşullarındaki farklılıklar dolayısıyla refah düzeyi, yoksulluk, eğitim, siyaset, iş dünyası, iklim, yaşanılan coğrafya, savaşlar gibi pek çok neden sağlık eşitsizliklerin oluşmasına neden olan faktörler arasında sıralanabilir. Dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinin temel nedenleri olan ekonomi, eğitim, barınma, çevre gibi sosyal belirleyicilere müdahale edilmesi gerekmektedir (Marmot, 2024). Saydığımız faktörler etkileri bilinen ve önlem alınabilecek düzeydeki faktörlerdir. Ancak tüm dünya pandemi, afetler, savaşlar, jeopolitik riskler, siyasi çatışmalar gibi sağlık sonuçlarına etki edebilecek faktörler için de tedbirler alınması gerektiği gerçeğiyle karşı karşıyadır. COVID-19 pandemisi, Rusya-Ukrayna arasındaki savaş, İsrail'in Gazze'de gerçekleştirdiği elim saldırılar nedeniyle sağlık sisteminin büyük ölçüde zarar gördüğü göz önünde bulundurulduğunda sağlık için politik düzeyde atılacak adımların son derece önemli olduğu görülmektedir.

Temel amacı "kimseyi geride bırakmamak" olan sürdürülebilir kalkınma amaçları ile Birleşmiş Milletlere üye ülkeler tarafından sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik hedefler belirlenmiştir. Bu çalışmada, sağlığın tüm sürdürülebilir kalkınma amaçları ile arasında bir korelasyon olduğu temel varsayımı doğrultusunda özellikle SKA3 ve SKA10'da yer alan ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasını hedefleyen performans göstergeleri için N-11 (Next Eleven) ülkelerinde (Bangladeş, Endonezya, Filipinler, Güney Kore, İran, Meksika, Mısır, Nijerya, Pakistan, Türkiye ve Vietnam) 2004-2022 yılları arasındaki gelişim seyri ele alınmıştır.

N-11 ülkelerinin seçilmiş olmasının temel nedenlerine gelince öncelikle, Güney Kore (yüksek gelirli ülkeler grubunda yer almaktadır) dışındaki ülkelerin Dünya Bankasının gelir grubu sınıflandırmasında orta gelir grubunda yer alması, bu ülkelerin yatırım bankası Goldman Sachs tarafından BRICS’le birlikte dünyanın en büyük ekonomileri arasında yer alma potansiyeli taşıyan ülkeler olarak görülmesidir (Sachs, 2007). İkinci neden, N-11 ülkelerinin sahip olduğu nüfus (yaklaşık 1,8 milyar) ile küresel sağlık için taşıdığı önemdir. Bu ülkelerde yaşayan nüfusun sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi sağlık göstergelerinin ve küresel hastalık yükünün azaltılmasına katkı sağlayabilir. Üçüncü neden, Güney Kore ve Türkiye gibi ülkelerin, evrensel sağlık sigortasına ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde kaydettiği ilerlemelerle Nijerya ve Pakistan gibi sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından sorunlar yaşayan ülkelere sağlık sistemlerini iyileştirmesi açısından yardımcı olabilecek küresel ortaklıkların kurulmasına da katkı sağlama potansiyeli taşımasıdır (Faster Capital, 2024).

Çalışmada N-11 ülkeleri için saptanan göstergelerin zaman içerisinde gösterdiği değişimler dikkate alınarak karşılaştırmalı bir analiz gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte N-11 ülkelerinde sağlık eşitsizliklerini azaltmak için ne tür politikalar uygulandığı ele alınarak daha iyi sonuçlar elde edebilmek için neler yapılması gerektiği soruları cevaplanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, çalışma girişin ardından iki bölüm şeklinde yapılandırılmış olup ikinci bölümde kalkınma, sürdürülebilir kalkınma ve sağlık ilişkisi kavramsal olarak ele alınmış ve yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Üçüncü bölümünde sürdürülebilir kalkınma amaçlarının sağlıkta eşitsizliğe neden olan faktörleri önlemeyi hedefleyen performans göstergeleri açısından N-11 ülkelere ilişkin 2004-2022 yılları arasındaki ulaşılabilen veriler incelenmiştir. Bazı göstergelerde 2020 yılına kadar olan veriler temin edilebilmiştir. Bu husus çalışmanın başlıca kısıtını oluşturmaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve: Kalkınma, Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık

Kalkınma, bir ülkenin üretimindeki ve gelirindeki artışla birlikte ekonomik, sosyal, kültürel ve politik özelliklerinde gerçekleşen yapısal değişimdir (Gündüz & Yılmaz, 2021: 242). Ülkelerin kalkınma sürecinde eş anlı olarak ilerlemek durumunda oldukları temel öğeler; ekonomik kalkınma, sosyal kalkınma ve insani kalkınmadır. Ekonomik kalkınma, mal ve hizmetlerin gelişmiş bir ekonomik yapı içinde üretimi sonucunda refah artışını; sosyal kalkınma, sağlık, eğitim, altyapı ve çevresel sorunlar ile mücadele ederek yaşam koşullarının iyileştirilmesini; insani kalkınma, bireylerin/toplumların sahip olduğu potansiyelden ülkenin gelişimine olumlu katkılar sağlayacak yönde yararlanılmasını ifade etmektedir (Tolunay & Akyol, 2006: 119).

Sağlık, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak daha verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı & Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 1). Bu bağlamda ele alındığında sağlıklı bireylerin, üretkenlik düzeyi daha yüksek olduğundan yüksek gelir elde etme potansiyellerinin arttığı bilinmektedir. Artan eğitim düzeyi daha yüksek geliri teşvik etmektedir. Sağlıklı bireyler daha uzun süre çalışma potansiyeline sahiptirler. Bu nedenle daha geç emeklilik ve daha az hastalık riski taşımaktadır. Bununla birlikte sağlıklı bireylerin tasarruf ve yatırım yapma olasılıkları uzun yaşam beklentisiyle paralel olarak daha yüksektir (Acar & Topdağ, 2022: 271; Bloom & Canning, 2000: 1207; World Health Organization [WHO], 2019a). Sağlıklı bir nüfus, beşeri sermayenin

gelişmesine ve ekonomik üretkenliğe katkı sağlarken, iş gücünün büyüklüğüne ve verimliliğine de etki etmektedir. Sağlıklı bir nüfusa sahip olan bir ülkede ekonomik büyüme oranının da bu durumdan olumlu yönde etkilendiği bilinmektedir (Heller, 2007: 8). Bireylerin sosyo-ekonomik olarak konumu ne kadar düşükse sağlıklı olma ihtimali de o kadar düşüktür (WHO, 2021a). Dolayısıyla sağlık iktisadi kalkınma için olduğu kadar, sosyal ve insani kalkınma öğeleri açısından da önem taşımaktadır.

Ekonomik kalkınmanın önemli parametrelerinden biri olan sağlığın bir ülkenin politika ve kurumlarından, insan sermayesi düzeyinden, sağlık sektörünün mevcut teknolojik yapısından, daha iyi sağlığa bağlı olarak gelir ve yoksulluğun azaltılmasına katkı sağlayan büyümeden etkilenen bir alan olduğu görülmektedir (Sachs, 2001: 27). Sağlığın sürdürülebilir kalkınma ile olan ilişkisi kapsamında öncelikle kavramsal olarak sürdürülebilir kalkınma, ekonomik büyüme ve çevre arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir (Asefa, 2005). Sürdürülebilir kalkınma kavramının tarihsel gelişimine bakıldığında çevreyle olan ilişkisi Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı (1972), Dünya Doğa Bildirgesi (1982) daha sonra sürdürülebilir kalkınma kavramını öne çıkaran Brundtland Raporu (1987), Dünya Zirvesi (1992), Dünya Sosyal Kalkınma Zirvesi (1995) ve Rio+20 zirvesinde ele alınmıştır. Bununla birlikte kalkınmaya yönelik evrensel bir yaklaşım ortaya koyan Binyıl Kalkınma Hedefleri ve bu hedeflerin devamı olan “Gündem 2030: BM Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları” oldukça önemli adımlardır (Hak vd., 2016: 565, Sach, 2012: 2206; T.C. Dış İşleri Bakanlığı, 2022). Böylece sürdürülebilir kalkınma, çevresel kaygıların kalıcı ekonomik büyümeyi ve sınırlı doğal kaynakların verimli kullanılmasını sağlayamaya yönelik kaygılara dönüşmesiyle sosyal ve ekonomik politikalar açısından da önem kazanmıştır (Gedik, 2020).

Literatürde sürdürülebilir kalkınmaya yönelik tanımlamalarda dikkat çeken unsur Brundtland raporu (1987)’nda yer verilen tanımın sahip olduğu ilkeler ve değerler doğrultusunda sürdürülebilir kalkınmanın ihtiyaçların karşılanması açısından nesiller arası eşitliği sağlamaya yönelik faaliyetleri ifade etmesidir (Mensah & Ricart Casadevall, 2019; Menteş, 2023). Bu bağlamda sürdürülebilir kalkınma “*mevcut ve gelecek insan nesillerinin sosyal ve ekonomik ihtiyaçları ile doğal çevrenin korunması veya aşırı zarar görmesini önleme zorunluluğu arasında denge kurmaya çalışan sosyal, ekonomik ve çevresel planlama yaklaşımı*” şeklinde tanımlanmaktadır (Kulik, 2024). Ekonomistler, ekolojistler ve biyologlar sürdürülebilir kalkınmayı, çevresel bozulmanın maliyetlerini hesaba katarak insanlığa uzun vadeli net faydaları en üst düzeye çıkaran yol olarak tanımlamaktadır. Burada ifade edilen net faydalar ise gelir kazanımı, yoksulluğun ve işsizliğin azaltılması değil daha sağlıklı yaşam koşullarını ifade etmektedir (Gillis, 2005: 19). Menteş (2023), yoksulların temel ihtiyaçlarının karşılanması ile teknoloji ve sosyal organizasyon kullanımı yoluyla gelecek nesillerin ihtiyaçlarından ödün vermeksizin mevcut neslin ihtiyaçlarının karşılanmasının sürdürülebilir kalkınmanın tanımında önem taşıyan temel hususlar olduğunu vurgulamaktadır. Sachs (2012)’a göre sürdürülebilir kalkınma, insan refahına yönelik üçlü sonuç yaklaşımını benimsemektedir. Bu yaklaşıma göre hemen hemen tüm dünya toplumları, ekonomik kalkınma, çevresel sürdürülebilirlik ve sosyal içermenin bir kombinasyonunu amaçladıklarını kabul etmekle birlikte belirli hedefler toplumlar arasında ve içinde farklılık göstermektedir. Önder (2020: 14), ülkelerin ekonomik ilerleme sağlayabilmesi için çevre ve sosyal gelişimi sağlayacak destekleri sürdürülebilir kalkınma olarak tanımlamaktadır.

Sürdürülebilir kalkınmanın sosyal, ekonomik ve çevresel olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır (Arya vd., 2020). Sağlığın kalkınma ile olan ilişkisi sağlığın sosyal belirleyicileri olarak ifade edilen unsurlar ile de ilişkilendirilmektedir. Bu unsurlar: “Yaşama sağlıklı başlamak, eğitim, ekonomi, işsizlik ve iş güvenliği, istihdam ve çalışma koşulları, gıda güvenliği, bağımlılık, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma durumu, sosyal dışlanma ve sosyal destek” ten oluşmaktadır (Kiraz, 2019). Sağlık ve sosyal koşullar arasındaki bu karşılıklı bağımlılık Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile somutlaştırılmıştır. Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi, ekonomik, sosyal ve çevresel olmak üzere bu üç boyutta sürdürülebilir kalkınmayı bütünlük bir şekilde gerçekleştirmeye yönelik küresel bir taahhüt olarak değerlendirilmektedir (United Nations, 2015: 7). Sürdürülebilir kalkınma amaçları ise küresel olarak yoksulluğa son vermek, Dünya’yı korumak, insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak için evrensel bir eylem çağrısı olarak tanımlanmaktadır (Birleşmiş Milletler - Türkiye, 2021). Sürdürülebilir kalkınma amaçları, Birleşmiş Milletlere üye 191 ülkede 2030 yılına kadar gerçekleşmesi hedeflenen 17 ana, 169 alt hedeften oluşmaktadır. Alt hedeflere ilişkin 232 gösterge bulunmaktadır (WHO, 2022a). Sürdürülebilir kalkınma amaçlarına Tablo 1’de yer verilmiştir.

Tablo 1: Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları

| Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları |
|--|
| SKA 1: Yoksulluğa Son |
| SKA 2: Açlığa Son |
| SKA 3: Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam |
| SKA 4: Nitelikli Eğitim |
| SKA 5: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği |
| SKA 6: Temiz Su ve Sanitasyon |
| SKA 7: Erişilebilir ve Temiz Enerji |
| SKA 8: İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme |
| SKA 9: Sanayi, Yenilikçilik ve Altyapı |
| SKA 10: Eşitsizliklerin Azaltılması |
| SKA 11: Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar |
| SKA 12: Sorumlu Üretim ve Tüketim |
| SKA 13: İklim Eylemi |
| SKA 14: Sudaki Yaşam |
| SKA 15: Karasal Yaşam |
| SKA 16: Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar |
| SKA 17: Amaçlar için Ortaklıklar |

Kaynak: United Nations, 2024a.

Sağlıklı ve kaliteli yaşam SKA3 olarak tanımlanan sürdürülebilir kalkınma amacını ifade etmekte olup diğer sürdürülebilir kalkınma amaçlarına ulaşılması için de önemli bir amaç olduğu söylenebilir. COVID-19 pandemisi ile yaşanan sağlık krizinin neden olduğu sonuçlar sağlığın önemini bir kez daha hatırlatmıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (2020), 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarına ulaşmak için giderek daralan zaman nedeniyle sağlık sistemleri ve sağlık altyapısına yönelik yatırımların artırılması gerektiğine ve sağlık sistemlerine yönelik hiçbir şey yapmanın maliyetinin toplumların karşılayamayacağı bir maliyet olduğuna vurgu yaparak, liderleri taahhütlerinden sorumlu tutmaya davet etmiştir (WHO, 2020).

Sürdürülebilir kalkınmaya etki eden ekonomik, sosyal ve çevresel faktörlerin birbiriyle olan etkileşiminin merkezinde sağlığın ön plana çıkan bir kavram olması nedeniyle, SKA 3, *Sağlık ve Kaliteli Yaşam* başlığı diğer 16 hedef ile yakından ilişki içindedir (WHO, 2022a; İşleyen, 2019: 67). Yaşam beklentisinin artması, temiz suya ve daha iyi gıdaya erişimin artması, COVID-19 pandemisi öncesinde bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele için çözüm arayışlarının daha yoğun olması gibi konularda sağlığın ve sağlık sektörünün rolü sürdürülebilir kalkınma hedefleri ile benzer misyonlara sahiptir (Morgon, 2014: 3). Saydığımız bu faktörlerin hepsi aynı zamanda eşitsizliklerin azaltılması ile ilgili olduğundan bu çalışmada sağlığa yönelik eşitsizliklerin azaltılması için neler yapılabileceğinin incelenmesi temel araştırma sorusunu oluşturmaktadır.

2.1. Literatür Taraması

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halini ifade etmektedir (WHO, 1978). Sosyal açıdan sağlığa etki eden faktörler sağlığın sosyal belirleyicileri olarak ifade edilmekte olup insanların gündelik yaşamını sürdürmesine etki eden ekonomik ve sosyal koşullar ile politikalar yanında siyasi sistemlerin neden olduğu sonuçları da içermektedir (Akdemirel, 2024: 67). İnsanların doğduğu, yaşadığı ve çalıştığı koşullar nedeniyle sağlığın sosyal belirleyicilerine atfedilebilen, önlenilebilir ve haksız sağlık durumu farklılıkları sağlık eşitsizlikleri olarak tanımlanmaktadır (Bucciardini vd., 2023).

Literatürde sağlık eşitsizlikleri; gelir dağılımındaki adaletsizliğe bağlı olarak ortaya çıkan sağlık eşitsizlikleri, sağlık sistemine erişimdeki eşitsizlikler, sağlık harcamalarının neden olduğu yükün neden olduğu eşitsizlikler gibi yönlerden ele alınmaktadır. Sağlık ve eşitsizlik arasındaki bağı gelir ya da gelir dağılımı üzerinden ele alan çalışmalarda mutlak gelir hipotezi, karşılaştırmalı gelir hipotezi ve gelir eşitsizliği hipotezi olmak üzere üç farklı hipotez ileri sürülmüştür. Mutlak gelir hipotezi, bireysel sağlığın bireyin gelirinin fonksiyonu olduğunu öne sürmektedir (Wildman, 2003). Mutlak gelir hipotezinin çıkarımları şu açıdan önem taşımaktadır. Ortalama gelir ve gelir eşitsizliğinin sağlık üzerindeki farklı etkilerinin ekonomik kalkınma ile değiştiğini ve yoksullar arasında gelirin sağlık üzerindeki etkisinin daha büyük olduğunu zengin ülkelerde ise ortalama gelirin daha az, gelir eşitsizliğinin nispeten daha önemli olduğu ifade edilmektedir (Deaton, 2003). Karşılaştırmalı gelir hipotezi, bireysel sağlık düzeyinin, toplumun ortalama gelir düzeyine bağlı olduğunu öne sürmektedir (Bozma vd., 2018).

Gelir eşitsizliği hipotezi ise bireysel sağlığı gelir düzeyi ve toplumdaki gelir eşitsizliğinin bir fonksiyonu olarak görmekte ve mutlak gelire ilave olarak gelir dağılımının da sağlık sonuçları üzerinde etkileri olduğunu öne sürmektedir (Çukur & Bekmez, 2012). Bu bağlamda,

Wilkinson (1992)'un, gelişmiş ülkelerdeki gelir dağılımı ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi ele aldığı çalışmasında gelir dağılımındaki eşitsizliğin sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmiştir. Bir diğer çalışmada Wilkinson (1997), gelişmiş ülkelerde ölüm oranının mutlak yaşam standartlarından ziyade görelî yaşam standartlarından etkilendiğine ve özellikle sosyal hiyerarşiye bağlı sağlık eşitsizliklerinde psikososyal koşulların etkili olabileceğine işaret etmiştir. Toplumda gelir eşitsizliğinin azalmasının aslında hiyerarşiden kaynaklanan sosyal bölünmeleri de azaltabileceğine işaret etmiştir.

Gelir eşitsizliği ile ilgili Kawachi & Kennedy (1999)'nin çalışmasında gelir eşitsizliğinin sonuçlarından biri olan olumsuz sağlık sonuçlarına etki eden mekanizmalar; beşeri sermayeye yatırım eksikliği, sosyal bağların bozulması ve sosyal sermayenin aşınması, görelî yoksunluğun olumsuz psikolojik etkileri olarak kategorize edilmektedir. Wilkinson & Pickett (2006)'in gelir dağılımı ile nüfus sağlığı arasındaki ilişkiye ilişkin 155 araştırmanın sonuçlarını meta analiz yöntemiyle incelediği çalışmalarında gelir dağılımının sağlıkla ilişkili olduğu ve bir toplumdaki sosyal sınıf farklılıklarının bir ölçüsü olarak hizmet ettiği belirtilmiştir. Deaton (2003) ise gelir eşitsizliğinin sağlık üzerindeki etkileri yerine, gelirin sağlığı iyileştirmedeki rolünün, sağlığın gerçekten gelirden mi yoksa eğitim, servet, kontrol veya statü gibi ilişkili faktörlerden mi kaynaklandığının bilinmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Sağlık eşitsizliklerine gelir eşitsizliği yaklaşımını eleştiren ve durumu sınıfsal bir yaklaşımla açıklayan Courn (2004)'un çalışması neoliberal politikaların, gelir eşitsizliğinin artmasına, yoksulluğa ve sağlıkla ilgili diğer birçok kaynağa eşitsiz erişime yol açtığını ve gelir eşitsizliğinin ötesine geçilerek sağlığın sosyal belirleyicilerinin daha geniş bir perspektiften ele alınması gerektiğini belirtmektedir.

Gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan daha yakın tarihli çalışmalar incelendiğinde Lous & Graafland (2022) çalışmalarında gelir eşitsizliğinin özellikle alt gelir gruplarını ilgilendiren bir konu olduğunu ancak gelir eşitsizliğinin zararlı etkisinin diğer gelir gruplarının yaşam memnuniyetine de yansıdığını belirtmektedir. Aung vd. (2021)'nin 199 ülkenin verilerini içeren ve farklı gelir kategorilerine sahip ülkeler arasında pandemi döneminde vaka ölüm oranını karşılaştıran COVID-19 ölüm analizi çalışmasının sonucunda pandeminin zayıf sağlık sistemine kolaylıkla nüfuz edebileceği, yoksul ülkelerdeki hastanelere ve klinik hizmetlere aşırı yük bindirebileceği ifade edilmiştir. Bu bulguya dayanarak, zenginler ile yoksullar arasındaki sağlık eşitsizliğinin COVID-19 pandemisi nedeniyle daha da kötüleştiği belirtilmiştir. Hiyoshi vd. (2023)'nin Japonya'da ekonomik durgunluğun yaşandığı 1992-2013 yılları için yürüttükleri çalışmalarında refahın yaygınlığı tüm nüfus grupları için azalırken düşük ekonomik büyümenin olumsuz nüfus sağlığına dönüşmediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte çalışmada yüksek gelirli ülkeler için düşük ekonomik büyümenin iyi nüfus sağlığı ile uyumlu olabileceği olasılığı vurgulanmaktadır. Callander & Topp (2020)'un tropik bölgelerdeki sağlık eşitsizliğinin mevcut durumunu değerlendirmeyi ve bu eşitsizliğin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla üzerindeki etkisini tahmin etmeyi amaçlayan çalışmalarında doğrusal olmayan En Küçük Kareler Yönteminden (EKK) yararlanarak tropik bölgelerde sağlıkta artan bir eşitsizlik olduğu ve bu eşitsizliğin düşük gelirli ülkeler için önemli bir ekonomik maliyete neden olduğu belirtilmiştir.

Nguyen vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada Vietnam'da cinsiyet, etnik köken, coğrafi alanlar ve sosyoekonomik gruplar arasında mevcut olan eşitsizlikler ulusal düzeyde ve Vietnam'daki alt popülasyonlar açısından ele alınmıştır. Bayes Modelinden yararlanarak

yürüttükleri çalışmalarında bulaşıcı olmayan hastalık yönetiminde yavaş ilerleme olduğunu ortaya koyarak 2030 hedeflerine ulaşma olasılığının düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmada sağlık sistemi ve tesislerinin sürekli iyileştirilmesinin, kaynakların coğrafi alanlar arasında dağıtılmasının ve eş zamanlı olarak ekonomi, eğitim ve toplumsal cinsiyete yönelik müdahale ve programların entegre edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Feng vd. (2024)'nin çalışmalarında, Vietnam'daki sağlık eşitsizlikleri ele alınmıştır. Kişi başına düşen sağlık bütçesi, kişi başına düşen sağlık personeli, toplum düzeyinde kişi başına düşen sağlık personeli ve toplum düzeyinde kişi başına düşen hastane yatakları da dahil olmak üzere dört gösterge açısından sağlık kaynaklarındaki eşitsizlikler incelenmiştir. Sağlık donanımındaki iyileşmelere rağmen profesyonel sağlık çalışanlarının tahsisi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda varlıkları ve yoksul bölgeler arasında eşitsizliklerin devam ettiği, sağlığa yönelik yatırımların artırılması, verimliliğe odaklanması ve hizmet kapasitesini güçlendirecek sağlık politikalarına odaklanması gerektiğinin altı çizilmiştir.

Rachmad vd. (2020)'nin Endonezya, Pakistan ve Filipinler üzerinde yürüttüğü çalışmalarında sağlık eşitsizliği ve yoksunluğu ele almıştır. Çalışma, 1980'lerden bu yana üç ülke arasında çocuk ölüm oranlarında eşitsizliğin arttığını ve yaşam beklentisinde ise eşitsizliğin azaldığını ortaya koymaktadır. Septiono (2023)'nin çalışmasında Endonezya'da sağlık finansmanındaki eşitsizliklerin azaltılması için bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine işaret edilmiş hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması için çok sektörlü iş birliğinin önemine değinilmiştir. Nezamoleslami vd. (2022)'nin İran'da sağlık eşitsizliğinin sağlanmasında karşılaşılan zorluklar üzerine gerçekleştirdikleri çalışmalarında sağlık hizmetlerine adil erişimin gerçekleşmesi için kültürel, finansal, coğrafi, sosyal ve dini engeller dahil mevcut engellerin ele alınması, sağlık hizmetlerine erişimin üç temel aşaması (kabul edilebilirlik, uygunluk ve ulaşılabilirlik) ile biyoetik dört ilkenin (adalet, özerklik, iyilikseverlik ve zarar vermeme) göz önünde bulundurulması, sağlık sisteminin yapısının eşitliği sağlamaya yönelik yöntemlerle uyumlu hale getirilmesi gibi politika önerilerinde bulunmuşlardır.

Çukur & Bekmez (2011)'in çalışmasında mutlak gelir ve gelir eşitsizliği hipotezleri çerçevesinde Türkiye'de gelir ve gelir eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi, 1975-2001 yıllarına ilişkin veriler doğrultusunda havuzlanmış EKK ve panel veri analizi yöntemleri ile incelemiştir. Çalışmada bebek ölümleri üzerine yapılan havuzlanmış EKK sonuçları gelir eşitsizliği hipotezini destekler yönde bulunmuş olup gelir düzeyinin artırılması yanında bölgesel farklılıkların azaltılmasına yönelik politikaların izlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Çukur ve Bekmez (2012)'in çalışmasında, Türkiye'de gelir eşitsizliği ile algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişki "Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003" araştırmasının verileri kullanılarak incelenmiştir. Çalışmada Türkiye'de gelir eşitsizliği hipotezini destekler bulgulara ulaşılmıştır.

Literatürde sürdürülebilir kalkınma amaçları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar her geçen gün artış göstermektedir. SKA'ları temel alarak sağlık ve eşitsizlik konusunu araştıran çalışmalar incelendiğinde, evrensel sağlık kapsayıcılığına yönelik araştırmaların öne çıktığı görülmektedir (Hosseinpoor vd., 2018; WHO, 2019a). Evrensel sağlık kapsayıcılığını sağlık sisteminin dayanıklılığı ve sağlık güvenliği açısından ele alan Debie vd. (2024)'nin çalışmalarında yüksek siyasi kararlılık, toplum temelli planlama ve çok sektörlü işbirliğinin evrensel sağlık kapsayıcılığı ve sağlık güvenliğinin gerçekleştirilmesinde kritik öneme sahip

olduğu, tam tersine sağlık hizmetlerine erişim eksikliği, adaletsiz sağlık hizmetleri, zayıf gözetim, zayıf liderlik ve gelir eşitsizliklerinin evrensel sağlık kapsayıcılığı ve sağlık güvenliğine ulaşmanın önündeki kısıtlar olduğu belirtilmiştir. Evrensel sağlık kapsayıcılığını Bangladeş'te cepten yapılan sağlık harcamalarına karşı finansal risk koruması açısından inceleyen Rahman vd. (2022)'nin çalışmalarında cepten yapılan harcamaların 2005 ile 2016 arasında iki katına çıktığı, bu durumun evrensel sağlık kapsayıcılığına zarar verdiği ve 2030 yılına kadar sürdürülebilir kalkınma amaçlarına ulaşmada önemli bir zorluk olduğu belirtilmiştir.

Evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmanın önündeki en önemli engeli oluşturan sağlık eşitsizliklerinin nedenleri düzenli bir gelire ve işe sahip olunamaması, sınırlı istihdam olanakları, kötü çalışma koşulları, kötü konut koşulları, güvensiz mahalleler, okulu ve eğitimi erken bırakma, ihtiyaç anlarında yetersiz finansal koruma, sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz ya da kötü olması, cinsiyet, etnik köken ve cinsellik temelinde ayrımcı uygulamalara karşı yetersiz yasal koruma gibi faktörler sıralanmaktadır (WHO, 2019a: 17). Örneğin Gutierrez vd. (2020)'nin sağlığa erişimi etkileyen sosyal eşitsizliklerden hareketle Meksika'nın eyaletleri için sağlıkla ilişkili sürdürülebilir kalkınma göstergelerini analiz ettikleri çalışmalarında Meksika'da sağlıkla ilişkili sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin çoğunda ilerleme kaydedildiği ancak 43 gösterge 30'u açısından Meksika eyaletleri arasında eşitsizlikler bulunduğu tespit edilmiştir. Ulusal düzeyde alınacak politik tedbirler ile eşitsizliğe neden olan eğilimlerin değiştirilebileceği belirtilmiştir. Rasanathan & Diaz (2016)'ın çalışmalarında sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için sürdürülebilir kalkınma amaçlarına ulaşmaya ve sağlıkta eşitsizliklerinin önemli ölçüde azaltılmasına yönelik politika ve müdahalelerin nasıl uygulanacağına ilişkin çabaların artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Hosseinpoor vd. (2018)'nin çalışmasında Endonezya'da sağlık eşitsizliklerinin izleme sürecinde atılan adımlar için veri temelli analiz, paydaş katılımı ve politika geliştirme adımlarından oluşan kapsamlı bir sürecin yürütüldüğü belirtilmiş ve SKA3'ün hedeflerinden biri olan evrensel sağlık kapsayıcılığının eşitlik fikrine dayandığının altı çizilmiştir. Barron vd. (2023)'nin çalışması evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşılması ve sağlık için küresel ortaklıkların oluşturulması yoluyla acilen tedbir alınması için bir çağrı niteliği taşımaktadır. Çalışmada yeni bir pandemi, iklim değişikliği, artan çatışmalar ya da tehditler için küresel olarak hazır olunmadığına ve savunmasız grupların bu tehditlerden daha az etkilenmesi ve sağlık hizmetlerine finansal güçlük çekmeden ulaşabilmesi için alınması gereken önlemlere değinilmektedir.

Bu çalışmada, sürdürülebilir kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık ekonomik eşitsizlikler ile olan ilişkisi açısından ele alınmıştır. Evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefine ulaşılması ve sağlık harcamalarının neden olduğu finansal yıkımın etkilerinin önlenmesi için ortak eylemlerin atılmasının gerektiği argümanı savunulmaktadır. Dolayısıyla Fuchs (1992)'un da belirttiği gibi temel sağlık hizmetlerine erişim sağlanması yanında temel sağlık hizmetleri için sağlanacak hizmet içeriğinin de günümüz koşullarına, reel gelir düzeyine ve hiç kimsenin sağlık hizmetlerinden mahrum kalmamasını sağlayacak şekilde güncellenmesi gerekmektedir.

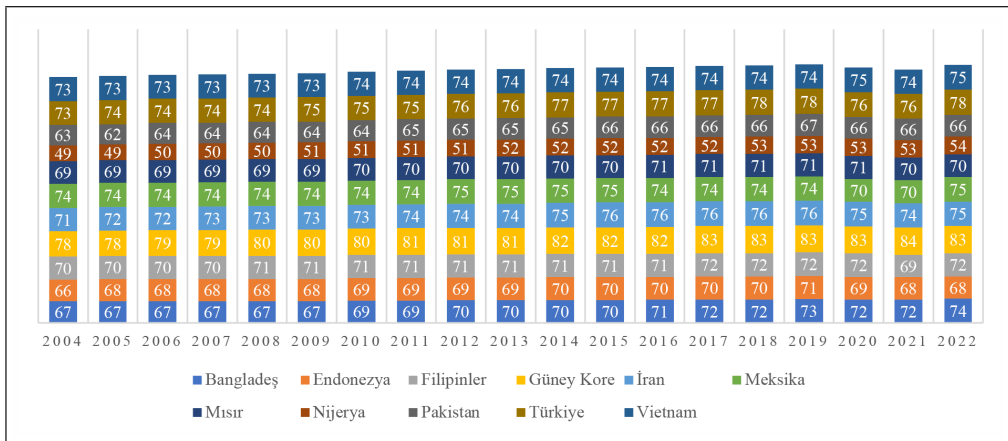
3. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ve Sağlıkta Eşitsizlik

SKA'lar ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkinin N-11 ülkelerinin verilerinden hareketle incelendiği bu çalışmada sağlık eşitsizlikleri ile mücadele amacı taşıyan sürdürülebilir kalkınma amaçları kapsamında saptanan performans göstergeleri ele alınmıştır. Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi belirten göstergelere yer vermeden önce

N-11 ülkelerine ilişkin genel bir bilgilendirmeye yer verilmesi, çalışmada neden bu ülke grubuna yer verildiğinin açıklanması ve bu ülkelerdeki küresel hastalık yükü, sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı gibi göstergelere yönelik bir profil çizilmesi çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlayacaktır.

N-11 ülkeleri, 2005 yılında ilk defa Goldman Sachs tarafından tanımlanmış olup Bangladeş, Mısır, Endonezya, İran, Kore, Meksika, Nijerya, Pakistan, Filipinler, Türkiye ve Vietnam'dan oluşmaktadır. Bu ülkelerin ortak özelliği o dönem için ekonomik ve demografik açıdan benzer yapıya sahip olmasıdır (Ciftci & Durusu-Ciftci, 2023; Sachs, 2007; Sandalcılar vd., 2022). O'Neill (2018), N-11 ülkelerinin gelecekte dünya ekonomisi üzerinde önemli etkilere sahip olacağı ön görülen gelişmekte olan ülkeler bloğunu tanımlamak üzere kullanılan bir ifade olduğunu, N-11 ülkeleri için BRIC ülkelerinden sonra en kalabalık, en yüksek gelişme potansiyeline sahip gelişmekte olan ülkeleri temsil ettiklerini fakat bu ülkelerin BRIC ülkeleri ile aynı potansiyele sahip olmadığını ifade etmektedir. BRIC olarak ifade edilen ülkeler grubu 2006 yılında gelişmekte olan ülkelere Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin'den oluşmakta olup 2011 yılında Güney Afrika'nın da gruba dahil olması ile BRICS olarak ifade edilmeye başlamıştır. Grubun adı ülke isimlerinin baş harfi ile temsil edilmektedir. Etiyopya ve Birleşik Arap Emirlikleri ile N-11 ülkeleri arasında yer alan Mısır ve İran ise 2024 yılında BRICS ülke grubuna katılmıştır (Dahan & Zhdannikov, 2024; The Independent, 2024). Yeni katılan üyeler ile BRICS ülkelerinin nüfusu dünya nüfusunun yüzde 45'ini, ekonomilerinin toplam büyüklüğü dünya ekonomisinin yaklaşık yüzde 28'ini oluşturmaktadır (BBC News, 2024a). Türkiye henüz BRICS üyesi bir ülke olmamakla birlikte üye ülkeler arasında ekonomik ilişkiler ve bu ekonomik platforma dahil olmanın getireceği proje destekleri ve fonlardan yararlanabilmek için üyelik konusunda ileride adımlar atabileceği düşünülmektedir (BBS News, 2024b). Bu nedenle çalışmada hali hazırda üyesi bulunan N-11 ülke grubuna yönelik bir karşılaştırma yapılmıştır. Temel amaç SKA3'ün sağlık eşitsizlikleri ile ilişkili olan hedefler açısından değerlendirilmesi olduğundan öncelikle SKA3'te yer alan ve temel sağlık göstergeleri olan doğumda yaşam beklentisi, ölüm nedenleri ve hastalık yüküne ilişkin istatistikler paylaşılmıştır. Grafik-1'de N-11 ülkeleri için 2004-2022 yılları esas alınarak doğumda yaşam beklentisi verileri sunulmuştur.

Grafik 1: N-11 Ülkelerinde Doğumda Yaşam Beklentisi (Yaş)



Kaynak: World Bank, 2024a.

Grafk-1'e göre doğumda yaşam beklentisinin en uzun olduğu ülkenin Güney Kore, en düşük olduğu ülkenin ise Nijerya olduğu görülmektedir. Doğumda yaşam beklentisinin küresel ortalaması 2022 yılında 72'dir (World Bank, 2024b). Endonezya, Nijerya ve Pakistan 2022 yılı itibariyle yaşam süresi açısından dünya ortalamasının altında yer almaktadır. Doğum ve ölüm istatistikleri ülkelerin sağlık sorunlarının tespit edilmesinde ve çözümünde, sağlık hizmetlerinin ülke ihtiyaçlarına göre planlamasında, bölgeler ya da ülkeler arası durum analizi yapılabilmesinde ve uluslararası karşılaştırmalarda politika yapıcılara yol göstermektedir (Sümbüloğlu vd., 1995; Işık vd., 2004). Duruma ölüm istatistikleri açısından yaklaşıldığında N-11 ülkeleri için belirli bir nedene bağlı ölümlerin tüm nedenlere bağlı ölümlere oranı Tablo-2'de yer almaktadır.

Tablo 2: N-11 Ülkelerinde Ölüm Nedenlerinin Yüzdesi (Toplam Ölümlerin İçindeki Payına Göre), 2021

| Ölüm Nedenleri | Bangladeş | Endonezya | Filipinler | Güney Kore | İran | Nijerya | Meksika | Mısır | Pakistan | Türkiye | Vietnam |
|--|-----------|-----------|------------|------------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|
| İhmal edilen tropik hastalıklar ve sıtma | 0,10 | 0,54 | 0,30 | 0,02 | 0,01 | 13,09 | 0,02 | 0,06 | 0,63 | 0,02 | 0,05 |
| Beslenme eksiklikleri | 0,31 | 0,91 | 0,42 | 0,12 | 0,04 | 0,23 | 0,41 | 0,05 | 0,37 | 0,19 | 0,17 |
| Neoplazmalar | 7,79 | 10,39 | 9,00 | 30,23 | 10,18 | 4,21 | 9,32 | 8,72 | 9,04 | 17,30 | 14,12 |
| Kardiyovasküler hastalıklar | 34,41 | 35,00 | 25,64 | 23,35 | 29,79 | 10,49 | 14,91 | 38,75 | 20,87 | 31,43 | 37,25 |
| Kronik solunum yolu hastalıkları | 8,13 | 5,25 | 3,68 | 4,78 | 2,73 | 1,16 | 3,44 | 2,03 | 4,78 | 5,81 | 6,13 |
| Sindirim hastalıkları | 4,19 | 6,44 | 3,22 | 4,87 | 1,77 | 2,86 | 7,27 | 7,44 | 3,62 | 2,28 | 4,62 |
| Nörolojik bozukluklar | 2,13 | 1,64 | 1,62 | 9,42 | 3,28 | 1,12 | 2,06 | 1,34 | 1,54 | 4,21 | 3,38 |
| Zihinsel bozukluklar | 0,00002 | 0,00007 | 0,00005 | 0,00007 | 0,00002 | 0,00000 | 0,00008 | 0,00000 | 0,00003 | 0,00030 | 0,00007 |
| Kas-iskelet sistemi bozukluğu | 0,21 | 0,04 | 0,14 | 0,36 | 0,10 | 0,05 | 0,37 | 0,04 | 0,18 | 0,16 | 0,12 |
| Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar | 1,56 | 1,34 | 1,97 | 0,96 | 1,00 | 4,44 | 2,50 | 2,02 | 2,45 | 1,48 | 0,98 |
| Deri ve deri altı hastalıkları | 0,14 | 0,19 | 0,29 | 0,22 | 0,10 | 0,02 | 0,37 | 0,06 | 0,05 | 0,06 | 0,24 |
| Taşıma yaralanmaları | 1,26 | 2,12 | 1,58 | 1,71 | 3,42 | 1,27 | 1,49 | 1,62 | 2,39 | 1,34 | 3,41 |
| Kasıtsız yaralanmalar | 2,06 | 1,78 | 1,69 | 2,77 | 1,74 | 2,60 | 1,47 | 1,26 | 2,89 | 1,47 | 4,59 |

Tablo 2 devam

| Ölüm Nedenleri | Bangladeş | Endonezya | Filipinler | Güney Kore | İran | Nijerya | Meksika | Mısır | Pakistan | Türkiye | Vietnam |
|--|-----------|-----------|------------|------------|-------|---------|---------|-------|----------|---------|---------|
| Kendine zarar verme ve kişilerarası şiddet | 0,85 | 0,33 | 2,23 | 4,18 | 1,16 | 1,66 | 4,11 | 0,48 | 1,27 | 0,75 | 1,38 |
| HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar | 0,24 | 0,32 | 0,57 | 0,05 | 0,12 | 4,39 | 0,42 | 0,11 | 0,65 | 0,07 | 0,70 |
| Solumun yolu, enfeksiyonları ve tüberküloz | 17,70 | 16,76 | 27,72 | 8,12 | 30,00 | 17,75 | 32,79 | 18,68 | 19,88 | 19,51 | 10,58 |
| Enterik enfeksiyonlar | 3,62 | 2,65 | 1,01 | 0,36 | 0,13 | 8,37 | 0,38 | 0,56 | 3,10 | 0,14 | 0,40 |
| Diğer bulaşıcı hastalıklar | 0,66 | 0,82 | 0,55 | 0,14 | 0,26 | 3,55 | 0,21 | 0,66 | 2,40 | 0,19 | 0,46 |
| Anne ve yenidoğan bozuklukları | 4,43 | 2,29 | 2,56 | 0,09 | 0,46 | 15,15 | 1,13 | 0,99 | 12,71 | 0,74 | 1,11 |
| Madde kullanım bozuklukları | 0,07 | 0,03 | 0,08 | 0,34 | 0,55 | 0,08 | 0,30 | 0,02 | 0,12 | 0,10 | 0,32 |
| Diyabet ve böbrek hastalıkları | 5,04 | 5,18 | 7,22 | 6,20 | 4,94 | 2,98 | 16,70 | 8,59 | 4,57 | 7,30 | 7,85 |
| COVID-19 ile ilgili diğer sonuçlar | 5,10 | 5,95 | 8,50 | 1,70 | 8,23 | 4,54 | 0,34 | 6,52 | 6,48 | 5,46 | 2,12 |

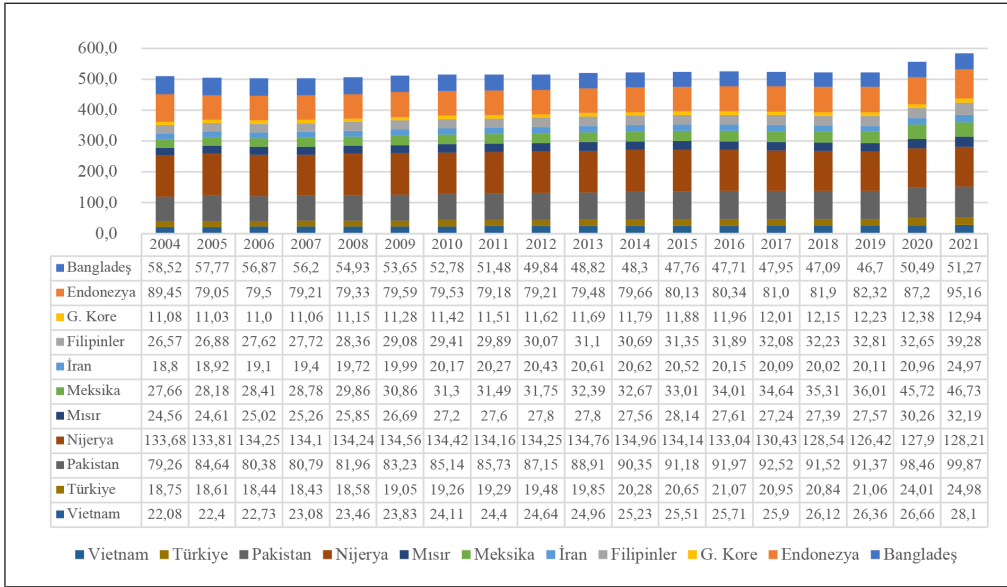
Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023.

Ölüm nedenleri incelendiğinde N-11 ülkelerinde en önemli kayıpların kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu, enfeksiyon hastalıkları ve tüberkülozdan kaynaklandığı görülmektedir. İhmal edilen tropik hastalıklar ve sıtmadan dolayı Nijerya’da (%13,9), neoplazmalardan dolayı Güney Kore’de (%30,23), enterik enfeksiyonlar, diğer bulaşıcı hastalıklar, anne ve yenidoğan bozuklukları gibi nedenlerden kaynaklanan ölüm oranlarının da Nijerya’da diğer ülkelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Pakistan’da da anne ve yenidoğan bozukluklarına dayalı ölüm oranlarının yüksek olduğu görülürken (%12,71), diyabet ve böbrek hastalıkları oransal olarak tüm ülkelerde yüksek ölüm oranlarına karşılık gelmektedir. Diyabet ve böbrek hastalıklarına dayalı olarak en yüksek kayıpların %16,70 ile Meksika’da verildiği görülmektedir. Ölüm nedenleri arasında en düşük payı tüm N-11 ülkelerinde zihinsel bozukluklara dayalı ölümler oluşturmaktadır.

Sürdürülebilir kalkınma amaçları ve sağlık eşitsizlikleri açısından N-11 ülke grubunda yer alan ülkelerde hastalık yükünün sağlık harcamaları içerisindeki payına ilişkin verilerin izlenmesi önem taşımaktadır. Sağlık harcamaları içerisinde önemli bir payı bulunan hastalık

veya sakatlıkların bireyler ve toplum için finansal maliyetini bütün sağlık kayıplarını hesaba katarak hesaplayan hastalık yükü çalışmaları uluslararası karşılaştırmalara olanak tanımaktadır (Türkiye Sağlık Platformu [TÜSAP], 2020: 6). Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan temel gösterge engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) olup bu gösterge erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yılı ve engellilikle geçirilen yaşam yılının toplamından oluşmaktadır (TÜSAP, 2020: 7). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ'nün ortak tahminlerine göre DALY hastalık, sakatlık veya erken ölüm nedeniyle kaybedilen yıl sayısı cinsinden ifade edilen toplam hastalık yükünün bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2021b). Bir DALY, kaybedilen bir sağlıklı yaşam yılına karşılık gelmektedir (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024b: 15). N11 ülkeleri için hastalık yükünü ifade eden ve 2004-2020 yılları arası için hesaplanmış olan DALY'lere ilişkin bilgiler Grafik-2'de sunulmuştur.

Grafik 2: N11 Ülkelerinde Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları (Tüm Yaş Grupları İçin)



Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024a.

Grafiğe göre yaşam yılı kayıplarının en yüksek olduğu ülkeler Nijerya, Pakistan, Endonezya ve Bangladeş; en düşük olduğu ülke ise Güney Kore'dir. Türkiye dahil diğer ülkelerde de engelliğe ayarlanmış yaşam yılı kayıpları artış göstermektedir. Hastalık yüküne ilişkin genel görünümün ardından sağlık harcamalarını somutlaştırmak için N-11 ülkelerinde cari sağlık harcamasına ilişkin verilere yer verilmesi çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar 'sağlık harcaması' olarak tanımlanırken, toplam sağlık harcamaları cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamalarının toplamını ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b: 257). Sağlık harcamaları, OECD'nin geliştirdiği ulusal sağlık hesapları sistemine göre sınıflandırılmakta olup cari sağlık harcaması

ve sermaye veya yatırım kalemleri harcamalarından oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2024b: 257; Yılmaz & Yentürk, 2017). Cari sağlık harcamaları kişisel sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamaları olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır (Arı, 2018). Bu bağlamda cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlaması açısından önem taşımaktadır. N-11 ülkelerinde cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına ilişkin veriler Tablo-3'te sunulmuştur.

Tablo 3: N-11 Ülkelerinde Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

| Ülkeler | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Bangladeş | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 2,7 | 2,8 | 2,8 | 2,8 | 2,7 | 2,7 | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 2,6 | 2,6 |
| Mısır | 4,9 | 4,9 | 4,8 | 4,4 | 4,5 | 4,4 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 4,9 | 5,0 | 5,3 | 5,4 | 5,6 | 5,0 | 4,8 | 4,4 |
| Endonezya | 2,1 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 3,0 | 2,9 | 2,9 | 3,0 | 2,9 | 3,0 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 3,4 |
| İran | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 4,9 | 5,0 | 6,1 | 6,3 | 6,1 | 6,1 | 5,5 | 6,4 | 7,3 | 7,8 | 7,8 | 7,5 | 5,9 | 5,3 |
| Güney Kore | 4,4 | 4,6 | 4,9 | 5,1 | 5,4 | 5,8 | 5,9 | 6,0 | 6,1 | 6,2 | 6,5 | 6,7 | 6,9 | 7,1 | 7,5 | 8,1 | 8,4 |
| Meksika | 6,0 | 5,8 | 5,7 | 5,8 | 5,7 | 6,1 | 5,7 | 5,5 | 5,7 | 5,8 | 5,6 | 5,7 | 5,6 | 5,5 | 5,4 | 5,4 | 6,2 |
| Nijerya | 4,6 | 4,5 | 4,3 | 3,9 | 3,7 | 3,6 | 3,3 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 3,3 | 3,6 | 3,6 | 3,7 | 3,1 | 3,0 | 3,4 |
| Pakistan | 2,3 | 2,6 | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 2,5 | 2,4 | 2,1 | 2,2 | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 2,8 | 2,8 | 3,0 |
| Filipinler | 3,0 | 3,7 | 3,8 | 3,8 | 3,9 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | 4,2 | 4,3 | 3,7 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,2 | 5,1 |
| Türkiye | 4,9 | 4,9 | 5,1 | 5,2 | 5,2 | 5,5 | 5,0 | 4,7 | 4,4 | 4,4 | 4,3 | 4,1 | 4,3 | 4,2 | 4,1 | 4,4 | 4,6 |
| Vietnam | 3,8 | 4,0 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 4,2 | 4,7 | 4,6 | 5,0 | 5,1 | 4,6 | 4,6 | 4,5 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 4,7 |

Kaynak: World Bank, 2023a.

Tablo 3'e göre 2004-2020 yılları arasındaki cari sağlık harcamaları incelendiğinde N-11 ülkeleri arasında GSYİH'den sağlık harcamaları için düşük payın Bangladeş, Pakistan ve Endonezya'da ayrıldığı görülmektedir. Türkiye'de GSYİH'den sağlık harcamaları için ayrılan payın ortalaması %4,6'dır. Bununla birlikte 2019-2020 dönemi COVID-19 pandemisinin etkilerinin en yoğun hissedildiği, ülkelerin sağlık bütçelerini artırmak durumunda kaldığı, insani kayıpların yanı sıra ekonomik açıdan da küresel bir durgunluğun yaşanmasına neden olan bir dönemdir (Blake & Wadhwa, 2020). Bu dönemde N-11 ülkelerinde Endonezya, Güney Kore, Meksika, Nijerya, Pakistan ve Filipinler'in cari sağlık harcamaları artış gösterirken, Bangladeş'in cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı olan %2,6 düzeyini korumuş, İran ve Vietnam'da ise cari sağlık harcamaları için ayrılan pay düşüş göstermiştir. Cari sağlık harcamaları içerisinde kişisel sağlık harcamalarının payı açısından N-11 ülkelere ilişkin veriler Tablo-4'te paylaşılmıştır.

Tablo-4'e göre kişi başına düşen sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke Güney Kore olup son yıllarda 2600\$'ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Karşılaştırılan ülkeler arasında Meksika, Türkiye ve İran kişi başına düşen sağlık harcamasının nispeten yüksek olduğu ülkelerdir. Nijerya, Bangladeş ve Pakistan ise kişi başına düşen sağlık harcamasının en düşük olduğu ülkelerdir.

Tablo 4: N-11 Ülkelerinde Kişi Başına Cari Sağlık Harcaması (\$)

| Yıllar / Ülkeler | Bangladeş | Endonezya | Filipinler | Güney Kore | İran | Meksika | Mısır | Nijerya | Pakistan | Türkiye | Vietnam |
|------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------|---------|-------|---------|----------|---------|---------|
| 2020 | 50,7 | 133,3 | 166,5 | 2.648 | 338,3 | 538,5 | 150,9 | 69,8 | 38,2 | 395,2 | 154,2 |
| 2019 | 47,7 | 119,5 | 142,2 | 2.606 | 378,5 | 552,7 | 145,3 | 69,7 | 37,2 | 397,4 | 173,7 |
| 2018 | 44,7 | 111,9 | 126,3 | 2.501 | 478,4 | 530,7 | 120,2 | 65,7 | 41,4 | 387,7 | 164,2 |
| 2017 | 42,3 | 111,5 | 121,9 | 2.221 | 467 | 514,9 | 108 | 72,8 | 43,4 | 437,4 | 149,3 |
| 2016 | 39,6 | 107,5 | 120,2 | 2.008 | 447,1 | 492,9 | 145,3 | 78,2 | 37,6 | 459,9 | 134,5 |
| 2015 | 33,5 | 97,2 | 116 | 1.894 | 384,3 | 558,2 | 173,5 | 96,3 | 35 | 446,8 | 122,3 |
| 2014 | 30,3 | 103,1 | 108,7 | 1.880,4 | 375,3 | 615,1 | 158,2 | 106,1 | 33,1 | 519,9 | 120 |
| 2013 | 27,4 | 103,4 | 121,7 | 1.683 | 408,3 | 631,2 | 142,6 | 100,8 | 29 | 546,7 | 104,5 |
| 2012 | 23,9 | 106,9 | 111,6 | 1.553 | 513,5 | 587,8 | 142,8 | 91,1 | 26,3 | 519,9 | 109,6 |
| 2011 | 23,3 | 108 | 97,9 | 1.508 | 518,8 | 570,7 | 118,7 | 83,1 | 25,7 | 526,2 | 97,2 |
| 2010 | 21,2 | 86,4 | 91 | 1.364 | 436,1 | 539,3 | 107,4 | 75,6 | 24,2 | 532,9 | 85,4 |
| 2009 | 18,2 | 63 | 78,9 | 1.099 | 364,4 | 496,8 | 101,2 | 68 | 23,7 | 493,9 | 69,8 |
| 2008 | 16 | 59,8 | 76,9 | 1.137 | 297,5 | 576,7 | 92,3 | 80,1 | 24,8 | 563,6 | 64,1 |
| 2007 | 14,4 | 56,5 | 65,4 | 1.205 | 245 | 560,5 | 75,1 | 69,2 | 26,5 | 506,4 | 53,7 |
| 2006 | 12,4 | 44,8 | 54,9 | 1.062 | 197,8 | 516,1 | 68 | 65,7 | 24,7 | 411,9 | 45,9 |
| 2005 | 11,6 | 34,4 | 46,6 | 887,7 | 173,8 | 485,7 | 61 | 53,9 | 19,4 | 360,7 | 38 |
| 2004 | 11,1 | 26,2 | 34,2 | 708,6 | 142,2 | 448,1 | 51,6 | 44,2 | 15,3 | 296,1 | 31,2 |

Kaynak: WHO, 2024a.

3.1. Bulgular

Sağlıkta eşitsizliklerini azaltmak, SKA3'e doğrudan katkı sağlamanın yanında, çocuk gelişiminin iyileştirilmesi ile SKA4'e (kaliteli eğitim), SKA8'e (insana yakışır iş ve ekonomik büyüme), SKA10'a (eşitsizliklerin azaltılması) da katkıda bulunmaktadır (Saunders vd., 2017). Temel gelir güvenliği ve sosyal koruma (SKA1), güvenli ve insana yakışır yaşam koşulları (SKA 2, 6, 7 ve 11), kapsayıcı sosyal ve beşerî sermaye oluşturma fırsatları (SKA 4, 5 ve 16), insana yakışır ve ayrımcı olmayan istihdam ve çalışma koşulları (SKA 5) birbiriyle ilişkili olan ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına dolaylı olarak hizmet eden hedeflerdir (Buzeti vd., 2020). SKA 3 ve SKA 10 evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşma hedefi açısından birbiriyle oldukça ilişkili amaçlardır (Hosseinpoor vd., 2018). Eşitsizlikler, artan psiko-sosyal stres, daha yüksek sigara içme oranları ve kötü fiziksel ortamlar (örneğin daha yüksek hava kirliliği seviyeleri) gibi olumsuz sağlık davranışlarının oransal olarak artışına neden olmaktadır. Bununla birlikte hastalık çalışma kapasitesini sınırlayarak, kişilerin tıbbi bakım ve tedavi için varlıklarını satmalarına neden olan yoksulluk tuzakları yoluyla hane halkının gelirinin azalmasına da yol açabilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde, sağlıkta eşitsizliği önlemeye yönelik hedeflerden SKA 3 sağlık ve kaliteli yaşam başlığında yer alan 3.8.1 ile 3.8.2 ve SKA10 kapsamında yer alan 10.2. ve 10.4'e ilişkin performans göstergeleri çerçevesinde N-11 ülkeleri için elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1.1. Sağlık ve Kaliteli Yaşam (SKA3)

Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Gündemi doğrultusunda SKA3, herkes için her yaşta sağlıklı yaşamların sağlanması ve refahın teşvik edilmesi ana amacını taşımaktadır. Bu amaca ulaşmak için saptanan hedefler küresel anne ölüm oranının azaltılması, yenidoğan ve çocukların önlenebilir ölümlerine son verilmesi, AIDS, tüberküloz, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarına son verilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması, madde bağımlılığının önlenmesi, karayolu trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların sayısının yarıya indirilmesi, evrensel sağlık güvencesine ulaşılması gibi başlıklardan oluşmaktadır (United Nations, 2024b). SKA3'ün 13 adet hedefi bulunmaktadır. Bu hedeflerden SKA3.8 ile bireyleri mali riskten korumak, kaliteli temel sağlık bakım hizmetlerine erişimi ve herkesin güvenli, etkili, kaliteli ve karşılanabilir zaruri ilaç ve aşılarla erişimini de kapsayan genel sağlık sigortasının oluşturması hedeflenmektedir (United Nations, 2023). Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı sağlık eşitliğinin sağlanması için en önemli göstergelerden biridir. SKA 3.8'in takip edilebilmesi için iki gösterge bulunmaktadır. Bu göstergeler SKA3.8.1: temel sağlık hizmetlerinin kapsamı, SKA3.8.2: toplam hane halkı harcaması veya gelirin payı olarak yüksek hane halkı sağlık harcamalarına sahip nüfusun oranı (cepten yapılan sağlık harcamalarının sonucu olarak finansal zorlukla karşılaşan nüfusun yüzdesi) şeklinde saptanmıştır (United Nations, 2024a). Evrensel sağlık kapsayıcılığı SKA 3.8.1 hizmet kapsamı endeksi ile izlenmektedir. Bu endeks, sağlık hizmeti kapsamına ilişkin 14 izleme göstergesinin geometrik ortalaması olarak hesaplanmakta ve 0 ile 100 arasında değerler almaktadır (WHO, 2023). Endekse dahil olan 14 parametre Tablo-5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Hizmet Kapsamı Endeksinin Bileşenleri

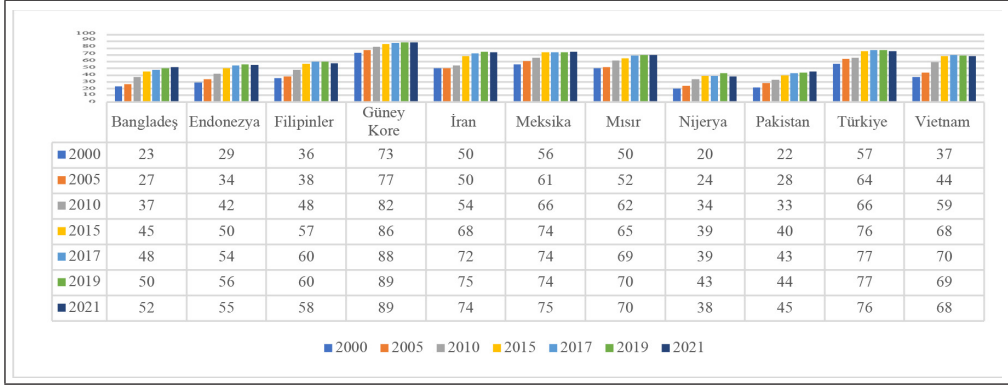
| Bileşenler |
|---|
| Üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı |
| 1. Aile planlaması |
| 2. Doğum öncesi bakım, |
| 3. DTP3 aşılması |
| 4. Şüpheli (ARI) Bulaşıcı hastalıklar için bakım arayışı |
| Bulaşıcı hastalıklar |
| 5. Tüberküloz tedavisi |
| 6. HIV tedavisi |
| 7. Böcek ilacıyla işlenmiş ağlar |
| 8. Temel sanitasyon |
| Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar |
| 9. Hipertansiyon tedavisi |
| 10. Diyabet prevalansı |
| 11. Tütün kullanmama |
| Hizmet kapasitesi ve erişim |
| 12. Hastane yatak yoğunluğu |
| 13. Sağlık çalışanı yoğunluğu |
| 14. Uluslararası Sağlık düzenlemeleri (UST) çekirdek kapasite endeksi |

Notlar: DTP3, üç doz kombine difteri, tetanos toksoidi ve boğmaca aşısı; ARI, akut solunum yolu enfeksiyonu; HIV, insan bağışıklık yetersizliği virüsü; UST: halk sağlığı risklerine v ulusal ve uluslararası önemi haiz acil durumlara yanıt vermek için gerekli olan kapasitelerdir (WHO, 2024c) .

Kaynak: WHO, 2023.

Grafik-3'te N11 ülkeleri için evrensel sağlık kapsayıcılığı endeksinin 2000 ve 2021 yılları arasındaki sonuçlarına ilişkin veriler paylaşılmıştır.

Grafik 3: N11 Ülkelerinde Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Endeksi



Kaynak: WHO, 2024b.

Grafik-3'e göre evrensel sağlık kapsayıcılığı ya da genel sağlık güvencesine erişim konusunda Güney Kore hizmet kapsamı endeksi açısından en yüksek puana sahip ülkedir. Bu durum Güney Kore'nin ekonomik gelişmişlik düzeyi ile ilişkilendirilebilir (WHO, 2023: 13). İran, Meksika, Mısır ve Türkiye endeksin değerinin yüksek olduğu ülkelerdir. Nijerya ve Pakistan'da ise endeks değeri 50 puanın altında yer almakta olup endeksin değerinin en düşük olduğu ülkelerdir. Evrensel sağlık kapsayıcılığı, 2023 yılı küresel izleme raporuna göre COVID-19 pandemisinin etkisi ile hem amaçlanan hizmet sunumu değişiklikleri hem de kaynak yetersizliğinden kaynaklanan istenmeyen kesintiler hizmetlerin aksamasına neden olmuştur. Bu durum, hizmet kapsamı endeksi üzerinde gözlemlenen küresel, bölgesel ve ülke düzeyinde eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (WHO, 2023: 17). Yıllara göre bir karşılaştırma yapmak bu çalışmanın sınırları içerisinde çok mümkün olmamakla birlikte N-11 ülkelerinin Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Hizmet Kapsamı Endeksinde yer alan dört alt endekse ve izleme parametrelerinin puanlarına 2021 yılı için Tablo-6'da yer verilmiştir.

Tabloya göre endeks değerinin 70'in üzerinde olduğu ülkelerde de alt parametreler açısından başarısız bulunan alanların olduğu görülmektedir. Mısır, İran ve Meksika'da endeks değeri 70'in üzerinde olmasına rağmen HIV ve Hipertansiyon tedavisinde puanlamının düşük olduğu görülmektedir. Aile planlaması alt kırılımı açısından Nijerya, Pakistan ve Filipinler en düşük puana sahiptir. Doğum öncesi bakım alt kırılımında sırasıyla Bangladeş Pakistan ve Nijerya en düşük puana sahip ülkelerdir. DTP3 aşılması açısından tüm ülkeler 55 puanın üzerinde puana sahiptir. Şüpheli (ARI) bulaşıcı hastalıklar için bakım arayışı alt kırılımında Nijerya, Türkiye ve Bangladeş en düşük puana sahipken diğer ülkeler 65'in üzerinde puana sahiptir. Güney Kore'nin puanı 80'in üstündedir. Tüberküloz tedavisinde Filipinler, Nijerya ve Endonezya, temel sanitasyon alt kırılımında, Nijerya ve Bangladeş en düşük puana sahiptir. Hipertansiyon tedavisinde Güney Kore dışındaki ülkelerin tümünde başarı düzeyi düşüktür. Diyabet prevalansı açısından Bangladeş (69), Pakistan (68) puan ile en düşük puana sahiptir. Tütün kullanmama alt kırılımı İran, Güney Kore, Meksika ve Nijerya 80'in üzerinde puana

sahiptir. Bu durum bu ülkelerde tütün kontrol politikalarının etkin sonuçlar gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. En başarısız ülke ise (46) puan ile Endonezya'dır. Hastane yatak yoğunluğu alt kırılımı açısından en düşük puana sahip ülkeler sırasıyla Nijerya, Pakistan, Bangladeş, Filipinler ve Meksika'dır. Sağlık çalışanı yoğunluğunun en düşük puana sahip olduğu ülke 2 puan ile Nijerya'dır. Mısır, İran, Güney Kore, Meksika ve Türkiye sağlık çalışanı yoğunluğunun 80'in üzerinde puana sahip olduğu ülkelerdir. Uluslararası sağlık düzenlemeleri çekirdek kapasite endeksi açısından tüm ülkeler 50 puanın üzerinde başarı göstermekle birlikte Mısır, İran, Güney Kore, Meksika ve Türkiye başarı puanının en yüksek olduğu ülkelerdir.

Tablo 6: N-11 Ülkelerinin Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Hizmet Kapsamı Endeksi Alt Ölçütlere İlişkin Puanlama Tablosu

| Ülkeler | 1. Aile planlaması | 2. Doğum öncesi bakım, | 3. DTP3 aşlaması | 4. Şüpheli ARI Bulaşıcı hastalıklar için bakım arayışı | 5. Tüberküloz tedavisi | 6. HIV tedavisi | 7. Böcek ilacıyla işlenmiş ağlar | 8. Temel sanitasyon | 9. Hipertansiyon tedavisi | 10. Diyabet prevalansı | 11. Tütün kullanmama | 12. Hastane yatak yoğunluğu | 13. Sağlık çalışanı yoğunluğu | 14. Uluslararası sağlık düzenlemeleri çekirdek kapasite endeksi | Endeks Değeri |
|------------|--------------------|------------------------|------------------|--|------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|---------------|
| Bangladeş | 73 | 37 | ≥80 | 46 | ≥80 | 31 | - | 59 | 38 | 69 | 50 | 49 | 26 | 68 | 52 |
| Mısır | ≥80 | ≥80 | ≥80 | 68 | 60 | 40 | - | ≥80 | 44 | ≥80 | 65 | 63 | ≥80 | ≥80 | 70 |
| Endonezya | ≥80 | ≥80 | 67 | 75 | 45 | 28 | - | ≥80 | 19 | ≥80 | 46 | 75 | 34 | 64 | 55 |
| İran | 76 | ≥80 | ≥80 | 76 | 60 | 30 | - | ≥80 | 48 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | 74 |
| Güney Kore | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | 76 | - | 71 | ≥80 | 70 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 |
| Meksika | ≥80 | ≥80 | 78 | 73 | 68 | 61 | - | ≥80 | 50 | 76 | ≥80 | 57 | ≥80 | ≥80 | 75 |
| Nijerya | 37 | 57 | 56 | 39 | 44 | ≥80 | 45 | 45 | 29 | ≥80 | ≥80 | 28 | 2 | 63 | 38 |
| Pakistan | 51 | 52 | ≥80 | 71 | 55 | 14 | - | 69 | 35 | 68 | 71 | 29 | 22 | 52 | 45 |
| Filipinler | 58 | ≥80 | 57 | 66 | 43 | 41 | - | ≥80 | 36 | ≥80 | 67 | 53 | 44 | 63 | 58 |
| Türkiye | 61 | ≥80 | ≥80 | 45 | 60 | 69 | - | ≥80 | 58 | ≥80 | 56 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | 76 |
| Vietnam | 77 | ≥80 | ≥80 | 73 | 46 | 72 | - | ≥80 | 30 | ≥80 | 65 | ≥80 | 53 | 64 | 68 |

Kaynak: WHO, 2023.

Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı SKA 3.8.2 kapsamında karşılaştırma yapıldığında öncelikle Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Raporunda da belirtildiği gibi özellikle pandemiden sonra evrensel sağlık kapsayıcılığının önemi arttığı söylenebilir. Raporda, pandemiyle birlikte genel sağlık güvencesine erişim yavaşlarken sağlık hizmetlerine erişim konusunda finansal zorlukların artmaya başladığı belirtilmiştir. Rakamsal olarak ifade etmek gerekirse 2019 yılında cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle dünya nüfusunun %4,9'u aşırı yoksulluğa sürüklenmiştir (United Nations, 2023: 19). SKA 3.8.2 göstergesi cepten yapılan sağlık harcamalarının sonucu olarak finansal zorlukla karşılaşan nüfusun yüzdesi ile temsil edilmektedir. Bu gösterge %10 ve %25 eşğine göre hesaplanmakta olup N-11 ülkeleri için finansal zorlukla karşılaşan nüfusun yüzdesi Tablo-7'de sunulmuştur.

Tablo 7: N-11 Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Nedeniyle Finansal Zorluğa Düşen Nüfusun Payı (%)

| N11 Ülkeleri | Cepten yapılan sağlık harcamalarının sonucu olarak finansal zorlukla karşılaşan nüfusun yüzdesi (%10 ve %25 eşiği) | |
|--------------|--|-------------|
| | %10 eşiği | %25 eşiği |
| Bangladeş | %24.4 (2016) | %8.5 (2016) |
| Endonezya | %2.0 (2021) | %0.4 (2021) |
| Filipinler | %6.3 (2015) | %1.4 (2015) |
| Güney Kore | %12.0 (2018) | %2.9 (2018) |
| İran | %15.4 (2021) | %3.7 (2021) |
| Meksika | %4.4 (2020) | %1.2 (2020) |
| Mısır | %31.1 (2017) | %6.1 (2017) |
| Nijerya | %15.8 (2018) | %4.1 (2018) |
| Pakistan | %5.4 (2018) | %1.0 (2018) |
| Türkiye | %4.2 (2019) | %0.7 (2019) |
| Vietnam | %8.5 (2020) | %1.7 (2020) |

Kaynak: WHO, 2024b.

Tablo-7 incelendiğinde cepten yapılan sağlık harcamalarının sonucunda finansal zorlukla karşılaşan nüfusun en yüksek olduğu ülkelerin Mısır, Bangladeş, Nijerya İran ve Güney Kore; en düşük olduğu ülkelerin ise sırasıyla Endonezya, Türkiye ve Meksika olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının ne kadarının cepten yapıldığına yönelik veriler ise 2004-2020 yılları için Tablo-8’de sunulmuştur.

Tablo-8’de yer alan mevcut veriler incelendiğinde cepten yapılan sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkelerin sırasıyla Nijerya ve Bangladeş olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde harcamalar yıllar içerisinde artış göstermiştir. Mısır, Pakistan, İran, Filipinler ve İran cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkeler olmakla birlikte cepten yapılan harcamaların oranında yıllar içerisinde düşüş meydana gelmiştir. Güney Kore’de de cepten yapılan harcamaların oranı düşmüş olup Türkiye cepten yapılan harcamaların en düşük olduğu ülkedir.

Tablo 8: N-11 Ülkelerinde Mevcut Sağlık Harcamalarının İçinde Cepten Yapılan Harcamaların Payı (%)

| Ülkeler /Yıllar | Bangladeş | Mısır | Endonezya | İran | G. Kore | Meksika | Nijerya | Pakistan | Filipinler | Türkiye | Vietnam |
|-----------------|-----------|-------|-----------|------|---------|---------|---------|----------|------------|---------|---------|
| 2004 | 63,1 | 64,6 | 45,9 | 56,6 | 38 | 53,7 | 64,5 | 61 | 47,8 | 20,2 | 37,3 |
| 2005 | 65,4 | 64,6 | 55,3 | 56,1 | 37,7 | 54,6 | 66 | 66 | 52,1 | 24,2 | 37,3 |
| 2006 | 65,6 | 60,4 | 53,4 | 51,7 | 35,7 | 53,8 | 70,5 | 72,9 | 54 | 23,6 | 37,3 |
| 2007 | 66,4 | 60,3 | 49,5 | 53,2 | 35,8 | 52,5 | 70,9 | 71,8 | 56 | 23,9 | 37,3 |
| 2008 | 67,8 | 61,8 | 49,4 | 55,5 | 37,1 | 48,6 | 72,8 | 70,1 | 57,4 | 19,2 | 37,2 |
| 2009 | 67,9 | 60,4 | 49,2 | 56 | 34,3 | 47,4 | 74,5 | 68 | 55,6 | 14,5 | 37,3 |
| 2010 | 68 | 62,6 | 60,6 | 59,4 | 34 | 43,5 | 76,9 | 67,9 | 54,8 | 16,9 | 37,4 |
| 2011 | 68,2 | 60,5 | 56,2 | 57,5 | 34,1 | 40,7 | 74,7 | 65,5 | 58,9 | 15,9 | 37,4 |
| 2012 | 68,3 | 60,9 | 53,6 | 55 | 34,5 | 40,6 | 72,8 | 61,3 | 58,3 | 15,9 | 40,8 |
| 2013 | 69,6 | 57,9 | 50,9 | 51,1 | 34,2 | 39,9 | 70,9 | 62,9 | 57,6 | 16,9 | 41,3 |
| 2014 | 70,8 | 55,1 | 45,2 | 42,2 | 33,9 | 40,9 | 71,9 | 65,6 | 52,4 | 17,7 | 41,7 |
| 2015 | 72,7 | 59,5 | 43 | 42,1 | 33,6 | 41 | 71,9 | 64,6 | 51,2 | 16,9 | 43,5 |
| 2016 | 71,5 | 59 | 38,5 | 42,3 | 33 | 41,4 | 75,2 | 62,3 | 50,5 | 16,5 | 44,6 |
| 2017 | 70,1 | 56,4 | 36,6 | 41,7 | 32,6 | 41,8 | 77,4 | 58 | 50,1 | 17,4 | 45,1 |
| 2018 | 70,7 | 62,6 | 35,6 | 35,8 | 32,5 | 42,3 | 75,9 | 56,4 | 50,4 | 17,5 | 44,6 |
| 2019 | 72,1 | 62,5 | 34,8 | 39,5 | 30,2 | 42,3 | 71,5 | 56,3 | 48,8 | 17 | 45,1 |
| 2020 | 74 | 59,3 | 31,8 | 37,1 | 27,7 | 38,8 | 74,7 | 55,4 | 45 | 16,4 | 39,6 |

Kaynak: World Bank, 2023b.

3.1.2. Eşitsizlikleri Azaltmak (SKA 10)

SKA10 Eşitsizlikleri azaltmak hedefinin ana amacı, dünyada var olan tüm sosyal, ekonomik, politik ve benzeri nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmaktır. Bu amaç çerçevesinde 2030 yılına kadar nüfusun en alttaki yüzde 40'lık kesiminin gelir artışını ulusal ortalamanın üzerinde bir oranda kademeli olarak sağlamak ve sürdürmek, 2030'a kadar yaş, cinsiyet, engellilik, ırk, etnik köken, köken, din, ekonomik veya diğer statülere bakılmaksızın herkesin sosyal, ekonomik ve politik katılımının güçlendirilmesi ve teşvik edilmesi, uygun mevzuat, politika ve eylemlerin teşvik edilmesi ile fırsat eşitliğinin sağlanması, maliye, ücret ve sosyal koruma politikaları olmak üzere politikaların benimsenmesi ve giderek daha fazla eşitliğin sağlanması, küresel mali piyasalar ve kurumlara ilişkin düzenlemelerin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi, daha etkili, güvenilir, hesap verebilir ve meşru kurumlar oluşturmak amacıyla gelişmekte olan ülkelerde karar alma süreçlerinde daha fazla temsil ve söz hakkının sağlanması, planlı ve iyi yönetilen göç politikalarının uygulanması gibi on adet alt hedef bulunmaktadır (United Nations, 2023).

Sağlık eşitsizlikleri ile ilişkili olarak SKA10.2: 2030 yılına kadar yaş, cinsiyet, engellilik, ırk, etnik köken, din, ekonomik ya da başka bir durumuna bakılmaksızın herkesin sosyal, ekonomik ve siyasi olarak kapsanmasını sağlamak ve güçlendirmeyi hedeflemektedir.

SKA10.2.1'in performans göstergesi cinsiyet, yaş ve engellilik durumuna göre medyan gelirin (%50 düzeyinin) altında yaşayanların oranını ifade etmektedir. Bu gösterge, bir ülkenin nüfusunun, ulusal tüketim veya gelir dağılımının medyan düzeyinin yarısından daha azında yaşayan payı ile ölçülmektedir (Our World in Data team, 2023). SKA10.2.1. performans göstergesi için N-11 ülkelerinin 2004-2022 yılları arasındaki verileri Tablo-9'da sunulmuştur.

Tablo 9: N-11 Ülkelerinde Göreli Yoksulluk: Ortalama Geliri Toplumun %50'sinin Altındaki Kişilerin Payı (2004-2022)

| Ülkeler/ Yıllar | Bangladeş | Endonezya | Filipinler | Güney Kore | İran | Meksika | Mısır | Nijerya | Pakistan | Türkiye | Vietnam |
|--------------------|-----------|-----------|------------|---------------|------|---------|-------|---------|----------|---------|---------|
| 2004 | - | 7,4 | - | - | - | 19,2 | 5,0 | - | 4,5 | 19,3 | 10,8 |
| 2005 | 4,3 | 7,3 | - | - | 17,5 | 20,4 | - | - | 3,6 | 18,5 | - |
| 2006 | - | 8,1 | 14,2 | 13,0 | 18,6 | 19,1 | - | - | - | 17,8 | 11,7 |
| 2007 | - | 8,5 | - | - | - | - | - | - | 3,1 | 17,5 | - |
| 2008 | - | 8,3 | - | 13,0 | - | 21,2 | 5,0 | - | - | 17,6 | 10,9 |
| 2009 | - | 7,8 | 12,7 | - | 17,9 | - | - | - | - | 16,9 | - |
| 2010 | 5,0 | 9,4 | - | 12,5 | - | 18,4 | 4,4 | 12,8 | 3,0 | 16,5 | 13,4 |
| 2011 | - | 9,6 | - | - | 12,0 | - | - | - | 3,2 | 16,0 | - |
| 2012 | - | 9,2 | 13,3 | 13,0 | 11,1 | 18,5 | 3,8 | 12,7 | - | 16,0 | 12,8 |
| 2013 | - | 8,6 | - | - | 10,5 | - | - | - | 4,1 | 16,3 | - |
| 2014 | - | 9,1 | - | 12,5 | 11,8 | 16,8 | - | - | - | 15,7 | 13,0 |
| 2015 | - | 10,1 | 12,4 | - | 11,6 | - | 4,7 | 13,1 | 3,7 | 15,6 | - |
| 2016 | 6,1 | 11,9 | - | 12,2 | 11,5 | 16,5 | - | - | - | 15,9 | 13,4 |
| 2017 | - | 12,8 | - | - | 12,6 | - | 5,2 | - | - | 17,4 | - |
| 2018 | - | 12,4 | 11,2 | - | 12,4 | 16,0 | - | 13,3 | 3,6 | 17,4 | 14,0 |
| 2019 | - | 11,7 | - | - | 13,1 | - | 5,1 | - | - | 17,5 | - |
| 2020 | - | 11,8 | - | - | 12,7 | 16,1 | - | - | - | 17,3 | 13,9 |
| 2021 | - | 11,5 | 11,1 | - | 13,1 | - | - | - | - | 17,7 | - |
| 2022 | 8,0 | 9,9 | - | - | 12,6 | 15,3 | - | - | - | - | 13,4 |

Kaynak: Our World in Data team, 2023.

Görelî yoksulluk, bireylerin toplumun refah düzeyinin altında kaldığı ya da ortalama gelirin altında bir gelire sahip olunması durumunu ifade etmekte olup eşitsizliği tanımlayan bir yoksulluk kavramıdır. Görelî yoksulluk, yiyecek dışındaki gereksinimleri (giyim, barınak ve enerji gibi) karşılayacak gelirden yoksun olmak biçiminde anlaşılmaktadır (Aykaç vd., 2013: 62). Görelî yoksulluğun ya da ortalama geliri toplumun %50'sinin altındaki kişilerin payının en yüksek olduğu ülkelerin sırasıyla Türkiye, Meksika, Vietnam ve İran olduğu görülmektedir. Pakistan, Mısır, Bangladeş ve Endonezya'da görelî yoksulluk %10'un altındadır. Ülkelerin elde edilebilen verilerinin karşılaştırma yapmayı zorlaştırdığının da altının çizilmesi gerekmektedir.

SKA 10.4 hedefine gelince özellikle mali, ücret ve sosyal koruma politikaları olmak üzere politikaların benimsenmesi ve eşitliğin giderek daha çok sağlanması olarak tanımlanmaktadır (United Nations, 2024a). SKA10.4'ün bu tanım doğrultusundaki performans göstergelerinden biri olan 10.4.1 ile GSYİH'de işgücünün payı takip edilmektedir. Bu gösterge, işverenler tarafından ödenen ücret ve maaşlar ile işverenler tarafından ödenen sosyal güvenlik katkılarının toplam GSYİH içindeki payını ölçmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021).

İş gücünün elde ettiği gelirin oransal olarak daha yüksek olması, sosyal kapsayıcılığın yüksek olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bununla birlikte ILO tarafından modellenen iş gücü geliri payı ölçeğine göre dünya genelinde gözlemlenen değerlere ilişkin göstergelerin değeri; ≤ 40 (çok düşük), >40 ila ≤ 50 (düşük), >50 ila ≤ 60 (yetersiz), >60 ila ≤ 70 (orta) ve >70 (iyi) olarak kategorize edilmektedir (Uluslararası Çalışma Örgütü, 2023). Ölçek göz önünde bulundurularak SKA 10.4.1 performans göstergesi için N11 ülkelerine ilişkin 2004-2020 yılları arasındaki veriler Tablo-10'da sunulmuştur.

Tablo 10: N-11 Ülkelerinde İşgücünün GSYİH'deki Payı (%)

| Ülkeler / Yıllar | Bangladeş | Endonezya | Filipinler | Güney Kore | İran | Meksika | Mısır | Nijerya | Pakistan | Türkiye | Vietnam |
|------------------|-----------|-----------|------------|------------|------|---------|-------|---------|----------|---------|---------|
| 2004 | 45,1 | 63,1 | 39,3 | 58,8 | 36,1 | 38,4 | 41,2 | 62,7 | 44,2 | 33,7 | 43,3 |
| 2005 | 43,9 | 62,3 | 39,9 | 59,5 | 35,9 | 37,5 | 38,9 | 63,3 | 44,6 | 33,3 | 43,3 |
| 2006 | 43,8 | 62,7 | 39,6 | 59,8 | 35,8 | 36,4 | 38,1 | 63,3 | 44,9 | 32,8 | 43,7 |
| 2007 | 43,4 | 61,9 | 39,2 | 58,9 | 31,9 | 36,0 | 38,5 | 63,0 | 45,3 | 33,4 | 43,5 |
| 2008 | 44,3 | 63,1 | 39,1 | 58,5 | 33,1 | 35,9 | 36,1 | 62,9 | 46,4 | 33,4 | 44,7 |
| 2009 | 45,2 | 63,7 | 37,6 | 57,8 | 35,9 | 37,6 | 36,0 | 62,5 | 45,6 | 35,2 | 44,9 |
| 2010 | 44,7 | 62,2 | 43,6 | 55,7 | 35,0 | 35,8 | 36,2 | 62,4 | 46,1 | 35,3 | 44,0 |
| 2011 | 43,9 | 61,7 | 46,9 | 56,4 | 36,9 | 35,3 | 38,8 | 63,4 | 44,3 | 34,7 | 44,0 |
| 2012 | 43,8 | 61,3 | 46,0 | 57,0 | 38,5 | 35,0 | 37,3 | 65,2 | 45,2 | 35,6 | 44,5 |
| 2013 | 44,2 | 61,3 | 44,3 | 57,2 | 37,2 | 35,7 | 41,7 | 65,9 | 46,6 | 35,1 | 44,3 |
| 2014 | 44,2 | 61,5 | 44,1 | 57,8 | 38,1 | 34,9 | 43,8 | 66,4 | 48,3 | 36,4 | 43,4 |
| 2015 | 43,7 | 61,2 | 43,5 | 57,9 | 42,5 | 34,7 | 43,3 | 64,1 | 47,1 | 36,7 | 42,1 |
| 2016 | 43,2 | 61,2 | 42,6 | 57,6 | 40,8 | 33,9 | 42,6 | 62,9 | 47,1 | 40,4 | 42,4 |
| 2017 | 43,6 | 60,6 | 42,3 | 57,3 | 41,2 | 33,2 | 42,9 | 66,1 | 47,8 | 38,2 | 43,6 |
| 2018 | 42,9 | 59,5 | 39,8 | 58,4 | 39,1 | 33,4 | 42,6 | 67,0 | 46,4 | 37,9 | 43,9 |
| 2019 | 42,4 | 58,4 | 39,0 | 60,0 | 38,7 | 34,1 | 42,6 | 69,2 | 48,1 | 39,3 | 42,0 |
| 2020 | 42,2 | 58,3 | 39,0 | 59,7 | 39,8 | 35,2 | 43,6 | 68,2 | 49,1 | 35,7 | 42,7 |

Kaynak: Our World in Data team, 2023.

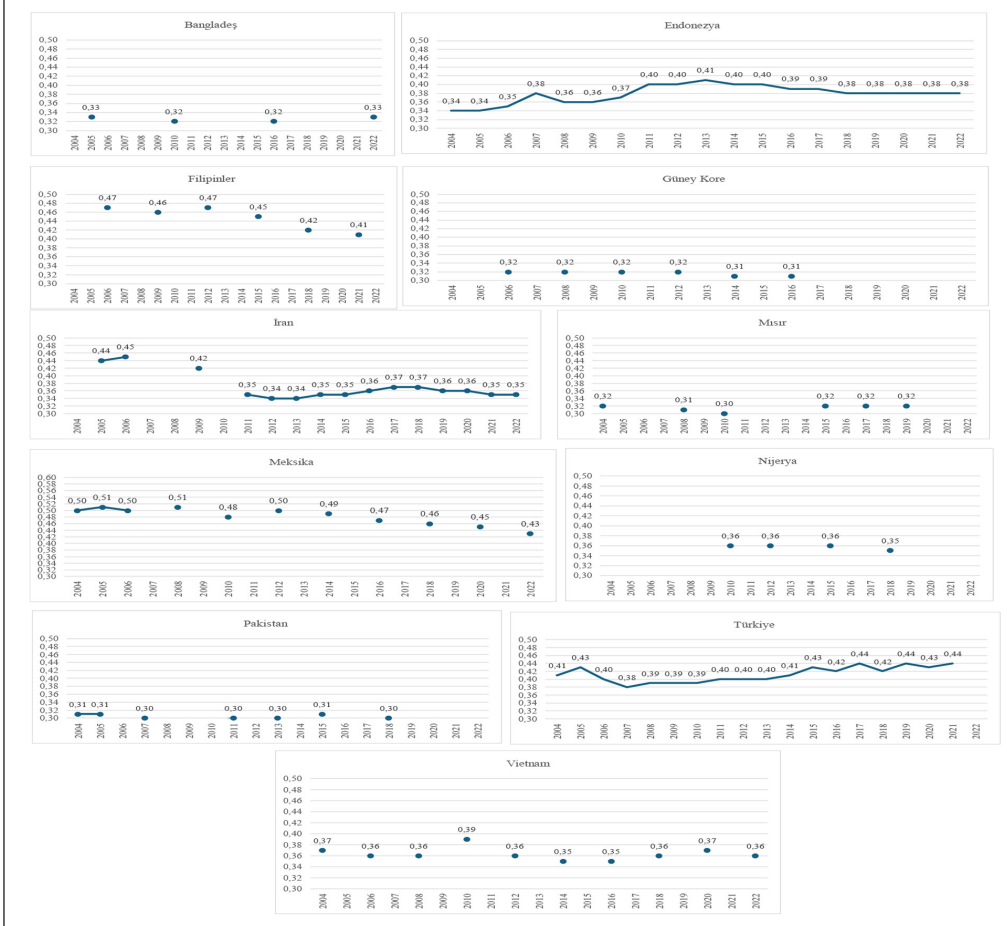
Gösterge değeri; ≤ 40 (çok düşük) olan ülkeler sırasıyla; Filipinler, İran, Meksika ve Türkiye, >40 ila ≤ 50 (düşük) arasında olan ülkeler; Bangladeş, Mısır, Pakistan ve Vietnam, >50 ila ≤ 60 (yetersiz) arasında olan ülkeler; Endonezya ve Güney Kore, >60 ila ≤ 70 (orta) kategorisinde yer alan ülke ise Nijerya'dır. N11 ülkeleri arasında >70 (iyi) kriterine uyan ülke bulunmamaktadır. Yüksek gelirli ülkeler kategorisinde yer alan Güney Kore'de işgücünün GSYİH'deki payı %60'tır. Türkiye özelinde değerlendirildiğinde işgücüne yapılan ödemelerin cari gayrisafi katma değer içindeki payı 2021 yılında %30 iken 2022 yılında %26,3 olarak ilan edilmiştir (TÜİK, 2023).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 10.4.2: Maliye politikasının yeniden dağıtıcı etkisi göstergesinin önemi, ek harcama ve gelirlerin dünya çapında yoksulluğun ve eşitsizliğin azaltılmasına katkıda bulunacak şekilde adil bir şekilde kullanılmasını sağlama amacı taşımasından kaynaklanmaktadır (Mariotti & Jacobs, 2020). Bu gösterge kişi başına prefiskal (veya eşdeğer) gelirin Gini katsayısından, kişi başına postfiskal (veya eşdeğer) gelirin Gini katsayısının çıkarılması olarak tanımlanmaktadır (TÜİK, 2021). Gini katsayısı gelir dağılımı eşitsizliği ölçütlerinden biri olup sıfıra yaklaşması gelir dağılımında eşitliğin sağlandığını gösterirken, bire yaklaşması gelir dağılımının bozulduğunu ifade etmektedir.

Gini katsayısının sağlık eşitsizlikleri ile olan ilişkisine neden olduğu sonuçlar açısından yaklaşılabılır. Gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu yoksul ülkelerde eşitsizlikler, düşük sağlık harcamaları, yüksek işsizlik, düşük eğitim, düşük iş gücü verimliliği düzeyleri ve sağlıkla ilgili zararlı davranışlara neden olmaktadır. Gelirin daha eşit dağılımının sağlandığı ülkelerde bu faktörler olumlu yönde etkilenmektedir (Ray & Linden, 2018). Bununla birlikte Gini katsayısının sağlık ekonomisinde kullanımı daha az yaygın olmasına rağmen gelir eşitsizliği ile bireysel sağlık arasındaki ilişki ve sağlıkta eşitsizliklerle ilgili literatürde ölçüm aracı olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Kawachi vd., 2002; Fang vd., 2010; Haacker, 2023). N11 ülkelerinin 2004-2022 yılları arasında Gini katsayısına ilişkin veriler grafikler ile Şekil-1'de sunulmuştur.

Şekil-1'e göre Gini katsayısının en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Türkiye ve Filipinler'dir. Meksika'da yıllar içerisinde katsayının iyileştiği görülmesine rağmen karşılaştırılan ülkeler arasında gelir dağılımının en adaletsiz olduğu ülkedir. Türkiye'de ise yıllar içerisinde katsayıda önemli bir değişim gerçekleşmemiştir. Katsayının yıllar içerisindeki ortalaması 0,41'dir. Bangladeş, Filipinler, Güney Kore, Nijerya ve Pakistan gibi ülkelerde veri yayımlama sıklığının düşük olduğu görülmektedir. Pakistan, Güney Kore ve Mısır gelir adaletinin nispeten daha iyi olduğu ülkelerdir.

Şekil 1: N-11 Ülkelerinde Gini Katsayısı



Kaynak: Our World in Data Team, 2023.

3.2. N-11 Ülkelerinde Sağlık Eşitsizliklerini Azaltmak İçin İzlenen Politikalar

N11 ülkelerinde sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için izlenen politikaları; yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikalar, eğitim, sosyal ve toplumsal becerilerin geliştirilmesine yönelik politikalar, istihdam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikalar, gelir ve sosyal koruma olanaklarının iyileştirilmesine yönelik politikalar şeklinde kategorize edilebilir. Kapsam olarak bu çalışmada tüm politika olanaklarına yer vermek mümkün olmamakla birlikte sağlıkta eşitsizliğe neden olan belli başlı nedenler ile sağlık sistemine, sağlığa erişime ya da evrensel sağlık kapsayıcılığının geliştirilmesine yönelik düzenlemelerden bazıları aşağıda detaylandırılmıştır.

Bangladeş, sağlık hizmetleri sunan farklı kurumlar ve bakanlıklar arasındaki koordinasyonsuzluktan dolayı tek bir sağlık sorununa ya da programa bağlı olan dikey bir örgütlenme

modeline sahip olup sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinin aksaklığı, kent ve kırsal koşullara bağlı olarak sağlık hizmetlerinin farklılık göstermesi, sağlık çalışanlarının dengeli bir şekilde dağıtılamamış olması, gelir ve servet eşitsizliği gibi faktörler sağlıkta eşitliğin sağlanmasını engellemektedir. Bu nedenle hak temelli sağlık hizmetlerinin benimsenmesi, kırsal ve kentsele bölgeler arasında yolsuzluğun olmadığı bütünleşmiş bir sağlık alt yapısının sağlanması, kamusal sağlık hizmetleri için bütçeden daha fazla pay ayrılması ve eşitliğin sağlanmasına yönelik reform sürecinin devamlılığı gibi politik tedbirler önem taşımaktadır (Azam & Mazid, 2024). Anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, yetersiz beslenmenin azaltılması ve benzeri sağlık göstergelerinde de önemli bir gelişim göstermesine rağmen Bangladeş'te bulaşıcı olmayan hastalık yükünün artması ve COVID-19 pandemisi gibi salgın hastalıklarda ortaya çıkan riskler, hane halkları tarafından yapılan yüksek cepten sağlık harcamaları, zengin ve yoksullar arasındaki sağlık hizmetlerine eşitsiz erişim, nitelikli hizmet sağlayıcılarının yetersizliği gibi zorluklar evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefi için engel teşkil etmektedir. Bangladeş Hükümeti, bu zorlukları aşmak ve 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde öngörülen küresel sağlık hedeflerine ulaşmak amacıyla, 2017-2022 Sağlık Nüfus Beslenme Sektör Programı, 2020-2024 dönemi için Ülke İş Birliği Stratejisi gibi süreçleri izlemektedir (WHO, 2022b).

Endonezya'da sağlık eşitsizliklerinin mevcut durumunu gösteren raporda, bölgeler arası eşitsizlikler, ekonomik statüye bağlı eşitsizlikler, cinsiyet eşitsizliği gibi farklı kategorilerde elde edilen bulgular dezavantajlı bölgelerde sağlık eşitsizliğinin derinleştiğini, zengin alt grupların pek çok sağlık göstergesinde daha iyi performans gösterdiğini, sigara içme ve tüberküloz göstergelerinde erkekler aleyhine, bazı göstergelerde erkekler (sıtma, yaralanma), bazılarında ise kadınlar (ruhsal hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, engellilik) aleyhinde belirgin eşitsizlikler olduğuna dikkat çekilmektedir (WHO, 2017). Endonezya hükümeti tarafından 2009 yılında, eşitlikçi sağlık sistemleri kurmak ve sosyal güvenliği artırmak için zorunlu sağlık harcamaları yürürlüğe konarak yerel yönetimlerin bütçelerinin en az %10'unu, ulusal bütçenin de en az %5'ini sağlık sektörüne ayırması sağlanmış ancak Ağustos 2023'te kabul edilen yeni Sağlık Yasası ile zorunlu sağlık harcamalarını kaldırılmıştır. Bu durumun sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmeleri tehlikeye atarak sağlık eşitsizliklerini artıracığı düşünülmektedir (Sutarsa, 2023). Septiono (2023)'ya göre, Endonezya için sağlık finansmanında, sistemik engellerin ele alınması ve birinci basamak kamu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi eşitsiz sağlık erişimini iyileştirmek için kritik derecede önem taşımaktadır.

Filipinler'de 1991 tarihli Yerel Yönetimler Kanunu ile sağlık sistemi merkezi hükümetten yerel yönetim birimlerine devredilmiş bu durum geliri düşük olan yerel yönetimlerde sağlık hizmet kalitesinin bozulmasıyla sonuçlanmıştır. Bunun dışında Filipinler'de, sağlık çalışanlarının yetersizliği ve bölgeler arasında eşitsiz dağılımı, sağlık sektörü altyapısına yapılan yatırımların yetersizliği ve uzak bölgelerdeki sağlık tesislerine erişimdeki coğrafi zorluklar sağlık eşitsizliklerini artırmaktadır. Ülkede Philhealth adı verilen sosyal sağlık sigortası ile evrensel sağlık kapsayıcılığı için önemli adımlar atılmış olsa da sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda eşitsizlikler söz konusudur (Banaag vd., 2019). Filipinler'de kırsal alanlar hem yatan hasta hem de ayakta tedavi hizmeti sağlayan sağlık tesislerine mekânsal erişilebilirliğin daha zayıf olduğu bölgelerdir (Leyso & Umazaki, 2024). Bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesi için hükümet "Herkes İçin Sağlık Herkes İçin Sağlığa Doğru" sloganı ile evrensel sağlık sigortasına ulaşmayı hedeflerken sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için en yoksul insanlara mali koruma

sağlanması, eşitsizlik olmaksızın sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve daha fazla yanıt verebilirlik için sağlık hizmeti dağıtım ağlarının oluşturulmasını sağlamaya çalışmaktadır (WHO, 2018).

Güney Kore’de ücrete dayalı ulusal sağlık sigortası programı ve devlet tarafından sübvans edilen tıbbi yardım programı olmak üzere iki kademeli bir sağlık güvenlik sistemi bulunmaktadır. Tıbbi yardım programının yararlanıcıları en düşük ekonomik sınıfta yer almaktadır (Kim vd., 2022). Güney Kore’de bölgesel sağlık eşitsizlikleri bulunmaktadır. Kırsal ve kent arasında farklılıklar mevcut olup bunun temel nedeni hastalıklarının ciddiyetine bakılmaksızın metropol şehirlere akın edilmesi ve bu durumun sonucu olarak kırsal alanlardan kaynakların çekilmesidir. Ülkede ulusal sağlık sigortası imkanları güçlendirilmiş ve genişletilmiş olmasına rağmen cepten ödemelerin yüksek olması nedeniyle gelir eşitsizliği sağlık erişimi ve sonuçlarındaki eşitsizliğe de yansımaktadır (WHO, 2019b: 13). Güney Kore mevcut sağlık eşitsizliklerine rağmen SKA’ların uygulanmasından sorumlu bakanlıklar (Dışişleri Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Kore İstatistik Kurumu, Sağlık ve Refah Bakanlığı, Hükümet Politika Koordinasyon Ofisi) aracılığıyla SKA’ların uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik ortak çabalar sonucunda önemli ilerlemeler kaydetmiştir (WHO, 2019b: 17).

İran’da bireylerin sağlık harcamaları için cepten gerçekleştirdiği ödemelerin yüksek oluşu halkın bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olduğu için sağlık sistemine yönelik reform çalışmaları yapılmış olmasına rağmen sağlıkta eşitliği sağlama konusunda çok başarılı olunamamıştır. 2014 yılında İran hükümeti, “İran Sağlık Dönüşüm Planı” adıyla yeni bir reform planı uygulamaya koymuştur. Bu planın en önemli amaçları; evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefine 2025 yılına kadar ulaşarak herkes için temel tedavi hizmetlerinin karşılanması, hastaların mali kaygılar nedeniyle mağduriyet yaşamaması ve cepten sağlık için yapılan ödemelerin azaltılmasını hedeflemesidir (Moeeni vd., 2022). Ghiasvand vd. (2021)’nin çalışmalarında anne ve çocuk ölümü, diyabet ve obezite gibi risk faktörleri ve sağlık göstergeleri temel sağlık hizmetleri ağlarının genişletilmesi, sağlıkta uzman insan kaynaklarına yönelik artan talebe yanıt vermek için değiştirilmiş tıp eğitimi sistemi ve sigorta kapsamındaki ilerlemeler yaşam beklentisinin artmasına ve ölüm oranlarının azalmasına katkıda bulunurken, sağlık kaynaklarının adil dağıtımı konusunda hala zorluklar yaşanmaktadır. İran’da sağlık hizmetlerine erişimin kişinin mali imkanlarına göre belirlendiği bir meta haline geldiği, varlıklı ailelerin daha yüksek masrafları karşılayabildiği ancak düşük gelirli ailelerin yetersiz sağlık hizmeti alma riskiyle karşı karşıya olduğu belirtilmektedir (Country Policy and Information Team, 2024).

Meksika’da sağlık hizmetlerine erişim konusunda sosyo-mekansal ayrışmadan kaynaklanan sağlık alt yapısının yetersizliği eşitsizliğe neden olan önemli bir faktördür. Bu ayrışmaya bağlı olarak sağlık hizmetleri ve diğer sosyal hizmetler merkezde yoğunlaşırken çevredeki insanların bu hizmetlere erişimi zorlaşmaktadır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerine eşitsiz erişim; yoksulluk, yaşanan bölge ve eğitim düzeyi gibi sosyal belirleyicilerden kaynaklanmaktadır (Cazares vd., 2019: 18). Meksika, evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak ve sağlık sigortası kapsamını genişletme konusunda önemli adımlar atmıştır. 2004 yılında başlatılan Seguro Popular programının sağlık sigortasının yaygınlaşmasında önemli bir payı bulunmaktadır (Hanna & Bohl, 2018). Unger-Saldana vd. (2023) tarafından yürütülen çalışmaya göre, Seguro Popular programı, Meksika’da yapılan sağlık reformunun finansman mekanizması olmuştur. Daha sonra yönetim değişikliği ile bu programın yerine 2020 başında” Instituto de Salud para el Bi-

enestar (INSABI)” isimli yeni bir kurum oluşturmuştur. INSABI 2023’te kaldırılmış ve işlevleri yeni oluşturulan IMSS-Bienestar adlı bir devlet kurumuna devredilmiştir. Seguro Popular programı aracılığıyla sağlık kapsayıcılığı artırılrsa da hizmet sunumu kapasitesindeki yerel farklılıklara bağlı olarak hizmet sunumunda heterojenite oluşmuş, reform yaşanması ve politika açıklarına karşı sürekli iyileştirme eksikliği nedeniyle program gerilemiştir.

Mısır, güvenli içme suyu ve iyileştirilmiş sanitasyon hizmetlerine neredeyse evrensel erişim sağlanmış, 2000-2014 yıllarında nüfusun sırasıyla %90’ı bu hizmetlere erişebilmiştir. Ülkede, özellikle servet dilimleri arasındaki eşitsizlik farkını kapatmada önemli ilerlemeler kaydetmiştir. 2000 yılında en yoksul gelir diliminin yüzde 40’ından azı nitelikli doğum yardımına erişebilirken, en zengin gelir diliminde bu oran %95’e yaklaşmıştır. Kentsel ve kırsal alanlar arasındaki fark da büyük ölçüde azalmıştır. Bebek ölüm oranlarında önemli düşüşler kaydedilmiştir. Sağlık harcamalarının yaklaşık üçte ikisinin cepten yapılmakta olup sağlık eşitsizliklerini azaltmada daha fazla ilerleme kaydedilmesi olasıdır (Abu-İsmail vd., 2023). Ülke, Vizyon 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Stratejisi’nde sağlık hizmetlerin kullanılabilirliği ve finansal kapsamı ile ilgili hedefler saptamış ve 2018 yılında Evrensel Sağlık Sigortası yasasını kabul etmiştir. Yasanın ülkede 2032 yılına kadar tamamlanması hedeflenmekle birlikte finansman konusunda sorunlar bulunmakta ve cepten yapılan ödemelerin yüksek olması sağlık eşitsizliklerini artırmaktadır (Salama, 2022).

Nijerya, gelir eşitsizliğinin yüksek, sağlık sisteminin yetersiz finanse edildiği ve yoksulların zenginlere göre sağlık maliyetleri için dokuz kat daha fazla harcama gerçekleştirdiği ve bunun sonucu olarak sağlık eşitsizliklerinin yüksek olduğu bir ülkedir (Abu, 2024). Lancet’in Nijerya Komisyonu raporuna (2022) göre gelirin, servetin ve sağlığın son derece eşitsiz dağıldığı ülkede sağlığı etkileyen faktörlerin büyük çoğunluğu karmaşık siyasi yapısı, zayıf yönetim, yetersiz hesap verebilirlik, verimsizlik ve yolsuzluk gibi sağlık sektörü dışındaki nedenler olmakla birlikte sağlık sektörü ile ilgili temel problemler mevcut kaynakların etkisiz kullanımı, sağlık ve ölüm verilerinin eksikliği, sağlık ve sağlık hizmetleri için yetersiz finansman, sağlık finansmanının sağlık hizmetlerinin satın alınması için yeterince etkin dağıtılmaması ve nüfus eşitsizliklerinin büyüklüğü şeklinde sıralanmaktadır (Abubakar vd., 2022). Evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefine ulaşabilmek için bu temel parametrelerin düzeltilmesi büyük önem taşımaktadır.

Pakistan’da sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu başlıca sorunlar; kaynakların eşitsiz dağılması, sağlık harcamaları için ayrılan kaynakların yetersizliği, koruyucu sağlık hizmetlerine uyumsuzluk ve beyin göçü olmakla birlikte evrensel sağlık kapsamının artırılmasına yönelik bir girişim olan Sehat Sahulat Programı, ülkenin sağlık sistemi açısından başarılı bir program olarak görülmektedir (Khan vd., 2023). Pakistan’da sağlık anayasal bir hak olarak tanınmadığı gibi savunma harcamaları için bütçeden orantısız bir şekilde ayrılan pay sağlık ve sosyal hizmetlerin ihmal edilmesine neden olmaktadır (Human Rights Commission of Pakistan, 2020).

Vietnam’da sağlık eşitsizlikleri demografik özellikler, coğrafi konum, etnik azınlıklar grupların yoksul olması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Hükümetin sağlıkta meydana gelen eşitsizlikleri azaltmak için uyguladığı politikalardan biri, 2017 yılında yoksul ve etnik azınlıklara ücretsiz sağlık sigortası sağlanması olmuştur (Tung vd., 2020). Ancak daha önce 2010 yılında yoksullar için temel sağlık hizmetlerini kapsayan sağlık fonu programı başlatılmış ve evrensel sağlık kapsayıcılığı benimsenmiştir (Dang & Nguyen, 2022).

Türkiye’de sağlık hakkı anayasal bir kavramdır. Sağlığa erişim konusunda son dönemde yapılan reformlar Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde şekillendirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulamaya geçmiş olup 2002 yılında ilan edilen 58. Hükümetin “Herkesin Sağlıklı” hedefi doğrultusunda ve acil eylem planı kapsamında oluşturulan temel hedefleri içermektedir. Bu program ile yapılan düzenlemeler incelendiğinde Sağlık Bakanlığının yapılanması değiştirilmiş, genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinin tek bir kurum tarafından finansmanı sağlanmış, etkili bir sevk zinciri oluşturularak vatandaşların sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artırılması için adımlar atılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de evrensel sağlık kapsayıcılığı anlayışının benimsenmesinin sonucu olarak SKA 3.8.1: Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı endeksi açısından 75 endeks puanı ile sağlık hizmetlerine erişim konusunda ve SKA 3.8.2: Cepten yapılan harcamalar açısından karşılaştırılan ülkeler arasında önemli bir ilerleme sağlandığı görülmekle birlikte hâlâ kapsayıcılığın geliştirilmesi ve finansal zorluklar için atılması gereken adımlar olduğu görülmektedir. Bu durumun önündeki en önemli engellerden biri sağlık hizmetlerinde özel sektörün payının artması ve bu sektörde alınan hizmetler için fark ücreti alınmasının yanı sıra sağlık sigortası primlerinin düzenli ödenmesi şartına bağlı olması kapsam dışında kalanların olması ile sonuçlanmaktadır (Dorlach & Yeğen, 2023). İlave olarak kayıt dışı istihdam, hane halkı gelirlerinin izlenmesindeki zorluklar, bağımsız çalışanların prim ödeyememe sorunlarıyla karşılaşabilmesi evrensel sağlık kapsayıcılığının tam olarak sağlanmasını zorlaştırmaktadır (Buffel & Nicaise, 2018: 7).

N-11 ülkelerinin izledikleri politikalardan hareketle evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşılması ya da sağlık harcamalarının neden olduğu olumsuz finansal koşulların etkilerinin azaltılabilmesinin yolunun yalnızca gelirin artırılması ve sosyal koruma olanaklarının iyileştirilmesine yönelik politikalardan oluşmadığı görülmektedir. Kayıt dışı istihdamın önlenmesini sağlayacak politikaların, istihdam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikaların ve gelir dağılımında adaleti sağlayacak politikaların entegre bir şekilde uygulanması gerektiğini söylemek mümkündür. Sağlık sisteminin güçlendirilmesi eşitliğin sağlanması için önemlidir. Fakat bununla birlikte sağlığa ilişkin koşulların yoksullar ya da zenginler arasındaki dağılımında eşit olanakların sağlanması, kent ya da kırsal kesimdeki dağılımında eşitliğin sağlanması ve cinsiyet farklılıklarına göre eşit dağılımın sağlanması da önemli hususlardır.

N-11 ülkelerinin verilerinden hareketle sağlık reformlarının dinamik bir yapıya sahip olduğu, toplumun değişen yapısına uyum sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerektiği, sağlık bütçesinin en az savunma bütçesi kadar önemli olduğu, bir ülkenin jeopolitik, coğrafi, siyasi ve yapısal özelliklerinden en çok etkilenen alanlardan biri olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar diğer alanlara ayrılan kaynaklar ile bir değiş-tokuş ilişkisine neden olmaktadır. Bu nedenle de Deaton (2013: 131)’in ifadesiyle sağlık hizmetleri dünyanın en zengin ülkelerinde bile koşulları ve düzenlemeleri açısından hükümetler tarafından yürütülen en zor, en çekişmeli ve siyasi yükü en ağır işlevlerdendir.

3. Sonuç

Gündem 2030, Birleşmiş Milletler tarafından küresel olarak sürdürülebilir kalkınmayı sağlamak için belirlenen 17 sürdürülebilir kalkınma amacı çerçevesinde oluşturulan bir eylem

planıdır. Başlı başına bir sürdürülebilir kalkınma amacı olan sağlık, sürdürülebilir kalkınma amaçları ya da bu eylem planı çerçevesinde sağlık dışındaki diğer 16 amaç ile olan ilişkisine çok farklı yönlerden yaklaşılabilecek bir alandır. Bu durumun en temel gerekçesi hayatın her alanının aslında sağlıkla ilişkili olması ve hayatın her alanında sağlıkla ilgili gerçekleştirilecek aksaklıklar için farklı çözümler geliştirilebileceğidir. Bu çalışmada, sağlıkta meydana gelen eşitsizliklerin sürdürülebilir kalkınma amaçları ile arasındaki ilişki ve mevcut olan aksaklıkların giderilmesi için neler yapılabileceği ele alınmıştır. Bu amaçla sağlığın ekonomik eşitsizlikler ile olan ilişkisi, sağlığa erişimin önündeki ekonomik engellerin neler olduğu, SKA3 ve SKA10’da yer alan göstergeler için N-11 ülkelerindeki 2004-2020, 2004-2022 tarihleri arasındaki veriler ele alınmıştır. Tüm ülkeler için karşılaştırılabilir verilerin teminindeki güçlükten dolayı bazı ülkelerde 2020 yılına kadar temin edilebilen veriler paylaşılabilmektedir.

N-11 ülkelerinin seçilmiş olmasının gerekçeleri bu ülkelerin dünyanın en büyük ekonomileri arasında yer alma potansiyeli taşıması, önemli bir nüfusa sahip olmaları nedeniyle sağlık eşitsizliklerin azaltılması ve buna bağlı olarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinin hem sağlık göstergelerinin iyileşmesine hem de küresel hastalık yükünün azaltılmasına katkı sağlayabilmesi gibi faktörlerden ileri gelmektedir. Çalışmada bu temel gerekçelere bağlı olarak N-11 ülkelerinde SKA3 ve SKA10’un sağlık eşitsizliklerini azaltma amacı taşıyan performans göstergeleri (SKA 3 sağlık ve kaliteli yaşam başlığında yer alan 3.8.1 ile 3.8.2 ve SKA10 kapsamında yer alan 10.2. ve 10.4.) için yıllar içerisindeki gelişim seyri ele alınmıştır. Literatürde sağlık ve eşitsizlik konusunu sürdürülebilir kalkınma hedefleri ile ilişkilendiren çalışmalarda evrensel sağlık kapsayıcılığı (Hosseinpoor vd., 2018), cepten yapılan sağlık harcamalarına bağlı olarak ortaya çıkan finansal katastrofi (Rahman vd., 2022) gibi göstergeler ulusal düzeyde ele alınmıştır. Bu çalışmayı öne çıkan çalışmalardan farklı kılan yönü sağlıkta eşitsizlikleri önlemeye yönelik seçilmiş göstergelerin ülkeler arası bir karşılaştırma ile ele alınmış olması ve odak noktasında SKA3 ile SKA10 arasındaki ilişkinin bulunmasıdır.

SKA3 ve SKA10’da yer alan ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasını hedefleyen performans göstergeleri için N-11 ülkeleri üzerine gerçekleştirilen karşılaştırmada sağlık alanındaki uluslararası eşitsizliklerin azalması için katedilmesi gereken önemli adımlar olduğu görülmektedir. N-11 ülkelerinde yaşayan nüfusun sağlık sonuçlarının, sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi bu ülkeler açısından sahip olduğu nüfus potansiyeli nedeniyle oldukça önemli olup her ülkenin mevcut durumunu daha ileriye taşıyabilmesinin önündeki engelleri azaltacak yönde sağlık ve ekonomi politikalarını şekillendirmesi oldukça elzemdir.

Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda tıbbi hizmetlere erişim konusunda eşit imkanlara sahip olamamanın toplumsal refah artışına paralel olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliğin en önemli göstergelerinden biri olan evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefine ulaşılabilmesi ve dolayısıyla sağlık sigortasının kapsamının genişletilmesi için gelir ve sosyal koruma olanaklarının iyileştirilmesine yönelik politikaların düzenlenmesi yetmemekte bu politikaların sürdürülebilirliğinin de güvence altına alınması gerektiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sigorta primleriyle merkezi olarak finanse edilmesi durumunda yüksek finansman maliyetlerinin prim ödeyenler için caydırıcı nitelikte olması, kayıt dışı istihdamın varlığı gibi nedenler sistemin kapsayıcılığının önündeki başlıca engelleri oluşturduğundan iş yaşamına ilişkin politikaların da sağlık ve sos-

yal korumaya yönelik politikalar ile bütünleşik bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Büyük oranda devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinde ise hem finansman hem de bürokratik sorunların çözüme kavuşturulması hükümetlerin bütçe tahsisinde sağlık ve refaha katkı sağla-yan diğer hizmetler için fırsat maliyetini iyi analiz etmesine bağlıdır.

Günümüzde uygulanan ekonomi politikalarına bağlı olarak sağlık hizmetlerinde artan özelleştirmelerin sonucunda toplumda hiyerarşik farklılıkların neden olduğu sağlık eşitsizliklerinin minimize edilmesi gerekmektedir. Bireylerin sosyo-ekonomik statüsünden kaynaklanan farklılıkların azaltılmasına yönelik tedbirler, ailede başlayan, eğitim ile devam eden, iş gücü piyasasının ve gelir dağılımı politikalarının düzenlenmesi ile aslında toplumsal yapının hem sosyal hem de ekonomik olarak değişimini sağlamaktadır. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için izlenen politikaları; yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikalar, eğitim, sosyal ve toplumsal becerilerin geliştirilmesine yönelik politikalar, istihdam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikalar ve bu politikaların ötesinde sağlık sistemlerinin dinamiklerini izleyen, sağlık sistemlerine toplumun değişen yapısına uyum sağlayacak niteliklerin kazandırılmasını sağlayacak politikaların da uygulanması gerektiğinin altını çizmek gerekmektedir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi kadar sağlık tesislerinin ve sağlık çalışanlarının da toplumun sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizliğe neden olmayacak şekilde tahsis edilmesi gerekmektedir.

Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için bir diğer önemli faktör sağlığın politika ile bütünleşmiş bir yapıya sahip olmasından dolayı sağlık politikalarının odağına kamu yönetiminin tüm alanlarını kapsayacak şekilde entegre bir bakış açısının kazandırılmasıdır. Örneğin tütün kontrolünü sağlamaya yönelik bir politika izleniyorsa bu politikanın paydaşları olan Kalkınma, Sağlık, Eğitim, Maliye, Ticaret ve Adalet Bakanlığı gibi tüm kurumların politikaları birbiri ile paralellik göstermelidir. Yeniliklerden beslenmek için gerektiğinde sektörler arası ve uluslararası iş birliklerinden yararlanılmalıdır. Çağımızda bilginin dağılım hızına bağlı olarak tıbbi yeniliklerin yayılım hızındaki artış göz önünde bulundurulduğunda sağlık sistemlerinin bu yeniliklere uyum yeteneğinin artırılmasının önemini artmaktadır. Gelecek çalışmalar için sağlık alanında teknolojik imkanlar ve tıbbi yeniliklerden yararlanma konusundaki eşitsizlikler ele alınabilir.

Katkı Oranı Beyanı

Makale tek yazarlı olup tüm çalışma yazar tarafından yapılmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

Kaynakça

- Abu, J. M. (2024). *Income inequality and funding in the health sector in Nigeria*, <https://www.dejusticia.org/en/health-inequalities-in-nigeria/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 29.05.2024.
- Abubakar, I., Dalglish, S. L., Angell, B., Sanuade, O., Abimbola, S., Adamu, A. L., ... Zanna, F. H. (2022). The Lancet Nigeria Commission: investing in health and the future of the nation. *The Lancet*, 399(10330), 1155-1200.
- Abu-Ismael, K., Baltaji, R., & Hlasny, V. (2023). *Inequality in Egypt: facets and challenges*, https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/inequality-egypt-facets-challenges-english_0.pdf sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 01.06.2024.

- Acar, T., & Topdağ, D. (2022). OECD ülkelerinde sefalet endeksi ve ekonomik kalkınma ekseninde sağlık harcamalarının belirleyicileri: Toplamsal olmayan sabit etkili panel kantil regresyon yaklaşımı. In *Journal of Social Policy Conferences*, No. 82, 267-286.
- Akdemirel, E. (2024). OECD Ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1347335>.
- Arı, O. (2018). *Türkiye’de sağlık harcamaları: Ulusal sağlık hesapları sonuçlarının genel değerlendirmesi 1999-2016*. <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/20230703122537-4XnBZtkqGR8q-.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- Arya, P., Srivastava, M., & Jaiswal, M. (2020). Modelling environmental and economic sustainability of logistics, *Asia-Pacific Journal of Business*, 12(1), 73-94.
- Asefa, S. (2005). *The economics of sustainable development*. WE Upjohn Institute. The USA: Michigan.
- Aung, M. N., Koyanagi, Y., & Yuasa, M. (2021). Health inequality among different economies during early phase of COVID-19 pandemic. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 96, 1-4.
- Aykaç, M., Dağdemir, Ö., & Gündoğan, N. (2013). *Gelir dağılımı ve yoksulluk*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını. <https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/IKT402U/ebook/IKT402U-13V3S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- Azam, D. M. G., & Mazid, M. A. (2024). Health equity in Bangladesh: A comparative review and recommendations for policy and practice, *SSRN Electronic Journal*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4726520 sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Banaag, M. S., Dayrit, M. M., & Mendoza, R. U. (2019). Health Inequity in the Philippines. İçinde Batabyal et al. (Eds.), *Disease, Human Health, and Regional Growth and Development in Asia* (s. 163-174). New Frontiers in Regional Science: Asian Perspectives 38. https://doi.org/10.1007/978-981-13-6268-2_8.
- Barron, G. C., Koonin, J., Akselrod, S., Fogstad, H., Karema, C., Ditiu, L., ... & Joshi, N. (2023). Universal Health Coverage is a matter of equity, rights, and justice. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1335-e1336. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00317-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00317-0).
- BBC News, (2024a). *BRICS: Türkiye'nin ilgilendiği belirtilen topluluk neden önemli, amacı ne?* <https://www.bbc.com/turkce/articles/cyxvlg00dxo> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- BBC News, (2024b). *Türkiye, BRICS üyeliği konusunda hangi mesajları veriyor?* <https://www.bbc.com/turkce/articles/ceqqdn6dwpdo> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Birleşmiş Milletler-Türkiye (2021). *Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları çalışmalarımız*. <https://turkiye.un.org/tr/sdgs> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.04.2024.
- Blake, P., & Wadhwa, D. (2020). *2020 Year in Review: The impact of COVID-19 in 12 charts*. <https://blogs.worldbank.org/en/voices/2020-year-review-impact-covid-19-12-charts> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.07.2024.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207-1209. doi: 10.1126/science.287.5456.1207
- Bozma, G., Eren, M. & Başar, S. (2018). Gelir dağılımı eşitsizliği ve yaşam beklentisi ilişkisi: Wilkinson Hipotezi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32(3), 793-805.
- Brundtland, G. H. (1987). Brundtland report. Our common future. *Comissão Mundial*, 4(1), 17-25.
- Bucciardini, R., Zetterquist, P., Rotko, T., Putatti, V., Mattioli, B., De Castro, P., ... & Costa, G. (2023). Addressing health inequalities in Europe: key messages from the Joint Action Health Equity Europe (JAHEE). *Archives of Public Health*, 81(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01086-3>.

- Buffel, V., & Nicaise, I. (2018). *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Belgium*, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20374&langId=en> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.07.2024.
- Buzeti, T., Madureira Lima, J., Yang, L., & Brown, C. (2020). Leaving no one behind: health equity as a catalyst for the sustainable development goals. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_1), i24-i27. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa033>.
- Callander, E. J., & Topp, S. M. (2020). Health inequality in the tropics and its costs: a Sustainable Development Goals alert. *International Health*, 12(5), 395-410. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz112>.
- Cazares, L., Brandt, C., Hernandez, I., & Rodriguez, A. (2019). *Innovation And Rights; A Program to Advance Sustainable Development In Mexico City*. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/2021-04/Mexico%20City%20VLR.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 15.07.2024.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58(1), 41-56. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00159-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00159-X).
- Country Policy and Information Team, (2024). *Country policy and information note: Medical and healthcare issues, Iran*. <https://www.gov.uk/government/publications/iran-country-policy-and-information-notes> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.07.2024.
- Çiftçi, C., & Durusu-Çiftçi, D. (2023). Institutions and Export in Next Eleven Countries, İçinde S. Yaraşır (Ed.) *Kamu Kesimi ve Güncel Yaklaşımlar (Teori ve Uygulama)*, (s. 145-166). Gazi Kitabevi, Ankara.
- Çukur, A., & Bekmez, S. (2011). Türkiye’de gelir, gelir eşitsizliği ve sağlık ilişkisi: Panel Veri Analizi bulguları. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 10(1), 21-40.
- Çukur, A., & Bekmez, S. (2012). Türkiye’de gelir eşitsizliği ile algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin ulusal sağlık anket verileri ile incelenmesi. *İktisat İşletme ve Finans*, 27(314), 73-104.
- Dahan, M. E., & Zhdannikov, D. (2024). *Exclusive: Saudi Arabia still considering BRICS membership, sources say*. <https://www.reuters.com/world/middle-east/saudi-arabia-considering-brics-membership-sources-2024-01-18/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Dang, N. A., & Nguyen, T. P. T. (2022). Reducing health inequalities in Vietnam: Implications for health in all policy. *The VMOST Journal of Social Sciences and Humanities*, 64(3), 65-70. [https://doi.org/10.31276/VMOSTJSSH.64\(3\)](https://doi.org/10.31276/VMOSTJSSH.64(3)).
- Deaton, A. (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41(1), 113-158.
- Deaton, A. (2013). *Büyük firar; sağlık, varlık ve eşitsizliğin kökenleri* (A. Babacan, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Debie, A., Nigusie, A., Gedle, D., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2024). Building a resilient health system for universal health coverage and health security: a systematic review. *Global Health Research and Policy*, 9(1), 2.
- Dorlach, T., & Yeğen, O. (2023). Universal Health Coverage with Private Options: The Politics of Turkey’s 2008 Health Reform. *St Comp Int Dev*, 58, 430–456. <https://doi.org/10.1007/s12116-023-09402-2>.
- Fang, P., Dong, S., Xiao, J., Liu, C., Feng, X., & Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: evidence from China. *Health policy*, 94(1), 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.08.002>.

- Feng, Y., Tuan, T. D., Shi, J., Li, Z., Maimaitiming, M., Jin, Y., & Zheng, Z. (2024). Progress towards health equity in Vietnam: evidence from nationwide official health statistics, 2010-2020. *BMJ Global Health*, 9(3), e014739. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014739>.
- Fuchs, V. R. (1992). Poverty and Health: Asking the Right Questions. *The American Economist*, 36(2), 12-18.
- Gedik, Y. (2020). Sosyal, ekonomik ve çevresel boyutlarla sürdürülebilirlik ve sürdürülebilir kalkınma. *Uluslararası Ekonomi Siyaset İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 3(3), 196-215.
- Ghiasvand, H., Mohamadi, E., Olyacemanesh, A., Kiani, M. M., Armoon, B., & Takian, A. (2021). Health equity in Iran: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35:51. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.51>.
- Gillis, M. (2005). Some Neglected Aspects of Sustainable Development. İçinde S. Asefa (Ed.). *The Economics Of Sustainable Development*, (s. 19-30). Michigan: WE Upjohn Institute.
- Gilman, R. (1992). *Sustainability by Robert Gilman from the 1992 UIA/ AIA call for sustainable community solutions*. <https://www.context.org/about/definitions/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 16.07.2024.
- Griggs, D. J., Nilsson, M., Stevance, A., & McCollum, D. (2017). *A guide to SDG interactions: from science to implementation*. <https://council.science/publications/a-guide-to-sdg-interactions-from-science-to-implementation/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Gutierrez, J. P., Agudelo-Botero, M., Garcia-Saiso, S., Zepeda-Tena, C., Davila-Cervantes, C. A., Gonzalez-Robledo, M. C., ... & Lozano, R. (2020). Advances and challenges on the path toward the SDGs: subnational inequalities in Mexico, 1990-2017. *BMJ Global Health*, 5(10), e002382. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002382>.
- Gündüz, M., & Yılmaz, G. (2021). Ekonomik kalkınma ve sosyal sermaye arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modellemesi yöntemi ile analizi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1), 239-261.
- Haacker, M. (2023). Contributions of declining mortality, overall and from HIV, TB and malaria, to reduced health inequality and inequity across countries. *Health Policy and Planning*, 38(8), 939-948. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad046>.
- Hák, T., Janoušková, S., & Moldan, B. (2016). Sustainable Development Goals: A need for relevant indicators. *Ecological indicators*, 60, 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.ecolind.2015.08.003>.
- Hanna, T. L., & Bohl, D. K. (2018). *Sustainable Development Goals Report: Mexico 2030*. <https://pardee.uu.edu/sites/default/files/UNDP%20Mexico.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- FasterCapital, (2024). *Healthy Nations: Healthcare Advancements in the Next Eleven*. <https://fastercapital.com/content/Healthy-Nations--Healthcare-Advancements-in-the-Next-Eleven.html> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 13.04.2024.
- Heller, P. (2007). *What should macroeconomists know about health care policy?* <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 15.05.2024.
- Hiyoshi, A., Honjo, K., Platts, L. G., Suzuki, Y., Shipley, M. J., Iso, H., ... & Brunner, E. J. (2023). Trends in health and health inequality during the Japanese economic stagnation: Implications for a healthy planet. *SSM-Population Health*, 22, 101356. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101356>.
- Hosseinpoor, A. R., Nambiar, D., & Schlotheuber, A. (2018). Monitoring health inequality in Indonesia. *Global Health Action*, 11(sup1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101356>.
- Human Rights Commission of Pakistan, (2020). *The right to health a people's manifesto*, <https://hrcpweb.org/hrpweb/wp-content/uploads/2020/09/2024-The-Right-to-Health-A-Peoples-Manifesto.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.06.2024.

- Institute for Health Metrics and Evaluation, (2023). *Global Burden Disease Compare Data Visualization. Global Burden of Disease Study 2021*. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 18/07/2024.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, (2024a). *Global Burden Disease Compare Data Visualization*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 24.05.2024.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, (2024b). *Global Burden Disease Data and Tools Overview*. <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd/gbd-data-and-tools-guide> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.07.2024.
- International Labor Organization, (2023). *Dönüştürücü değişim ve SKA 8: Kolektif yeteneklerin ve toplumsal öğrenmenin kritik rolü*. [https://www.ilo.org/tr/publications/donusturucu-degisim-ve-8-ska-kolektif-kabiliyetlerin-ve-toplumsal](https://www.ilo.org/tr/publications/donusturucu-degisim-ve-8-ska-kolektif-kabiliyetlerin-ve-toplumsal-sayfasından) sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 27.05.2024.
- Işık, A. F., Demirel, B., & Şenol, E. (2004). Bildirilen ölüm nedenleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 1(1), 1-11.
- İşleyen, Ş. (2019). Sağlık harcamaları, çevre kirliliği ve ekonomik kalkınma ilişkisi: 1998-2016 OECD Ülkeleri Örneği. *Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(7), 63-79.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34(1 Pt 2), 215.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652.
- Khan, S. J., Asif, M., Aslam, S., Khan, W. J., & Hamza, S. A. (2023). Pakistan's healthcare system: A review of major challenges and the first comprehensive universal health coverage initiative. *Cureus*, 15(9). 10.7759/cureus.44641.
- Kim, A.Y., Seo, M.S., & Kang, H.Y. (2022). Health disparity and healthcare utilization inequity among older adults living in poverty in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 22, 999. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03686-0>.
- Kiraz, D. E. (2019). Sağlıkın sosyal belirleyicileri, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, Eylül, Ekim, Kasım 2019, s.52. 10-13.
- Koç, E. (2021). *Sanayileşme ve kalkınma dinamikleri sürdürülebilir kalkınma ve beşeri sermaye*, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Kulik, R. M. (2024). *Sustainable development. Encyclopedi Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/sustainable-development> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.07.2024.
- Leyso, N. L., & Umezaki, M. (2024). Spatial inequality in the accessibility of healthcare services in the Philippines. *GeoJournal*, 89(3), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10708-024-11098-3>.
- Lous, B., & Graafland, J. (2022). Who becomes unhappy when income inequality. *Applied Research in Quality of Life*, 17, 299-316. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09906-2>.
- Mariotti, C., & Jacobs, D. (2020). *The Redistributive Impact of Fiscal Policy Indicator A User Guide*. https://webassets.oxfamamerica.org/media/documents/The_Redistributive_Impact_of_Fiscal_Policy_Indicator_A_User_Guide_final.pdf sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 25.05.2024.
- Marmot, M. (2024). We know what we need to do to improve health and reduce inequalities, now we need politicians to act. *The BMJ*, 384. <https://doi.org/10.1136/bmj.q93>.
- Mensah, J., & Ricart Casadevall, S. (2019). Sustainable development: Meaning, history, principles, pillars, and implications for human action: Literature review. *Cogent Social Sciences*, 5(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2019.1653531>.

- Mentes, M. (2023). Retracted article: Sustainable development economy and the development of green economy in the European Union. *Energy, Sustainability and Society*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13705-023-00410-7>.
- Moeeni, M., Nosratnejad, S., Ponnet, K., Rostampour, M., & Ponnet, K. (2023). To what extent has the Iranian Health Transformation Plan addressed inequality in healthcare financing in Iran? *International Journal for Equity in Health*, 22 (62), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01880-z>.
- Morgon, P. A. (2014). Sustainable Development for the Health-Care Industry: Setting the Stage. İçinde P. A. Morgon, (Ed.) *Sustainable development for the healthcare industry: reprogramming the healthcare value chain*. (s. 1-38). Switzerland: Springer.
- Nezamoleslami, D., Mohamadi, E., Larijani, B., Olyaeemanesh, A., Tavani, M. E., Rashidpouraie, R., & Bathaei, F. S. (2022). Barriers of health equity in the Iranian health system from the medical ethics viewpoint. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15. <https://doi.org/10.18502%2Fjmehm.v15i14.11570>.
- Nguyen, P. T., Rahman, M. S., Le, P. M., Van Nguyen, H., Vu, K. D., Nguyen, H. L., ... & Gilmore, S. (2021). Trends in, projections of, and inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health service coverage in Vietnam 2000-2030: a Bayesian analysis at national and sub-national levels. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100230>.
- O'Neill, J. (2018). *The “Next Eleven” and the World Economy*, <https://www.project-syndicate.org/commentary/n-11-global-economy-by-jim-o-neill-2018-04> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Our World in Data team, (2023). *Reduce inequality within and among countries*. <https://ourworldindata.org/sdgs/reduced-inequalities> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 23.05.2024.
- Önder, H. (2020). Bir sürdürülebilir kalkınma hedefi olarak sağlık. *Akademia Doğa ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 10-24.
- Rachmad, S. H., Naz, L., Fajar, M., & Dillena, K. (2020). *Health Inequality and Deprivation in Developing Countries: Indonesia, Pakistan and Philippine*. https://www.unescap.org/sites/default/files/APS2020/23_Health_Inequality_and_Deprivation_in_Developing_Countries_Indonesia_Pakistan_Philippine.pdf sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 16.07.2024.
- Rahman, T., Gasbarro, D., & Alam, K. (2022). Financial risk protection in health care in Bangladesh in the era of Universal Health Coverage. *Plos one*, 17(6), e0269113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269113>.
- Rasanathan, K., & Diaz, T. (2016). Research on health equity in the SDG era: the urgent need for greater focus on implementation. *International journal for equity in health*, 15, 1-3. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0493-7>.
- Ray, D., & Linden, M. (2018). Health, inequality and income: a global study using simultaneous model. *Journal of Economic Structures*, 7, 1-28. <https://doi.org/10.1186/s40008-018-0121-3>.
- Sachs, J. D. (2001). The strategic significance of global inequality. *Washington Quarterly*, 24(3), 185-198.
- Sachs, G. (2007). Beyond the BRICs: A look at the next 11. *Beyond BRICS; Goldman Sachs Global Economic Group: New York, NY, USA*, 161-164.
- Sachs, J. D. (2012). From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*, 379(9832), 2206-2211. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60685-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60685-0).
- Salama, N. (2022). *Health equity in Egypt: Reflections in 2022*, <https://aps.aucegypt.edu/en/articles/786/health-equity-in-egypt-reflections-in-2022> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 16.07.2024.

- Sandalcılar, A. R., Cihan, K. A., & Çolak, Y. (2022). Türkiye'nin N11 ülkeleriyle olan dış ticaretinin belirleyicileri: çekim modeli yaklaşımı, *Uluslararası Ekonomi İşletme ve Politika Dergisi*, 6(1), 59-78.
- Saunders M, Barr B., McHale, P., & Hamelmann, C. (2017). *Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK453566/sayfasından> erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.08.2024.
- Septiono, W. (2023). Equity challenges in Indonesian health care. *The Lancet Global Health*, 11(5), e646-e647. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00110-9).
- Sutarsa, I. N. (2023). Indonesian health system reform no simple fix for inequity, Eastasiaforum, <https://doi.org/10.59425/eabc.1695938440>.
- Sümbüloğlu, V., Gören, A., & Sümbüloğlu, K. (1995). Ölüm raporu yazım Kılavuzu. 2. Baskı: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi, (3), 1-2.
- T.C. Dış İşleri Bakanlığı, (2022). *Sürdürülebilir Kalkınma*, <https://www.mfa.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma.tr.mfa> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 16.07.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, & Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 16.07.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2024a). *Sağlık Bakanlığı'nun Tarihçesi*, <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2024b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 19.07.2024.
- The Independent, (2024). *Suudi Arabistan resmi olarak BRICS'e katıldı*. <https://www.indyturk.com/node/686531> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 17.07.2024.
- Tolunay, A., & Akyol, A. (2006). Kalkınma ve Kırsal Kalkınma: Temel Kavramlar ve Tanımlar. *Turkish Journal of Forestry*, 7(2), 116-127.
- Tung, P. D., Cuong, N. V., Trang, D. H., Giang, T. H., Oanh, N. T. T., & Thi Ha, P. T. (2020). *Multidimensional Inequality in Vietnam*, <https://www.afd.fr/en/ressources/multidimensional-inequality-vietnam> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.04.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2021). *Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri (2010+)*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sustainable-Development-Indicators-2010-2019-37194> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 02.05.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2023). *Yıllık Gayrisafi Yurt İçi Hasıla. 2022* <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2022-49742> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 02.05.2024.
- Türkiye Sağlık Platformu [TÜSAP]. (2020). *Ulusal ve uluslararası ölçekte sağlık finansmanında hastalık yükü: Sağlık finansmanı raporu*, https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/06/16-16nciTOPLANTI_yeni.pdf sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.05.2024.
- United Nations, (2015). *Integrating the three dimensions of sustainable development: A framework and tools*. <https://hdl.handle.net/20.500.12870/3161> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 27.05.2024.
- United Nations, (2023). *The Sustainable Development Goals Report*, <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 10.05.2024.

- United Nations, (2024a). *Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for United Nations*. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 15.05.2024.
- United Nations, (2024b). *Health and Populations*. <https://sdgs.un.org/topics/health-and-population> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 15.05.2024.
- Unger-Saldaña, K., Lajous, M., & Reich, M. R. (2023). Improving health system performance in Mexico. *The Lancet*, 402(10403), 674-676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00777-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00777-8).
- Yılmaz, V., & Yentürk, N. (2017). Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının tarihsel seyri: Betimleyici bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, 32(4), 295-307.
- Wildman, J. (2003). Modelling health, income and income inequality: The impact of income inequality on health and health inequality. *Journal of Health Economics*, 22(4), 521-538. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00003-1).
- Wilkinson, R. G. (1992). National mortality rates: The impact of inequality? *American Journal of Public Health*, 82(8), 1082-1084. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.8.1082>.
- Wilkinson, R. G. (1997). Commentary: Income inequality summarises the health burden of individual relative deprivation. *BMJ*, 314(7096), 1727. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7096.1727>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>.
- World Bank, (2023a). *Current health expenditure (% of GDP)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2021&start=2004&view=chart> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- World Bank, (2023b). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2021&start=2004&view=chart> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- World Bank, (2024a). *Life expectancy at birth, total (years), (N-11 Countries)*. <https://data.worldbank.org/?locations=BD-TR-EG-KR> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 18.07.2024.
- World Bank, (2024b). *Life expectancy at birth, total (years)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 18.07.2024.
- World Health Organization, (1978). *Declaration of Alma-Ata*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 01.06.2024.
- World Health Organization, (2017). *State of health inequality: Indonesia*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259685/9789241513340-eng.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 01.06.2024.
- World Health Organization, (2018). *Country Cooperation Strategic Agenda (2017–2022), Philippines*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/136828/ccsbrief_phl_en.pdf?sequence=1 sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.07.2024.
- World Health Organization, (2019a). *Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3496-43255-60621> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 01.06.2024.
- World Health Organization, (2019b). *Republic Of Korea–Who Country Cooperation Strategy 2019–2023*. <https://iris.who.int/rest/bitstreams/1174701> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 01.06.2024.
- World Health Organization, (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://digitalcommons.fiu.edu/srhreports/health/health/28/> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.05.2024.

- World Health Organization, (2021a). *Health equity and its determinants*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.04.2024.
- World Health Organization, (2021b). *WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury 2000-2016: Global Monitoring Report*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.04.2024.
- World Health Organization, (2022a). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 15.04.2024.
- World Health Organization, (2022b). *WHO Bangladesh Country Cooperation Strategy: 2020–2025*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789290209478> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 18.05.2024.
- World Health Organization, (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.02.2024.
- World Health Organization, (2024a). *Current Health Expenditure Per Capita in US\$, The Global Health Observatory*. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-per-capita-in-us-dollar](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us-dollar) sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 21.05.2024.
- World Health Organization, (2024b). *Health Financing Dashboard*. <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/hfpm-background-indicators> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 20.02.2024.