



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET:
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Abide AKSUNGUR

Doktora Tezi

Ankara, 2020

SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET:
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Abide AKSUNGUR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü

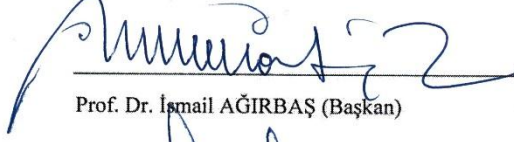
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2020

KABUL VE ONAY

Abide AKSUNGUR tarafından hazırlanan "Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 06/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



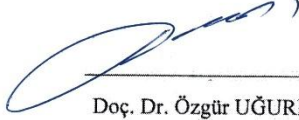
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ (Başkan)



Prof. Dr. Yusuf Çelik (Danışman)



Prof. Dr. Mehmet TOP



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

06/01/2020

ABIDE AKSUNGUR

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

*Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Yusuf ÇELİK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



ABİDE AKSUNGUR

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgi ve tecrübeleriyle bu araştırmanın planlanması ve yürütülmesi sürecinde bana yol gösteren, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve her anlamda desteğini gördüğüm değerli Hocam Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e,

Tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavında yer alarak görüş ve önerileri ile destek olan TİK üyesi Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ, TİK üyesi Prof. Dr. Mehmet TOP, Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ'a,

Hayatımın her döneminde bana duydukları güven ve destekleri için sevgili babam, annem, kardeşlerim ve şu an aramızda olmasa da varlığını her daim yanımda hissettiğim canım abim Kenan'a,

Bana olan güven ve sabırlarından dolayı oğlum Furkan Paşa ve kızım Elif Sena'ya,

Tez çalışmalarım süresince sonsuz sevgi ve anlayışıyla destek olan sevgili eşim Mehmet AKSUNGUR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

AKSUNGUR, Abide. *Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2020.

Sağlık hizmetlerine erişim temel insan hakkı olarak ele alınmasına ve uluslararası düzeyde sağlıkta adaletin sağlanmasının önemi üzerinde fikir birliğine varılmasına rağmen dünyada sağlık sistemlerinde mevcut olan adaletsizlikler nedeniyle çok sayıda insan sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerini kullanarak, 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında Türkiye Sağlık Araştırmasına katılan 15 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin Andersen'in geliştirdiği ve literatürde sıklıkla kullanılan Davranışsal Modeli (Behavioral Model of Health Services Utilization) çerçevesinde eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), kolaylaştırıcı faktörler (sosyal güvence durumu, eğitim, aylık gelir vb.) ve ihtiyaç faktörlerinin (genel sağlık durumu, hastalık sayısı vb.) sağlık hizmetleri kullanımı (*Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu, Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu, Günübirlilik/Ayaktan Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu ve Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu/Hastanede Geçirilen Toplam Gün Sayısı*) üzerindeki etkisini incelemek ve Türkiye Sağlık Sisteminin yıllara göre Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet seviyesinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmektir. Verilerin analizi Statistical Package for The Social Science (SPSS-23) kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada Ki-kare Analizi, Konsantrasyon endeksi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz bulgularında gelir, eğitim ve hastalık sayısı gibi faktörler sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Türkiye Sağlık Sistemine bu üç değişken açısından bakıldığı zaman sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlandığı ve yıllar içerisinde hakkaniyet seviyesinde iyileşme olduğu görülmektedir. Dezavantajlı grupların (boşanmış, eşi ölmüş, eğitim düzeyi düşük ve gelir düzeyi düşük grupların) sağlık hizmetini daha fazla kullandığı görülmektedir. Bu durum dezavantajlı grupların sağlık hizmetine erişimde herhangi bir engelle karşılaşmadığını göstermektedir. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi ve çalışma durumunda sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği görülmektedir. Sağlık politikaları oluşturulurken bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde hakkaniyetin sağlanması açısından sağlık hizmetleri kullanımında eşitliği araştıran bu tür çalışmaların sürekli ve programlı bir şekilde yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: *Davranışsal Model, Hakkaniyet, Konsantrasyon Endeksi, Sağlık Hizmetleri Kullanımı.*

ABSTRACT

AKSUNGUR, Abide. *The Equity in Health Care Utilization: Evaluation of Turkish Health Care System*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2020.

Many people have been witnessing problems in accessing to health care services due to current innustice in many health systems in the World despite Access to health services is considered to be basic human right and there is a consensus at the international level on the importance of justice in providing health services. The objective of this study is to investigate the impact of different variables which are predisposing (age, gender, marital status, etc.), enabling (health insurance, education level, income level, etc.) and need (general health status, number of disease) factors used in Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization frequently used in the relevant literature on the utilization of health services (utilization of health services from family medicine physicians and specialized physicians, utilization of day care services, utilization of hospital services) and to eveluate the level of equity in utilization of health services by years in Turkey by using the data collected from individual eged 15 and more in the sample of 2008, 2010, 2012, 2014 and 2016 Turkey Health Surveys Data. The analysis of the data was done by using Statistical Package for The Social Science (SPSS- 23). Chi-squared analysis, Concentration Index and Regression Analysis were the statistical methods to analyse data. According to the study findings monthly income, education level and number of diseases were the factors having impact on health status and health services utilization. It was found that the equity was achieved in Access to health services and there was an improvement in equity level by years in Turkish Health System. The findings showed that disadventegaous groups (widow, individuals with lower income and education level, etc.) had used health care services more. Based on this finding it can be concluded that disadvetangous groups have not faced with any barriers in utilization of health services. Besides, it was found that age, gender, marital staus, health insurance and working status were the variables having effect on health services utilization. It can be recommended that the studies examining equity in health care utilization should be repeated and planned routinely in establishing health care policies in terms of improving equity in health care utilization.

Keywords: *Behavioral Model, Equity, Concentration Index, Health Care Utilization.*

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	5
1.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (THE HEALTH BELIEF MODEL).....	6
1.2. GEREKÇELİ EYLEM TEORİSİ VE PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ (THE THEORY OF REASONED ACTION AND THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOUR)	9
1.3. DAVRANIŞSAL MODEL (BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH SERVICES UTILIZATION).....	13
2. SAĞLIK SİSTEMİ VE HAKKANİYET	33
2.1. SAĞLIK SİSTEMİ VE AMAÇLARI.....	33
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYET	36
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ADALETSİZLİĞİ ARTIRAN FAKTÖRLER	40
2.4. SAĞLIKTA HAKKANİYETİN GELİŞTİRİLMESİ	43
2.5. SAĞLIKTA HAKKANİYETİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN DEĞİŞKENLER.....	49
2.5.1. Sağlık Statüsü	51
2.5.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet ve Göstergeler.....	51
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYETİN BOYUTLARI.....	58
2.7. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET VE ERİŞİMİLE İLGİLİ FAKTÖRLER	61
2.7.1. Dünya Geneline Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet	62
2.7.2. Erişim ile İlgili Faktörler	70
2.8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET	75
3. GEREÇ VE YÖNTEM	83

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	83
3.2. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAĞI ve VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ.....	84
3.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Çalışma Modeli	87
3.4. VERİ ANALİZİ.....	91
3.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	92
4. BULGULAR.....	94
4.1. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASINA KATILAN BİREYLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	94
4.2. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASINA KATILAN BİREYLERİN EĞİLİM, KOLAYLAŞTIRICI VE İHTİYAÇ FAKTÖR ÖZELLİKLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI ..	96
4.2.1. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması	96
4.2.2. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması	104
4.2.3. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması	109
4.2.4. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri	112
4.2.5. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri	115
4.2.6. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Gününbirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri	118
4.2.7. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkileri	121
4.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR VE KONSANTRASYON ENDEKSİ BULGULARI	124
4.3.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Gelirle İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları	124
4.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Eğitimle İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları	140
4.3.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Hastalık Sayısıyla İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları	155
4.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI GÖSTEREN DEĞİŞKENLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN REGRESYON BULGULARI	169
5. TARTIŞMA	184
5.1. EĞİLİM FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	184

5.1.1.	Yaş Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	184
5.1.2.	Cinsiyet Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	187
5.1.3.	Medeni Durum Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	189
5.1.4.	Eğitim Durumu Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	191
5.2.	KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	193
5.2.1.	Sosyal Güvence Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	193
5.2.2.	Çalışma Durumu Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	197
5.2.3.	Aylık Gelir Düzeyi Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	197
5.3.	İHTİYAÇ FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	199
5.3.1.	Genel Sağlık Durumu Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	199
5.3.2.	Hastalık Sayısı Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	200
5.4.	SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ VE HAKKANİYET.....	200
5.4.1.	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet	201
5.4.2.	Uzman Hekim Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet.....	208
5.4.3.	Günübirlik Tedavi Hizmetleri Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet	214
5.4.4.	Hastanede Yatarak Tedavi Hizmeti Kullanmanın Belirleyicileri ve Hakkaniyet.....	217
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	224
	KAYNAKÇA	229
EK 1.	TÜİK Veri Kullanım Taahhütnamesi- 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Yılı	250
EK 2.	2008, 2010, 2012 ve 2014 Yılına Ait Ki-Kare Analizi	252
EK 3.	Tez Çalışması Orijinallik Raporu.....	277
EK 4.	Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Muafiyet Formu	278
EK 5.	Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları.....	280
EK 6.	Hipotezlerin Yıllara Göre Kabul/Ret Durumu.....	284

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TSA	: Türkiye Sağlık Araştırması
SPSS	: Statistical Package for The Social Science
CI	: Concentration Index
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
BAĞ-KUR	: Esnaf, Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyetin İzlenmesi İçin Temel Göstergeler	50
Tablo 2. Hakkaniyetin Boyutları	59
Tablo 3. Türkiye Sağlık Araştırması Analizi Kapsamına Alınan Birey Sayıları	86
Tablo 4. 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Yılı Araştırmalarına Katılan Katılımcıların Temel Özellikleri	94
Tablo 5. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016.....	98
Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016.....	99
Tablo 7. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016.....	102
Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	103
Tablo 9. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	105
Tablo 10. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	106
Tablo 11. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	108
Tablo 12. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	110
Tablo 13. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016	111
Tablo 14. Yıllara Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları... 113	
Tablo 15. Yıllara Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları.....	116
Tablo 16. Yıllara Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları	119

Tablo 17. Yıllara Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları.....	122
Tablo 18. Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/ Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu.....	125
Tablo 19. Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu.....	128
Tablo 20. Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Günübirlık Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	131
Tablo 21. Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	134
Tablo 22. Katılımcıların Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/ Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu.....	141
Tablo 23. Katılımcıların Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu	144
Tablo 24. Katılımcıların Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Günübirlık Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	147
Tablo 25. Katılımcıların Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	150
Tablo 26. Katılımcıların Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/ Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu.....	156
Tablo 27. Katılımcıların Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu.....	158
Tablo 28. Katılımcıların Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Günübirlık Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	160
Tablo 29. Katılımcıların Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	163
Tablo 30. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2008)	170
Tablo 31. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2010)	173
Tablo 32. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2012)	176
Tablo 33. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2014)	178
Tablo 34. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2016)	181

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli.....	7
Şekil 2. Planlı Davranış Teorisi Modeli.....	11
Şekil 3. Sağlık Hizmetleri Kullanımının Bireysel Belirleyicileri	15
Şekil 4. İlk Davranış Modeli (1960'lı yıllar).....	24
Şekil 5. İlk Erişim Ölçümleri	24
Şekil 6. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Değişkenlik Düzeyi ve Bu Faktörlere Müdahale Kabiliyeti	25
Şekil 7. Davranışsal Model-2. Aşama (1970'ler)	27
Şekil 8. Üçüncü Revizyon Sonrası Davranış Modeli (1980- 1990'lar).....	29
Şekil 9. Yükselen Bir Model - 4.Aşama	29
Şekil 10. Sağlık Hizmetleri Sistemi (The Health Services System)	33
Şekil 11. Sağlık Sisteminin Hedefleri.....	35
Şekil 12. Progress-Plus Çerçevesinde Sağlığın Belirleyicileri	44
Şekil 13. Sağlıkta Hakkaniyeti Artırmak İçin Mekanizmalar.....	48
Şekil 14. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Çalışma Modeli	87

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi	126
Grafik 2. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi	129
Grafik 3. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi	132
Grafik 4. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi	135
Grafik 5. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	137
Grafik 6. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grupta) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	138
Grafik 7. Katılımcıların Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz Dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi.	139
Grafik 8. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi	142
Grafik 9. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi	145
Grafik 10. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi	148
Grafik 11. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi	151
Grafik 12. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	152
Grafik 13. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grup) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	153
Grafik 14. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz Dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi... ..	154

Grafik 15. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi	157
Grafik 16. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi	159
Grafik 17. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi	161
Grafik 18. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi	165
Grafik 19. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	166
Grafik 20. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grup) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi	167
Grafik 21. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi..	168

GİRİŞ

Sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet uzun zamandır sağlık sistemi performansının önemli bir unsuru olarak görülmektedir. Dünya geneline bakıldığında sadece gelişmekte olan ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de sosyo-ekonomik ve coğrafik şartlar gibi birçok faktör sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıkları belirgin hale getirmektedir. Bu farklılıkların azaltılması ve sağlık hizmeti kullanımını olumsuz yönde etkilememesi için hemen hemen tüm ülkeler sağlık hizmetlerinde hakkaniyet kavramını temel sağlık politikası hedeflerinden biri olarak benimsemiştir (Çelik, 2013; Rho, 2013:1).

Sağlıkta hakkaniyet, ülkeler arasında ve aynı ülkede farklı topluluklar ve bölgeler arasında sağlık durumundaki adaletsiz, haksız fakat aynı zamanda önlenabilir farklılıklardır. Hakkaniyet kavramı ahlaki ve etik boyutu ile birlikte, eşitliğin ifade edildiği matematiksel eşitlik durumunun ötesinde herkesin herhangi bir koşula bakılmaksızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kullanabildiği durumu ifade etmektedir. Yani herkesin mümkün olan en üst düzeyde kendi sağlık potansiyelini yapısal adaletsizliklerin dayattığı sınırlamalar olmadan gerçekleştirme fırsatına sahip olması ve tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşma fırsatına sahip olduğu koşullara ulaşması anlamına gelir (WHO, 2013:3; Peter, 2001:159-160; Minnesota, 2014; Glorioso ve Subramanian, 2016:950; Braveman ve Gruskin, 2003a:254; Çelik, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da düzenlediği Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta; ülkeler arasında veya aynı ülkede değişik sosyal gruplar arasındaki büyük sağlık farklılıklarını politik, sosyal ve ekonomik açıdan kabul edilemez olarak niteler ve kaynakların adil bir şekilde dağıtılması gerektiğini ileri sürmüştür. Böylece uluslararası platformda sağlık eşitsizliklerine dikkat çekilmiş, bu eşitsizliklerin neden kaynaklandığına ve nasıl bir çözüm yolu bulunacağına değinilmiştir (Dedeoğlu, 2010:363; Türkkkan, 2006: 27-28; Tekingündüz vd. 2016:34). Sağlıkta hakkaniyet, ulusal ve küresel politika gündemlerinde artan bir ilgi görmesine rağmen, birkaç ülke sistematik olarak sağlıkta adaletsizliği azaltmayı başarmıştır. DSÖ, sağlıktaki adaletsizlikler hakkında dünya çapındaki mevcut kanıtları araştırmak ve en önemlisi, artan adaletsizlik eğilimini tersine çevirebilecek politika seçeneklerine ilişkin kanıtlara bakmak için 2005 yılında Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonunu (The Commission on Social Determinants of Health)

toplamıştır. Komisyon 2008 yılına kadar küresel olarak yapılmış en kapsamlı çalışma ile sağlıktaki adaletsizlikleri ve bu adaletsizliklere yönelik tedbirleri incelemiştir. Komisyon, sağlıktaki adaletsizliklerin doğal olmadığını, politik başarısızlıkların bir sonucu olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla politik seçimlerde iyileştirmeler yapılarak sağlıktaki adaletsizliklerin önlenebileceğini ifade etmiştir (WHO, 2013:3).

Tüm ülkelerde, insanlar sağlık, refah ve yaşam süresinde önlenabilir farklılıklar ile sonuçlanan farklı sosyal koşullar yaşamaktadır (Sheridan vd., 2011:1). Küresel ve ulusal olarak bakıldığında, dezavantajlı kimi gruplarda doğuştan beklenen yaşam süresinin daha düşük olduğu, hastalıklara, kronik hastalıklara ve sakatlıklara daha erken yaşta maruz kaldıkları ve bu hastalıkları daha ağır geçirerek daha fazla acı çektikleri, yaşam kalitelerinin düşük olduğu, kaliteli sağlık hizmetlerine daha az erişim sağlandığı ve sağlık durumlarını iyi olarak algıladıkları zaman diliminin çok az olduğu bilinmektedir. Bu durum doğuştan beklenen yaşam süresi farklı bölgelerin karşılaştırılması yoluyla en basit ve en çarpıcı biçimde gösterilebilir. Çocuğun yaşam beklentisi doğum yerine bağlıdır. Örneğin Japonya veya İsveç'te 80 yıldan fazla olan yaşam beklentisi, gelişmekte olan birçok ülkede 50 yıldan azdır. Bununla birlikte, aynı derecede önemli olan dünya çapında görülen çarpıcı tutarsızlıklardır; en fakir grupların hastalık ve erken ölüm oranları zengin gruplardan daha yüksektir. Bir ülkenin en ayrıcalıklı grupları ile en dezavantajlı grupları arasındaki sağlık sonuçları arasındaki fark genellikle ülkeler arasındaki farklılıklardan daha büyüktür (WHO, 2013:3; Tekingündüz vd., 2016:40; Türkkan, 2006:27).

Sağlıkta hakkaniyet ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılan çalışmalar arttıkça, hangi faktörlerin sağlıkta eşitsizliklere daha fazla sebep olduğu anlaşılabilecek, belirli sağlık sonuçları/çıktıları incelenebilecek ve hangi sosyal sınıflarda eşitsizlikler olduğu daha net şekilde belirlenecektir (Wirth vd., 2006:18). Farklılıkların toplumsal olarak nasıl dağıldığına bakılmaksızın sağlık eşitsizliklerinin ölçülmesi hakkaniyetin ölçüsü değildir ve sağlıkta adaleti yansıtmaz (Braveman ve Gruskin, 2003a:256). Fakat bu farklılıklar, zenginlik veya eğitim düzeyi, kent veya kırsal bölgede yaşaması gibi belirli bir sosyal grubun özellikleriyle kuvvetli ve sistematik bir şekilde ilişkilendirildiğinde adaletsizlik olarak tanımlanır (Wirth, 2006:16). Düşük eğitim ve gelir düzeyi, daha düşük statüdeki meslekler ve daha yoksul olan bireyler arasında sağlık statüsünün daha kötü olduğuna dair kanıtları gösteren çalışmalar azımsanmayacak düzeydedir (Fosto, 2006:4).

Toplunun sağlık statüsünün yükseltilebilmesi için sağlık hizmetleri kullanımı sağlık ekonomisi literatüründe üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Kılıç ve Çalışkan, 2013:192). Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler, sağlık statüsündeki farklılıkların sebeplerini belirlemede etkin bir rol oynamaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmek amacıyla kullanılacak politikaların oluşturulmasında rehberlik etmektedir (Kılıç ve Çalışkan, 2013:193). Sağlıkta hakkaniyeti sağlamak, tüm sosyal grupların mümkün olduğunca sağlıklı olmaları için eşit fırsatların sağlanması ve daha az fırsatı olan grupların koşullarının iyileştirilmesi için seçici odaklanma anlamına gelmektedir (Sheridan vd., 2011:1).

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet kavramını Andersen'in (1968) geliştirdiği ve literatürde önemli bir yer tutan "davranışsal model (behavioral model)" çerçevesinde incelemektir. Böylece bireylerin sağlık hizmeti kullanımında etkili olan faktörleri, sağlık hizmetini kullanma sıklıklarını ve bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri ile bunlar arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır. Böylece Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetin (aile hekim hizmeti, uzman hekim hizmeti, gününbirlik tedavi hizmeti ve yataklı tedavi hizmetleri kullanımı) Türkiye İstatistik Kurumu'ndan (TÜİK) elde edilen "Türkiye Sağlık Araştırması (TSA)" anketlerinin 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları kullanılarak araştırılması ve Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında adaletsizliklerin mevcut olup olmadığının incelenmesidir.

Bu çalışmanın önemi Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kullanımında hakkaniyet ile ilgili literatüre katkıda bulunmasıdır. Ayrıca bu çalışmada elde edilen bulguların politika yapıcılara ve planlayıcılara yol göstermesi büyük önem taşımaktadır. Dünyada sağlık hizmetlerinin kullanımında hakkaniyet ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olmakla beraber Türkiye'de benzer konularda yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır. Ayrıca bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılan unsurlar Türkiye genelinde 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait Türkiye Sağlık Araştırması verilerini kullanması ve istatistiksel analiz yöntemi olarak Ki-kare analizi, konsantrasyon endeksi ve çok değişkenli regresyon analizinin birlikte kullanılarak elde edilen sonuçların güvenilirliğinin arttırılmasıdır. Bu çalışma sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet kavramının incelenmesinde Andersen'in Davranışsal Modeli'ni esas almakta ve bu özellik bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılmaktadır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlere (Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi ve Davranışsal Model) ilişkin bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümünde sağlık sistemi ve hakkaniyet (sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, sağlık hizmetlerinde adaletsizliği artıran faktörler, sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesi, sağlıkta hakkaniyetin ölçülmesinde kullanılan değişkenler, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin boyutları, dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet), üçüncü bölümde gereç ve yöntem, dördüncü bölümünde bulgular, beşinci bölümünde tartışma, altıncı bölümde sonuç ve öneriler yer almıştır.



1. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin yaşamına değer katan en önemli unsurlardan biri sağlıktır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlıklı olma, sağlıklı olma halini sürdürme ve sağlık statüsünü ulaşılması mümkün olan en üst düzeye çıkarabilmek için birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden faydalanmaları demektir (Clark, 1983:5-6). Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli bir yaşam sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetlerin bütünüdür. Sağlık hizmetlerinin temel amacını bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunması, mevcut hastalıkların tanısı, tedavisi ve iyileştirilmesi ile sağlığın geliştirilmesi oluşturmaktadır (Ulutürk, 2015:51).

Sağlık hizmetleri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınma düzeylerinin ölçülmesinde kullanılan göstergelerinden birisidir. Sağlık hizmetlerinin tek amacı bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek değil aynı zamanda bireyleri hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve tedavi etmektir (Öztürk ve Uçan, 2017:140). Sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin planlamalar yapılması, sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin ölçülmesi, toplumun sağlık statüsünün ve davranışlarının belirlenmesi için sağlık hizmetleri kullanımının ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi son derece önem arz etmektedir (Erdem ve Pirinççi, 2003:39).

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler, birçok model ve teoriyle açıklanmaya çalışılmaktadır. Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi, Transteoretik Model, Sosyal Biliş Teorisi (Social Cognitive Theory), Sosyal Öğrenme Teorisi, Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory) ve Sağlığı Geliştirme Modeliyle (Health Promotion Model) birlikte, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili çalışmalarda 1960'lı yıllardan beri, Andersen'in Davranışsal Modeli (Behavioral Model of Health Services Utilization) sıklıkla kullanılmaktadır (Andersen, 1995:1; Conner, 2010:23; Van Leer vd., 2008:1; Taş vd., 2016:381; Redding vd., 2000:184). Bu bölümde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri açıklamaya yönelik modeller hakkında bilgi verilecektir.

1.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (THE HEALTH BELIEF MODEL)

Sağlık İnanç Modeli, sosyal psikolog olan G. M. Hochbaum, H. Leventhal, I. M. Rosenstock ve S.S. Kegeles tarafından 1959 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) geliştirilmiştir. Modelin ana teması, koruyucu sağlık davranışlarına sahip olmanın belirleyicilerini ortaya koymaktır. Model, bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Aynı zamanda, bireyleri sağlıkla ilgili davranışları göstermek için onları nelerin motive ettiğini ya da engellediğini ve sağlık davranışlarını sergilemedeki etkin koşulları açıklamaktadır (Glanz vd., 2008: 46; Ertuzun vd., 2013:510; Erdoğan ve Araman, 2017:68).

Sağlık İnanç Modeli, ilk başta insanların koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamaları neden yapmadığını anlamak ve koruyucu sağlık hizmeti alışkanlıklarının benimsenmesini sağlamak için oluşturulmuştur (Jones vd., 2015:567). Daha sonra bu model, bireylerin sağlık hizmetinin kullanımı ile ilgili diğer kararlarını anlamak için kullanılmıştır (Day vd., 2010:6).

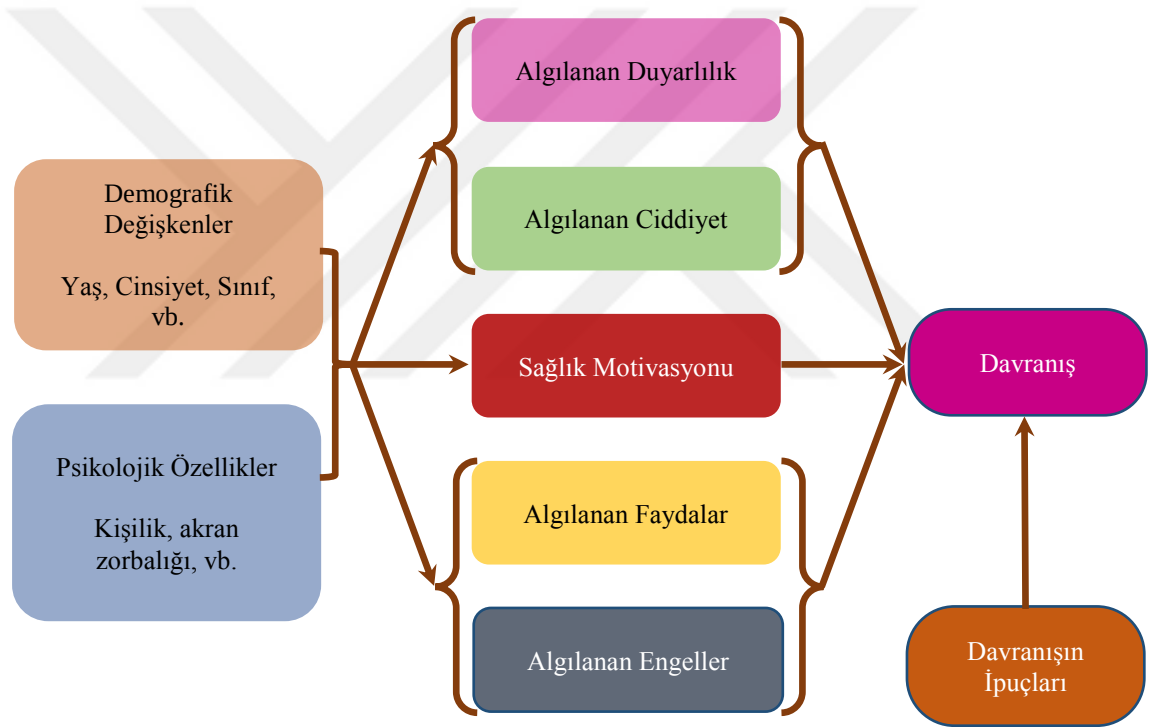
Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesinde en yaygın kullanılan teorilerden biri olan (Hayden, 2013:31) Sağlık İnanç Modeli, bazı sağlık inançlarının sağlıklı davranışları üzerinde nedensel etkilere sahip olduğunu ileri sürmektedir. Model; sağlık inançları bireyin sağlığı ile ilgili kararlarında, sağlıklı davranışların uygulanmasında, bireyin harekete geçmesi için güç vermekte ve doğrudan davranışı gerçekleştirme konusundaki motivasyonel önemini açıkça belirtmektedir. Ayrıca sağlıklı davranışların bir dizi temel inancın sonucu olduğunu ve birçok sağlıklı davranışı tahmin etmek için kullanıldığını öne süren, sağlığa özgü bir modeldir. Model hastalığa yatkınlık algısına dayanan korku (kansere yakalanma riskim yüksektir), hastalığın şiddetine (kansere ciddi bir hastalıktır), tedavinin önündeki engellere (tedavi ağırlı olabilir) ve tedaviyi uygulamanın faydaları (iyileşmeme yardımcı olabilir) gibi temel inançlara odaklanmıştır (McClenahan vd., 2007:272-273; Chen ve Land, 1986:45; Conner, 2010:21).

Sağlık inanç modeli, birey sağlık statüsünün risk altında olduğuna, sağlık durumunun ağır ve olumsuz bir şekilde etkileneceğine inanırsa, riski ortadan kaldırmak için eğer sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik koruyucu sağlık davranışı da mevcutsa bu durumda bireyin bu koruyucu sağlık davranışını uygulayacağını iddia eder. Çünkü bu koruyucu sağlık davranışının faydalarının, koruyucu sağlık davranışını sergilemenin önündeki

engellerden veya olumsuz sonuçlarından daha önemli olduğuna inanılır (Anderson, 2013:4; Abraham ve Sheeran, 2015:30). Bu bileşenler kısaca aşağıda olduğu gibi açıklanmıştır:

Yıllar süren çalışmalardan sonra araştırmacılar bu teoriyi genişleterek, hastalığın önlenmesi, izlenmesi ve kontrol altına alınması konusunda (Şekil 1) altı ana bileşen bulunduğunu ve bu bileşenlerin insanların kararlarını etkilediğini belirtmişlerdir (Glanz vd., 2005:13; Armitage ve Conner, 2000:175; McClenahan vd., 2007:272; Day vd., 2010:6).

Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli



Kaynak: (Abraham ve Sheeran, 2015:32)

1.1.1. Algılanan Duyarlılık (Perceived Susceptibility)

Bir sağlık durumunun/hastalığın gerçekleşme ihtimali ile ilgili bireylerin inançlarını tanımlar. Bu boyut bireyin bir hastalığa yakalanma riskinin öznel algısı anlamına gelir. Bireylerin bir hastalığa yakalanma ihtimaline inanması, bir sağlık sorunuyla ilgili olarak kişinin bu yöndeki algısı, sağlık sorununun/hastalığın önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasına katkıda bulunur (Tarkang ve Zotor, 2015:5; Lennon, 2005:217; Janz ve Becker, 1984:2; Redding vd., 2000:181).

1.1.2. Algılanan Ciddiyet (Perceived Severity)

Bireyin sağlık durumunun ve bunun sonuçlarının ne kadar ciddi olduğuna dair inançlarına atıfta bulunmaktadır (Tarkang ve Zotor, 2015:5). Potansiyel olarak sağlık sorununun ve ciddi sağlık sonuçlarının bireyin yaşamında yaratacağı sıkıntıların algılanmasını ifade etmektedir. Algılanan ciddiyet, bireyin sağlık sorununun yaşamında yaratacağı sıkıntılara ve bireyin sağlık durumunu iyileştirmeyi düşündüğünde yaşadığı duygusal tepkilere ilişkin inançları da kapsar (enesiz ve Atak, 2007: 428; Anderson, 2013:4-6; Redding vd., 2000:182).

1.1.3. Algılanan Faydalar (Perceived Benefits)

Bireyin hastalığının tedavisine yönelik uygulamaların (sağlık hizmetlerinin) sonuçlarının faydası hususundaki algıdır. Bu algılama sonucunda birey koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ne kadar etkili ve faydalı olduğuna inanır ve uygular (enesiz ve Atak, 2007: 428; Anderson, 2013:6). Yani algılanan fayda, hastalığı önlemek veya azaltmak için sağlıkla ilgili önlemlere bağlı kalmaya dair bireylerin inançlarını içerir (Lennon, 2005:217).

1.1.4. Algılanan Engeller (Perceived Barriers)

Birey sağlık hizmetlerinin faydasına inansa bile sağlıklı olan davranışı gerçekleştirmemesi bireysel veya toplumsal bazı engellerin olduğu algısından kaynaklanabilir (Hisar, 2011:40). Bireyin sağlıkla ilgili gerekli önlemleri almasını sınırlandıran bazı olumsuz özellikleri (koruyucu sağlık davranışının pahalı, utandırıcı, sıkıcı, acı verici veya üzücü olması vb.) veya maliyetlerini (psikolojik veya maddi) kapsar (Lennon, 2005:217; Anderson, 2013:7).

1.1.5. Sağlık Motivasyonu (Health Motivation) ve Öz-Yeterlilik (Self-Efficacy)

Modele sonradan eklenen bileşen, bireyin genel sağlık motivasyonu veya sağlık konusuyla ilgili olarak hazır olma durumunu yani bir eylemi başarıyla gerçekleştirme yeteneğini ifade eder (Glanz vd., 2005:13). Sağlığıyla ilgili yüksek motivasyona sahip bireylerin, ilgili sağlık davranışlarını benimseme olasılıklarının daha yüksek olması beklenir (Conner, 2010:21). Öneriler sağlık davranışının uygulamaya konulabilmesi için bireyin kendisini yeterli hissetmesi, kendisine olan inancını ve iradesini ortaya koyması önemlidir. Öz yeterlilik, beklenen sağlık davranışına ulaşılması için gereken davranış değişikliğinin başlatılmasında ve sürdürülmesinde son derece önem arz etmektedir (Çenesiz ve Atak, 2007:428).

1.1.6. Davranışın İpuçları (Cues To Action)

Davranışın ipuçları, sağlık sorunlarını önlemek, kontrol etmek, tedavi etmek veya sağlık statüsünü yükseltmek için gerekli sağlıkla ilgili faaliyetleri yerine getirme konusundaki farkındalığı arttıran veya ilgi uyandıran her şeyi ifade eder. Kitle iletişim araçları ve kampanyaları (poster, takvim, afiş, araçlar veya radyo), başkalarının önerileri, aile üyelerinin veya arkadaşlarının hastalıkları, medya bilgileri ve doktor/arkadaş tarafından verilen hatırlatıcı mesajlar şeklinde olabilir. Medya aracılığıyla verilen sağlık eğitim stratejileri ilgili sağlık davranışlarını kazandırmak için güçlü araçlar olabilir (Lennon, 2005:217-218; Anderson, 2013:7).

1.2. GEREKÇELİ EYLEM TEORİSİ VE PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ (THE THEORY OF REASONED ACTION AND THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOUR)

Sosyal Psikolojide geniş bir uygulama alanı bulan Planlı Davranış Teorisi ilk olarak Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Ajzen tarafından revize edilerek yeniden düzenlenmiştir (Kiriakidis, 2015:40). Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour), Gerekçeli Eylem Teorisinin (The Theory of Reasoned Action) bir uzantısı olup bireyin belirli bir davranışı göstermesine yol açan faktörleri belirtmektedir (Ajzen, 1991:181; Kiriakidis, 2015:40; Conner, 2010:22). Gerekçeli eylem teorisi, bir bireyin davranışını en doğru şekilde tahmin etmede, bu davranışın gerçekleştirilmesi yönünde bireyin davranışsal niyetinin belirlenmesi olduğu önermesine dayanır (Chang, 1998:1826). Gerekçeli Eylem Teorisi incelenen davranışın kişinin bilinçli ve kontrolü

altında olduğunu varsaymaktadır. Ancak davranışın oluşma şekli her zaman buna uygun olmaz ve teorideki bu eksiklik algılanan davranışsal kontrol değişkeninin teoriye dâhil edilmesiyle giderilmiştir (Chang, 1998:1826; Erten, 2007:219; Kocagöz ve Dursun, 2010:1).

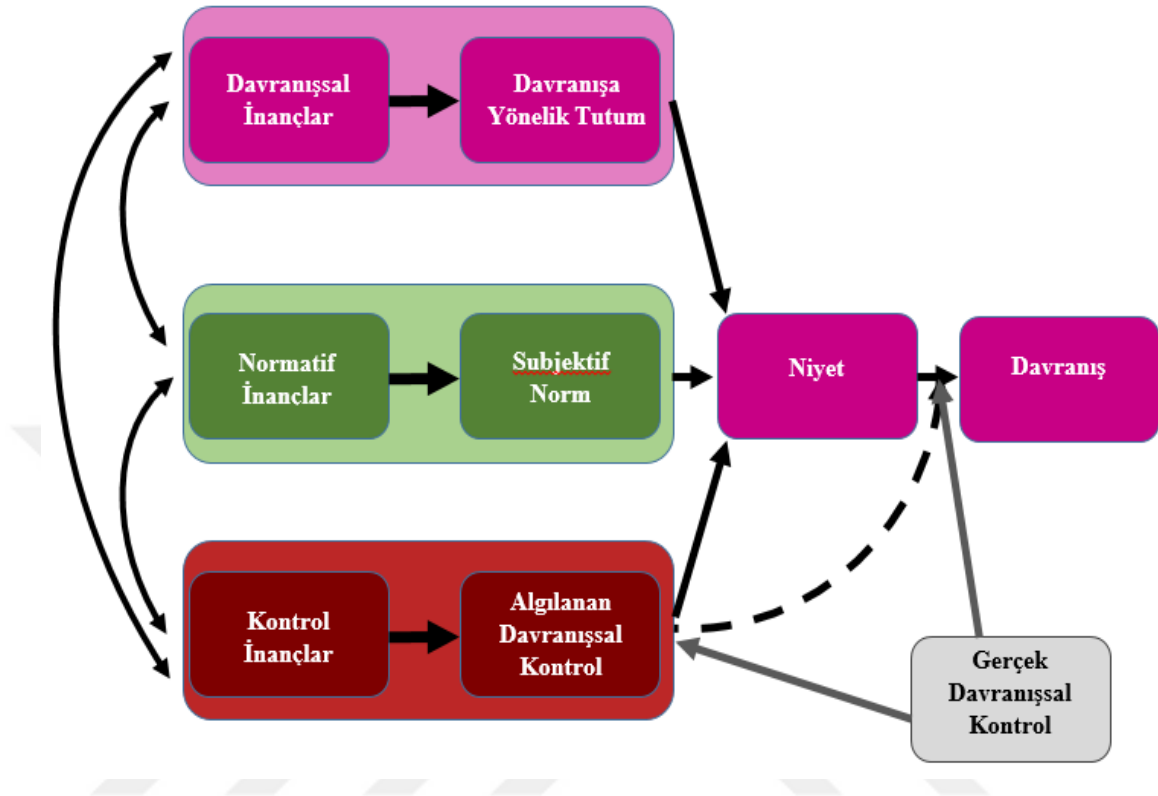
Her iki teori de insanların temelde rasyonel (akılcı) olduğunu ve kararlar alırken kendileri için mevcut bilgiyi sistematik olarak kullanması gerektiğini varsayar. Ayrıca her iki teoride davranışsal niyetin belirleyicilerini tanımlayıp analiz ederek insan davranışını anlamak gibi benzer amaçlara sahiptir ve olumlu davranışlardan (teknolojiye uyum gibi) olumsuz (hırsızlık, kumar vb.) insan davranışlarını araştırmak için kullanılmıştır (Denan vd., 2015:343). Bu teoriler tarafından önemli bulunan unsurlar kısa başlıklar halinde aşağıda açıklanmıştır.

1.2.1. Niyet

Bireyin, söz konusu davranışı gerçekleştirmesi ya da gerçekleştirmemesiyle ilgili planları, eğilimleri, arzu düzeyi ve çabası niyet olarak tanımlanmaktadır (Küçük, 2011:147). Bir bireyin davranışının en önemli belirleyicisi davranışı gerçekleştirme niyetidir (Cooke vd., 2016:149; Fielding, 2008:319). Planlı Davranış Teorisine göre insanlar niyet ve davranış kontrolü üzerindeki algılamalarına göre davranır ve niyetlerine bakılarak bireylerin davranışları önceden tahmin edilebilir (Ajzen, 1985:11; Cameron vd., 2012:1; Kiriakidis, 2015:40). Davranışlar, niyet tarafından kontrol edilir fakat bütün niyetler davranışlara yansıtılamaz. Bazılarından vazgeçilir bazıları da değişen koşullara uyacak şekilde revize edilir. Davranışa yönelik niyet ne kadar güçlü ise davranışın ortaya çıkma olasılığı da o kadar fazladır (Ajzen, 1985:11).

Planlı Davranış Teorisi, planlanan davranışların bir bireyin davranışa yönelik tutumundan, davranışın icrasını içine alan subjektif normlardan ve bireyin davranış üzerindeki kontrolünü algılamasından büyük ölçüde etkilenen davranışsal niyetlerle belirlendiğini öngörür. Yani niyetin üç faktör tarafından belirlendiğini (Şekil 2) varsayar: Tutumlar, subjektif normlar ve algılanan davranışsal kontrol (Ajzen, 2006:1; Ohira vd., 2013:321; Denan vd., 2015:343; Corner, 2010:22).

Şekil 2. Planlı Davranış Teorisi Modeli



Kaynak: (Ajzen, 2006:1)

1.2.2. Davranışa Yönelik Tutum

Davranışa yönelik tutumlar, davranışsal inançlara ve bir davranışın algılanan sonuçlarına ilişkin inançlara dayanmaktadır (Corner, 2010:23; Ohira vd., 2013:321). Bireyin herhangi bir davranışı gerçekleştirme konusundaki olumlu veya olumsuz değerlendirmelerini yani söz konusu davranış için bireyin olumlu ya da olumsuz hislerini ifade eder. Fishbein ve Ajzen (1975) “tutum, davranışsal niyetle ilişkilidir ve gerçek davranışa neden olur” hipotezini varsaymaktadır (Denan vd., 2015:344; Chang, 1998:1826; McClenahan vd., 2007:273; Day vd., 2010:14).

1.2.3. Subjektif Norm

Subjektif normlar, bireyin niyeti ve başkalarının ne düşündüğü hakkında bireyin inançlarını göz önünde bulundurur (Ohira vd., 2013:321). Subjektif normlar, bireyin davranışı gerçekleştirmek ya da gerçekleştirmemek için toplumsal baskıyı/desteği algılamasına atıfta bulunmaktadır (Cooke vd., 2016:149; Corner, 2010:23; Denan vd.,

2015:344; Day vd., 2010:14). Bu bireyin kendisi için önemli olan kişiler veya gruplar tarafından davranışının onaylandığını veya onaylanmadığını algıladığında, bu davranışı gerçekleştirmek için daha çok veya daha az niyet etmesinin muhtemel olduğu anlamına gelir (Denan vd., 2015:344; Chang, 1998:1826; McClenahan vd., 2007:273). Nitekim davranışa yönelik niyet subjektif normlar tarafından ne kadar desteklenir ise davranışın ortaya çıkma olasılığı da o kadar fazladır (Ajzen, 1985:11).

Fielding'e göre subjektif norm, bireyin davranışını çevreleyen toplumsal çevre algısı ile ilgilidir ve bireylerin hayatlarındaki diğer önemli kişilerin bireyin kendi davranışlarını gerçekleştirmesini isteyip istemediklerine ilişkin algılarına dayanır (Fielding, 2008:319). Webb'e göre ise toplumsal bileşen olarak anlaşılabilecek subjektif norm akrabalar, arkadaşlar ya da meslektaşlar gibi önemli bireylerin bu davranışı ne ölçüde onayladığına dair algıya dayanır (Webb, 2017:2).

1.2.4. Algılanan Davranışsal Kontrol

Algılanan davranışsal kontrol, davranış üzerinde hem doğrudan bir etkiye hem de niyetlerle davranış üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olan bir belirleyici olarak Planlı Davranış Teorisine dâhil edilmiştir (Kalafatis, 1999:445). Bireyin iç ve dış engeller karşısında davranış performansı üzerindeki kontrolünü gösterir (Cooke vd., 2016:149).

Algılanan davranışsal kontrol, bireyin davranışlarını yerine getirebilme becerisine duyulan güven ile ilgilidir (Ajzen, 1991:184). Görevi tamamlama ve zorlukların üstesinden gelme becerisi kişisel güven ile pozitif ilişkilidir. Davranışı gerçekleştirmenin kolaylığı veya zorluğu sözü edilen davranışla elde edilecek hedeflere ulaşma üzerindeki kontrol miktarını ifade eder (Denan vd., 2015:344; Chang, 1998:1826). Algılanan davranışsal kontrolün, hem niyetleri hem de davranışları etkilediği varsayılmaktadır, çünkü nadir de olsa yapmayı düşündüğümüz şeyleri yapamayacağımızı bilmemize rağmen yine de başarılı olabileceğimize inanarak sürekli artan bir çabayla başarılı bir performansı daha olası hale getirebiliriz (Conner, 2010:23).

Genel bir kural olarak tutum ve subjektif norm ne kadar elverişli ve algılanan kontrol ne kadar büyük olursa, kişinin söz konusu davranışı yerine getirme niyeti de o kadar güçlü olur. Nihayetinde, davranış üzerinde yeterli derecede fiili kontrol söz konusu olduğunda, fırsat elde edildiğinde insanların niyetlerini yerine getirmeleri beklenir. Dolayısıyla, niyet davranışın hemen öncüsü olarak kabul edilir (Ajzen, 2006:1; Denan vd., 2015:343).

Sosyal psikologlar tarafından geliştirilen ve sağlık davranışlarını anlamak için yaygın bir şekilde uygulanan planlı davranış teorisine göre, insan davranışı üç faktör tarafından yönlendirilir: Davranışın muhtemel sonuçları ve bu sonuçların değerlendirilmesi (davranışsal inançlar- behavioral beliefs), başkalarının normatif beklentileri ve bu beklentilere uyma motivasyonu (normatif inançlar- normative beliefs) ve davranışın performansını ve bu faktörlerin algılanan gücünü (kontrol inançlarını- control beliefs) kolaylaştıracak veya engelleyebilecek faktörlerin varlığı hakkındaki inançlarıdır (Ajzen, 2006:1).

1.3. DAVRANIŞSAL MODEL (BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH SERVICES UTILIZATION)

1960'lı yıllardan beri, sağlık hizmetleri kullanımını analiz etmek ve tahmin etmek için birçok teorik çerçeve geliştirilmiştir. Bunlardan biri de dünya çapında en çok kabul gören model, ABD'li sosyolog ve sağlık hizmetleri araştırmacısı olan Ronald M. Andersen'in Sağlık Hizmetleri Kullanım Davranışsal Modeli (Behavioral Model of Health Services Use) olmuştur (Von Lengerke vd., 2014:12).

1.3.1. Davranışsal Model'in Özellikleri

Sağlık Hizmetleri Kullanım Davranışsal Modeli, başlangıçta ailelerin niçin farklı miktarlarda sağlık hizmetleri kullandıklarının anlaşılmasına yardımcı olmak ve sağlık hizmetlerine adil erişimi tanımlamak, ölçmek; adil erişimi sağlamak için politikaların geliştirilmesine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (Aday, 1972:32; Andersen, 1968:1).

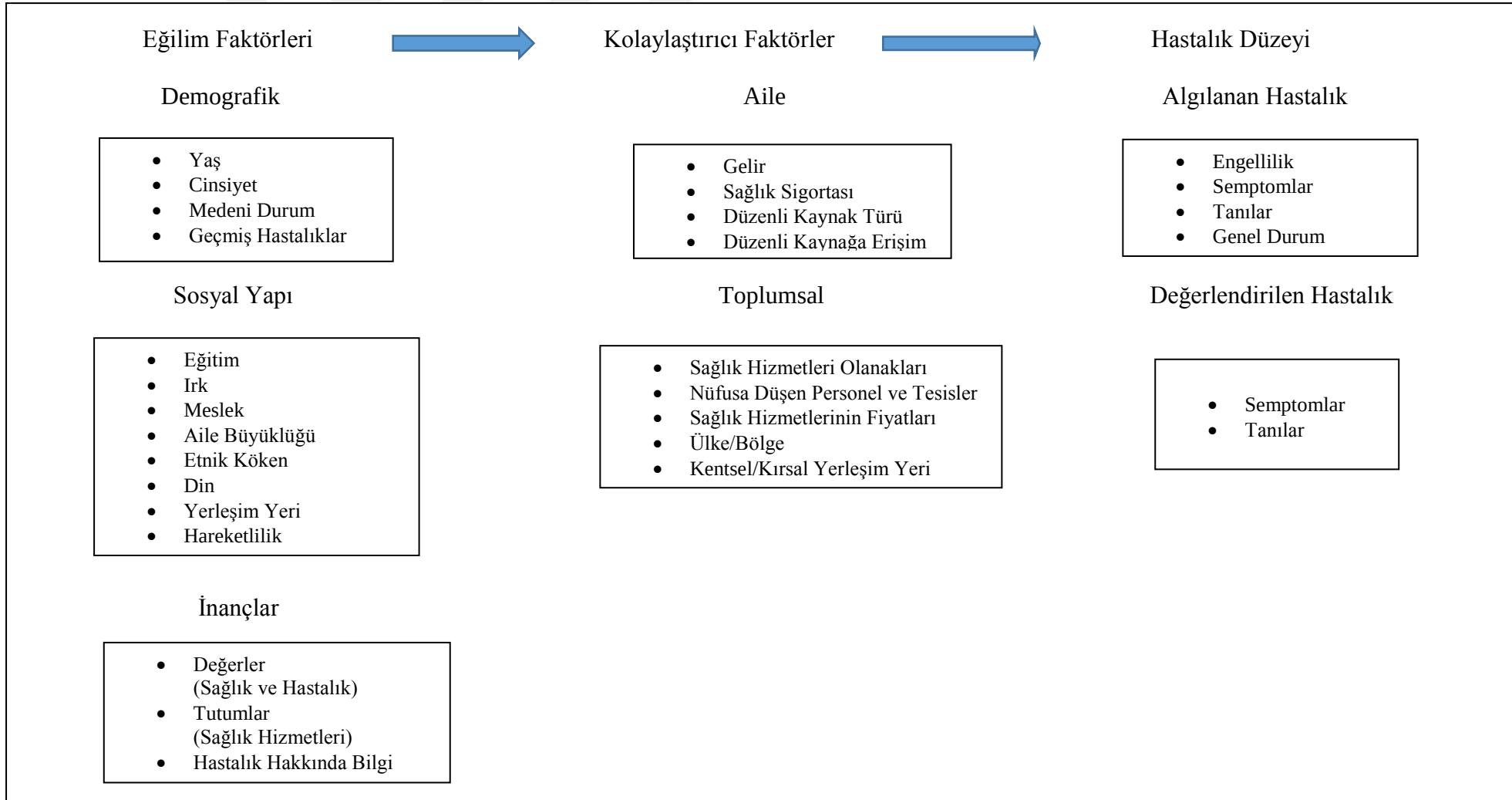
Sağlık Hizmetleri Kullanım Modeli aslında analiz birimi olarak aileye odaklanmıştır. Çünkü bir bireyin aldığı tıbbi bakım kesinlikle ailenin demografik, sosyal ve ekonomik özelliklerinin bir bütün olarak işlevidir. Bununla birlikte daha sonraki çalışmalarda, aile düzeyinde aile üyelerinin olası heterojenliğini göz önüne alan ölçümlerin geliştirilmesinin zor olması nedeniyle Davranışsal Model analiz birimini bireye kaydırmıştır. Örneğin, aile sağlık statüsünün özet bir ölçüsünü ortaya koymak son derece zordur (Aday, 1995:1; Azfredrick, 2016:524). Ailelerin sağlık hizmeti kullanımını açıklamak için eğilim (hazırlayıcı), kolaylaştırıcı (imkân) ve ihtiyaç (gereksinim) faktörlerinden oluşan bir model ortaya atılmıştır. Bireyin sağlık hizmeti arama konusundaki kararını ve aldığı hizmet miktarını eğilim faktörleri yani bireyin özellikleri, kolaylaştırıcı faktörler yani

bireyin sağlık hizmetini elde etme yeteneğini ve ihtiyaç faktörleri, sağlık hizmetine duyduğu gereksinme etkiler. Davranışsal modelde her bileşenin ailelerin hastane, hekim ve diş hekimliği hizmetleri kullanımındaki göreceli önemi analiz edilmiştir (Aday, 1972:32; Andersen, 1968:1; elik, 1994:12; Kavuncubaşı, 2010:60).

Aile, yaşam döngüsü boyunca değişen tıbbi bakım ihtiyaı nedeniyle sağlık hizmeti kullanım analizleri için özellikle uygun görünmektedir. Buna ek olarak aile, bir aile bireyinin hastalığının her aşamasında alınacak bakım konusunda birincil karar verme birimidir (Andersen, 1968:8).

şekil 3'te sağlık hizmetleri kullanımının bireysel belirleyicileri sunulmuştur. Davranışsal Modelde bazı revizyonlar yapılarak 1990 yılında ihtiyaç (need) faktörü yerine algılanan hastalık derecesi boyutu eklenmiştir (Andersen ve Newman, 2005:14:60).

Şekil 3. Sağlık Hizmetleri Kullanımının Bireysel Belirleyicileri



Kaynak: (Andersen ve Newman, 2005:14)

1.3.1.1. Eğilim (Hazırlayıcı) Faktörler

Eğilim faktörleri, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma eğilimini ifade eden değişkenleri içerir. Bu faktörler hastalık başlamadan önce de mevcuttur. Bunlar yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmiş hastalıklar gibi demografik faktörler; eğitim, ırk, meslek, aile yapısı/büyüklüğü, etnik köken, din, yerleşim yeri ve göç gibi sosyal yapıyla ilgili faktörler; sağlık ve hastalıkla ilgili değerler, sağlık hizmetleri ile ilgili tutumlar, hastalık hakkında bilgi gibi inançlarla ilgili faktörleri içerir (Andersen ve Newman, 2005:2; Kaya, 1995:104; Park, 2016:2).

Bazı bireyler, sağlık hizmetlerini diğer bireylerden daha fazla kullanma eğilimindedir. Sağlık hizmetleri kullanım eğilimi bireylerin özellikleri ile tahmin edilebilir. Bu özellikler bireylerin sağlık hizmeti kullanımını üzerine doğrudan (direkt) bir etkiye sahip olmamasına rağmen, sağlık hizmetlerini kullanma olasılıklarını artıran bir etkiye sahiptir. Bu özelliklere demografik, sosyal-yapısal ve tutum-inanç değişkenleri dâhildir. Örneğin, demografik değişkenler arasında yer alan yaş ve cinsiyet, sağlık ve hastalıkla yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, yaş tek başına, sağlık hizmeti aramak için bir neden olarak görülmediği için hala hassas bir konu olarak değerlendirilmektedir. Ancak farklı yaş gruplarındaki insanlar farklı türde ve şiddette hastalık ve bunun sonucunda farklı tıbbi bakım ihtiyacına sahiptir. Geçmişteki hastalıklar bu kategoriye dâhildir; çünkü geçmişte sağlık sorunları yaşayan insanların gelecekte tıbbi bakım talep etme olasılığı yüksek kişiler olduğuna dair önemli kanıtlar bulunmaktadır (Andersen ve Newman, 2005:14-15; Çelik, 1994:12; Kavuncubaşı, 2010:60; Andersen ve Davidson, 2007:4).

Demografik Faktörler

Demografik faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve geçmiş hastalıklar yer alır. Yaş ve cinsiyet gibi demografik faktörler, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacaklarını gösteren biyolojik zorunlulukları temsil eder (Andersen vd., 1975:2; Andersen ve Newman, 2005:14). Yaş, öncelikli olarak morbidite ile yakın ilişkisi nedeniyle, sağlık hizmeti kullanımının önemli bir belirleyicisidir. Normal olarak yeni doğan bebekler, yaşlı insanlar ve 15-44 yaş arasındaki kadınlar daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Diğer şartlar aynı olsa bile bu gibi risk altındaki nüfusun daha çok sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olduğu söylenebilir (Aday, 1972:16; Erdem ve Pirinççi, 2003: 41). Doğumdan başlayarak 15-44 yaş arası kadınlar ve yaşlılık

dönemine kadar devam eden süreçte, kadınlar erkeklerden daha fazla sağlık hizmetinden yararlanmaktadır (Aday, 1972:16).

Gelişmiş ülkelerdeki ampirik çalışmalar, kadınların erkeklerden daha yüksek morbidite oranına sahip olduğunu ve daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Roy ve Chaudhuri, 2012:256-272). Bu durum, erkek ve kadın sağlığındaki farklılıklar ile açıklanabilir. Biyolojik farklılıklarının bir sonucu olarak genellikle kadınlar erkeklerden daha uzun yaşar bu nedenle bu durum eşitsizlik olarak kabul edilmez. Ancak, kadınların erkeklerle aynı veya daha düşük yaşam beklentisine sahip olduğu durumlarda, toplumsal koşullar kadınların uzun ömür avantajını azaltıyorsa, bu bariz bir eşitsizlik işaretidir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2).

Erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar daha uzun yaşar, ancak paradoksal olarak daha yüksek hastalık ve sakatlık (disability) oranlarına sahiptirler ve yaşamın sonunda sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanırlar. Yine de, sağlık hizmetlerinin kadınlar tarafından daha fazla kullanılması sürekli bir bulgu değil, kısmen hizmet türüne bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında cinsiyet farklılıklarını belirleyen faktörler, yaşamın evrelerine göre farklılık gösterebilir. Üreme çağında jinekolojik bakım ihtiyacı, yetişkin kadınlar tarafından sağlık hizmeti kullanımını artırır ve ileri yaşlarda da bu şekilde devam eder (Redondo-Sendino vd., 2006:2; Aday, 1972:18.).

Sosyal Yapı

Sosyal yapı, toplumdaki bir bireyin statüsünü ve sorunlarla başa çıkma yeteneğini belirler. Sosyal yapı, bu sorunlarla baş edebilmek için kaynakları yönetme ve fiziksel çevrenin ne kadar sağlıklı ya da sağlıklı olmadığına karar veren çok sayıda faktörle ölçülür. Sosyal yapıyı değerlendirmek için kullanılan geleneksel ölçümler arasında eğitim, meslek, sosyal sınıf, istihdam ve etnisite yer alır (Andersen vd., 1975:2; Andersen ve Newman, 2005:14; Çelik, 1994:12; Andersen, 1968:2).

Sosyal yapı değişkenleri, aile reisinin eğitimi ve mesleği gibi özelliklerle toplumda bireyin yerini (statüsünü) yansıtır. Bu özellikler, bireyin hayat tarzının nasıl olabileceğini göstermektedir ve bireyin fiziksel ve sosyal çevresi ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilişkili davranış kalıplarına işaret etmektedir (Andersen ve Newman, 2005:15; Andersen, 1968:9). Çünkü sosyoekonomik konum, ekonomik kaynaklar, eğitim ve/veya meslekler tarafından yansıtılır. Hanehalkı zenginliği veya varlıkları ekonomik kaynakların özellikle

anlamalı bir ölçüsüdür çünkü birikmiş varlıklar (örneğin, gelir geçici olarak düşük olduğunda) sağlık masraflarını karşılamak ve sağlığı teşvik eden bir yaşam standardını korumak için kullanılabilir. Okullaşma (eğitim düzeyi) ve meslek, kendi başına toplumsal statünün önemli göstergeleridir (Nolen vd., 2005:598).

Eğitim, genel olarak sağlık hizmetleri ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı davranışının da önemli bir belirleyicisidir (Aday, 1972:18). Eğitim, sosyo-ekonomik yoksunluğun kümülatif etkilerini yansıttığı için iyi bir sosyo-ekonomik göstergedir (WHO, 1998b:10) ve aynı zamanda gelecekteki istihdam ve gelirlerin güçlü bir belirleyicisidir (WHO, 2010:32; WHO, 1998b:31). Lahelma ve meslektaşları (2004), eğitim başarısının, mesleki kategorinin, sosyal sınıfın ve gelirin sağlık eşitsizlikleri konusundaki mevcut sosyo-ekonomik statünün en sık kullanılan göstergeleri olduğunu bildirirken, her göstergenin o göstergeye özgü belirli etkiler ile birlikte toplumdaki genel hiyerarşik sıralamanın ortak etkilerini de yansıtacağını düşünmektedir (Lahelma vd., 2004). Toplumun eğitim düzeyi arttıkça algılanan sağlık ihtiyaçları, problemleri ve riskleri artmaktadır. Bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlık hizmetlerine olan talepleri ve sağlık hizmeti kullanımı artmaktadır (Top, 2005:6).

Eğitsel kazanım genellikle erken yetişkinlik döneminde alınır. Eğitimin özgül niteliği, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etme olasılığı olan bilgi ve diğer maddi olmayan kaynaklardır. Ek olarak eğitim, mesleki sınıf pozisyonuna ve bunun aracılığıyla bireyin sosyo-ekonomik durumuna özellikle gelire katkıda bulunur. Eğitimin gelir üzerindeki etkisinin esas olarak meslek yoluyla gerçekleştiği varsayılmaktadır. Eğitim yoluyla elde edilen bilgi ve beceriler, kişinin bilişsel işlevini etkileyebilir, onları sağlık eğitimi mesajlarına daha açık hale getirebilir veya daha iyi iletişim kurarak uygun sağlık hizmetlerine daha iyi erişmelerini sağlayabilir. Nitekim bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe içinde yaşanılan fiziksel çevrenin sağlıklı olup olmadığı, sağlık sorunlarının farkına varma ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerini kullanma ile ilgili daha bilinçli tutum ve davranışlar sergilediği görülmektedir. Eğitim bireylerin bilgiye erişme imkânlarını güçlendirmekte, sağlıkla ilişkili davranışlar hakkında bilinçli kararlar almasını ve katılım sağlamasını desteklemekte böylece yoksulluk-hastalık döngüsünün kırılmasında anahtar rol oynamaktadır (WHO, 1998b:29-31; Şengül vd., 2017:910; Şimşek ve Kılıç, 2012:122).

Gelir, doğrudan maddi kaynaklar bileşenini ölçen sosyo-ekonomik statünün bir göstergesidir. Gelir, sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde doğrudan etkileri olan çok çeşitli maddi koşulları etkileyebilmektedir. Gelir, yaşam süreci üzerinde kümülatif bir etkiye de sahiptir ve kısa vadede en fazla değişebilen sosyo-ekonomik statü göstergesidir. Kendi başına paranın sağlığı doğrudan etkilemesi imkânsızdır. Bu nedenle paranın, varlıkların ve sağlık hizmeti kullanımının gelirleri nasıl etkilediğini yorumlamak için daha uygun bir kavrama ihtiyaç vardır. Bu da bireylerin veya ailelerin harcamalarını hangi mallar ve hizmetler için yaptıklarına bakmaktır (WHO, 1998b:31). Gelir, bireylere ve ailelere gerekli maddi kaynakları sağlar ve satın alma gücünü belirler. Böylece, gelir sağlığın korunmasında ihtiyaç duyulan kaynaklara erişime katkıda bulunur (WHO, 1998b:29-30; Andersen ve Davidson, 2007:6).

Gelirin sağlığı etkileyebileceği mekanizmalar şunlardır:(WHO, 1998b:31)

- Yiyecek ve barınak gibi daha kaliteli malzeme kaynaklarına erişim sağlaması,
- Sağlığı doğrudan (sağlık hizmetleri, boş zaman aktiviteleri gibi) veya dolaylı olarak (eğitim gibi) artırabilecek hizmetlere erişim sağlaması,
- Topluma katılımı kolaylaştırarak benlik saygısını yükseltir ve sosyal iyilik durumunu etkiler,
- Sağlık seçimi (“ters nedensellik” olarak da adlandırılır), gelir düzeyinin sağlık durumundan etkilenebileceği de düşünülebilir. Daha sağlıklı olma ihtimalini artırır ve bu da bireylerin yoksullaştırıcı sağlık harcamalarından kaçınmasına yardımcı olur.

Sağlık İnançları

Sağlık inançları, bireylerin sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında sahip oldukları tutum, değerler ve bilgidir. Bu tutum, sağlık hizmetleri ihtiyaç ve kullanımına olan algılarını etkileyebilir. Sağlık inançları, sosyal yapının kolaylaştırıcı kaynakları, algılanan ihtiyaç ve daha sonra kullanmayı nasıl etkilediğini açıklayan bir araç sağlar (Andersen vd., 1975:2).

Sağlık inançları, sosyal yapının sağlık hizmeti kullanımını nasıl etkilediği hakkında daha fazla bilgi sağlamaktadır (Andersen vd., 1975:2). Bir bireyin sağlık hakkında ne düşündüğü nihayetinde sağlık ve hastalık davranışını etkileyebilir. Sağlık inançları, sağlık hizmetlerine ve hekime atfedilen değeri yansıtır (Andersen, 1968). Diğer eğilim faktörleri

gibi, sağlık inançları da sağlık hizmetlerinin kullanılmasının doğrudan bir nedeni olarak görülmez ancak sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik farklılıkların ortaya çıkmasına neden olur. Örneğin, doktorlarının tedavisinin etkinliğine kuvvetle inanan aileler daha kısa sürede hekim arayışına girmekte ve tedavi sonuçlarına daha az inanan ailelere göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadır (Andersen ve Newman, 2005:15; Çelik, 1994:12).

1.3.1.2. Kolaylaştırıcı Faktörler (Kaynaklar)

Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma eğilimi olmasına rağmen, sağlık hizmeti kullanımının olabilmesi için hem bireysel/aile kaynakları hem de toplumsal kolaylaştırıcı kaynaklar veya imkânlar bulunmalıdır. Bireylerin bu hizmetlere erişebilmesi için gerekli araçlara ve bilgiye sahip olması ve onlardan yararlanması gerekir (Andersen vd., 1975:2). Kolaylaştırıcı kaynaklar, bireylerin hizmetlerden yararlanabilmesi için kullanabilecekleri araçları tanımlar (Park, 2016:2; Kavuncubaşı, 2010:61). Aile ile ilgili kolaylaştırıcı kaynaklardan (imkân) olan gelir, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, ailenin tasarruf miktarı, kişinin düzenli bir bakım kaynağına sahip olup olmamasına, sosyal yardım alıp almaması bireylerin sağlık imkânlarına erişilebilirliğine bakılmaksızın kolaylıkla ölçülebilir (Andersen ve Newman, 2005:15; Andersen vd., 1975:2; Andersen, 1968).

Aile imkânlarının yanı sıra, ailenin içinde yaşadığı toplumun belirli özellikleri de sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyebilmektedir. Bu özellikler insanların ikamet ettiği ve çalıştığı yerlerdeki sağlık tesisleri ve personel miktarıdır (Andersen vd., 1975:2; Andersen ve Newman, 2005:16; Andersen, 1968). Kolaylaştırıcı sağlık kaynakları, bireyin sağlık hizmetlerini kullanma kararını etkileyen, tıbbi olanakların ve insan gücünün bulunması gibi faktörleri içerir. Sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının nüfusa oranı (hekim nüfusu ve hastane yatak-nüfus oranı vb.), sağlık hizmetlerinin fiyatı, yerleşim yeri, bölge, ulaşım, bir ülkenin bölgelerinin gelişmişlik düzeyi arasındaki farklılıklar ile kırsal/kent özellikleri toplumsal (kamusal) kolaylaştırıcı faktörler içerisinde değerlendirilmektedir (Andersen, 1968:16-17; Andersen ve Newman, 2005:109-110). Ailenin ikamet ettiği yerin kırsal/kentsel niteliği ve ülkenin hangi bölgesinde yer aldığını belirten toplumsal kaynaklar, tıbbın nasıl uygulanması gerektiğine ilişkin yerel normlar veya toplumda yaşayan bireylerin davranışını etkileyen toplumsal değerlere bağlı olarak sağlık hizmetleri kullanımını değiştirebilmektedir (Andersen ve Newman, 2005:16).

Kaynaklar yeterli derecede bulunur ve sıraya girmeksizin kullanılabilirse, toplum tarafından sağlık hizmetlerinin daha sıklıkla kullanılması beklenir. Ekonomik açıdan bakıldığında, sağlık hizmeti için daha düşük ödeme yapan bireylerin daha fazla hizmet kullanması olasıdır (Andersen ve Newman, 2005:16; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:136; Andersen vd., 1975:2). Daha yüksek fiyatlar söz konusu olduğunda sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan bireylerin çoğu hizmete erişememekte ve bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Artan fiyatlar, devlet tarafından sunulan tıbbi programlarının maliyetini arttırmakta ve böylece vatandaşlar üzerinde daha ağır bir vergi yükü oluşturmaktadır (Andersen, 1968:7).

1.3.1.3. İhtiyaç (Gereksinim) Faktörleri

Davranışsal model, sağlık hizmeti kullanımının temel belirleyicisi olarak ihtiyacın önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını modellemek için kapsamlı bir çaba, insanların kendi genel sağlık ve işlevsel durumlarını nasıl gördüklerini ve hastalık semptomlarını, ağrı ve sağlığı ile ilgili endişeleri nasıl yaşadıklarını ve sorunlarını yeterli önem ve büyüklükte görüp profesyonel yardım aramalarını göz önünde bulundurmalıdır (Andersen vd., 1975:3).

Eğilim ve kolaylaştırıcı faktörler varsayıldığında birey veya ailesinin sağlık hizmetlerinin kullanımı için hastalık veya hastalık oluşma olasılığını algılaması gerekir. İhtiyaç bileşeni, sağlık hizmetleri kullanımının en önemli sebebi olan hastalık seviyesini ifade eder (Andersen ve Newman, 2005:16; Çelik, 1994:12; Çelik, 2011:128-129; Çezik, 2014:41; Park, 2016:2; Kavuncubaşı, 2010:62). Hastalık ve ona verilen yanıt ihtiyacı doğurur. Hastalığa verilen yanıt, semptomlar için hekim arayışı ve düzenli fizik muayene yaptırılmasıdır. İhtiyaç bileşeni, ailelerin toplam sağlık hizmet kullanımı ile yakından ilişkilidir (Aday, 1972:32; Andersen, 1968).

1.3.1.4. Algılanan (Perceived) İhtiyaç

Algılanan sağlık ihtiyacı, subjektif bir sağlık göstergesi olup bireylerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini göstermektedir (Belek, 2004:95). Bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki fikir ve algılarıyla sınırlı olduğundan farkında olmadıkları bir sağlık problemini ya da sağlık hizmetini ihtiyaç olarak algılayamayabilir. Bu ihtiyacın algılanması kişilerin bireysel özelliklerine, toplumlara ve kültürlere göre farklılık gösterebilmektedir. Hastalığın algılanması ve hastalık seviyesi ve sağlık hizmetlerini

kullanmanın en temel sebebi ve sağlık hizmeti kullanımının uyarıcısıdır. Tüm şartlar oluşturulsa da sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için birey ve ailesinin hastalık ve hastalık oluşturma olasılığının bilincinde olması gerekiyor (Gökkaya ve Erdem, 2017:154; Andersen, 1995; Andersen ve Newman, 2005; Çelik, 2011).

Algılanan ihtiyacın ölçümleri arasında, bireyin yaşadığı iş göremezlik/engelli gün sayısı (disability) sayılabilir. Böyle günler, bireyin yaptığı şeyi yapamayacağı günlerdir. Genellikle bu işler, okula gitmek, ev işleri yapmak veya diğer çocuklarla oynamak gibi. Algılanan ihtiyacın diğer ölçümleri arasında belirli bir zaman aralığındaki bireysel deneyimleri ve genel sağlık durumunu mükemmel, iyi, orta veya kötü olarak nitelendirmesi sayılabilir (Andersen, 1995:3; Kaya, 1995:104).

Algılanan ihtiyaç, uygun bir şekilde ölçüldüğünde büyük ölçüde sosyal yapı ve sağlık inançları tarafından açıklanması gereken toplumsal bir olgu haline gelir. Bununla birlikte, eğilim ve kolaylaştırıcı faktörlerin oluşturduğu oldukça geniş sınırlar içinde, bazı insanların yardım araması ve sağlık hizmetlerinin tüketimi için biyolojik zorunlulukları vardır. Biyolojik zorunluluk, değerlendirilen ihtiyaç bileşeniyle daha iyi temsil edilmektedir (Andersen, 1995:3).

1.3.1.5. Değerlendirilen (Evaluated) İhtiyaç

Değerlendirilen ihtiyaç, insanların sağlık statüsü ve tıbbi bakım gereksinimleri hakkındaki profesyonel kararları ifade eder (Andersen, 1995:3). Birey veya ailesi tarafından hastalığın algılanmasına ilaveten, klinik bir değerlendirme modelde yer almaktadır. Çünkü birey sağlık sisteminden bakım istediğinde bakımın niteliği ve kapsamı kısmen sağlık profesyonelleri tarafından belirlenir (Andersen ve Newman, 2005:16). Birey sağlık hizmeti ihtiyacını fark ettikten sonra sağlık hizmeti talebinde bulunduğu sağlık hizmetinin gerekli olup olmadığına veya hangi tür sağlık hizmeti gerekli olduğuna karar verecek kişiler hekimlerdir (Erdem ve Pirinççi, 2003:44).

Değerlendirilen ihtiyaç basitçe veya hatta öncelikle biyoloji bilimi açısından geçerli ve güvenilir bir ölçüm değildir. Aynı zamanda sosyal bir bileşeni vardır ve değerlendirmeyi yapan profesyonel uzmanın eğitime ve yeterliliğine, kişisel bilgi ve becerilerine göre, sanatın ve biliminin değişen durumuna göre farklılık göstermektedir. Modelin mantıksal beklentileri (algılanan ihtiyaç), bakım talebini ve tıbbi bir rejime uyumu anlamamıza yardımcı olur; buna karşın, değerlendirilen ihtiyaç, hastanın sağlık kurumuna

gitmesinden sonra verilecek tedavi şekli ve miktarı ile yakından ilişkilidir (Andersen, 1995:3; Andersen ve Newman, 2005; Babitsch, 2012).

Davranışsal modelin ihtiyaç faktöründe hem bireylerin kendi genel sağlık durumlarını değerlendirmeleri hem de sağlık problemlerine gereken önemi verip profesyonel yardım aramaları ve profesyonel sağlık ekibinin değerlendirmeleri yer almaktadır (Şengül vd., 2017:6).

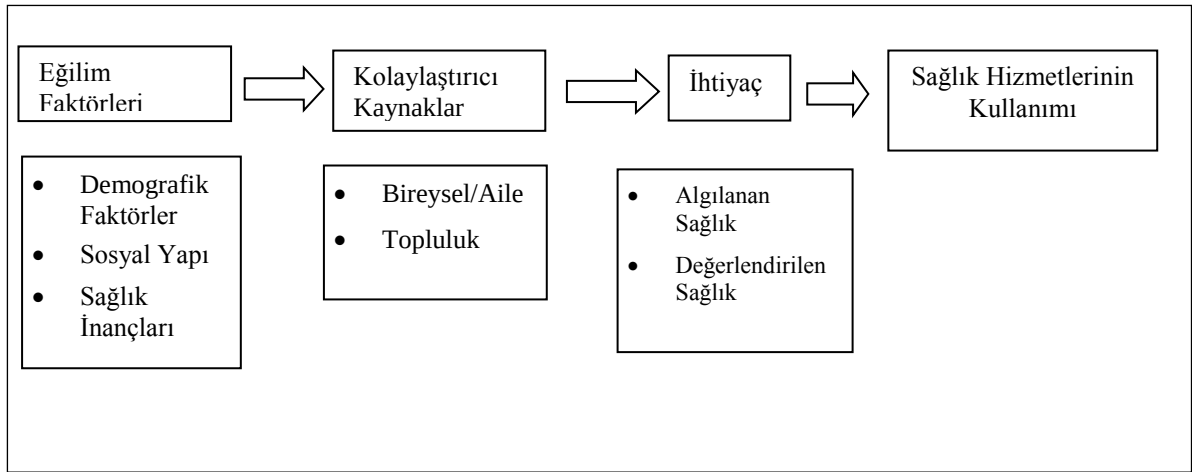
Model, bir dizi faktörün bireyin kullandığı sağlık hizmeti miktarına katkıda bulunduğunu varsaymaktadır (Andersen ve Newman, 2005:12). Sağlık hizmeti kullanımı, (1) Kişinin sağlık hizmeti kullanımına eğilimine (2) Güvenli hizmet alma yeteneğine; ve (3) Hastalık düzeyine bağlıdır (Andersen ve Newman, 2005:12).

1.3.2. Davranışsal Model'in Gelişim Aşamaları

Davranışsal modelin ilk konseptinde, artan kullanımın her zaman daha iyi olduğu ve aranacağı gibi yerleşik bir yanılğı mevcuttu. Model 1960'larda geliştirildiğinde artan kullanım büyük bir politika hedefiydi ve maliyet o günün endişe kaynağı değildi (Andersen, 1995:4).

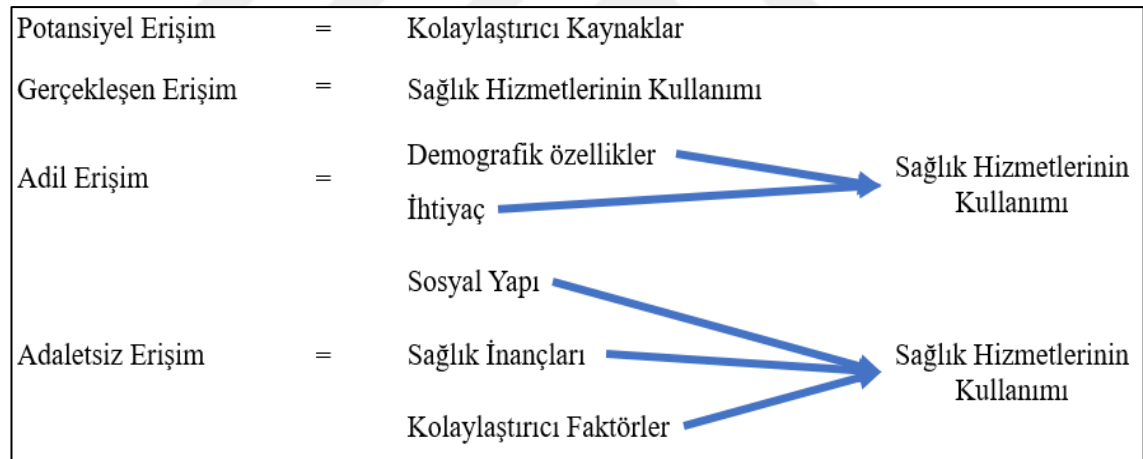
Davranış Modeli ilk olarak 1968 yılında ortaya çıkmış ve birçok aşamadan geçerek, bugünkü halini almıştır. Bu aşamalar 4 grupta toplanmaktadır. İlk model Şekil 4'te gösterilmektedir. Bu model, sağlık hizmetleri kullanımını bireylerin hizmetleri kullanma eğilimlerinin (predisposing), kullanımı kolaylaştıran veya engelleyen kaynakların (enabling) ve sağlık bakım ihtiyacının (need factors) bir sonucu olduğunu öne sürmektedir (Andersen vd., 1975:2).

Şekil 4. İlk Davranış Modeli (1960'lı yıllar)



1974 yılında Andersen ve Aday bu modele erişimi de ekleyerek modelin ilk revizyonunu yapmışlardır. Zamanla modele dışsal çevreyi ve sağlık bakım sistemi özelliklerini de eklemişlerdir (Andersen, 1995:1-8).

Şekil 5. İlk Erişim Ölçümleri



Kaynak: (Andersen, 1995:4)

Davranışsal modelin temel amacı, tıbbi bakıma erişim göstergelerini belirlemektir. Kapsamlı bir erişim göstergesindeki tehlike, çok geniş olup, spesifik olmayabileceğidir. Bununla birlikte, erişim nispeten karmaşık bir sağlık politikası ölçüsüdür ve davranışsal modeldeki kavramları kullanarak çok boyutlu terimlerle mantıklı bir şekilde tanımlanabilir. Potansiyel/olası erişim (potential access) basitçe kolaylaştırıcı kaynakların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Kolaylaştırıcı kaynakların fazla olması kullanım araçlarının fazla olmasını sağlar ve kullanımın gerçekleşme olasılığını artırır. Gerçekleşen erişim (realized access), sağlık hizmetlerinin gerçek kullanımını ifade eder.

Gerçekleşen erişimin kullanım göstergeleri sağlık hizmetlerinden (aile hekimi/uzman hekim hizmeti kullanımı, hastane hizmetleri kullanımı vb. diğer sağlık hizmetleri) faydalandığını göstermektedir (Andersen, 1995:4; Andersen ve Davidson, 2007:10; Kılıç ve Çalışkan, 2013:197).

Adil erişim ve adil olmayan erişim, gerçekleştirilen erişimin tahmin edicilerinden hangilerinin baskın olduğuna göre tanımlanır. Modelin hangi bileşenlerinin adil bir sağlık sistemi içinde kullanımını açıklaması gerektiğine ilişkin değer yargıları tanım için çok önemlidir. Hakkaniyet, vatandaşın aradığı şeydir. Geleneksel olarak adil erişim, kullanımdaki değişikliğin çoğunu demografik ve ihtiyaç değişkenlerinin oluşturduğu erişim şeklinde tanımlanır. Adaletsiz erişim ise sosyal yapı (etnisite vb.), sağlık inançları ve kolaylaştırıcı kaynaklar (gelir vb.) gibi faktörler tarafından kimlerin sağlık hizmeti alacağını belirlediği durumda ortaya çıkar. Örneğin, bir kişi inançlarının dikkate alınması gerektiğini iddia edebilir ve dolayısıyla bu inançlarla belirlenen kullanım adil sayılabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kullanım türüne bağlı olarak adil erişimi tanımlamak için farklı ölçütler kullanılabilir. Örneğin, gelir ana ve çocuk sağlığı hizmetleri kullanımının adaletsiz bir belirleyicisi olarak görülse de, kozmetik cerrahi için uygun ve adil bir belirleyici olarak düşünebilir (Andersen, 1995:4; Andersen ve Davidson, 2007:10).

Değişkenlik kavramı, Şekil 6'da gösterildiği gibi, adil erişimi artırmak için davranışsal modelin kullanılmasında önemlidir. Politikalar, öncelikle kullanımı açıklayan değişkenlerin belirlenmesiyle açıklanır. Erişimi teşvik etmede yararlı olabilmesi için değişkenlerin değiştirilebilir olarak da değerlendirilmesi gerekir veya davranış değişikliklerinin geliştirilecek olan politika değişikliklerine işaret etmesi gerekir (Andersen, 1995:5-6).

Şekil 6. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Değişkenlik Düzeyi ve Bu Faktörlere Müdahale Kabiliyeti

MODEL BİLEŞENLERİ	DEĞİŞKENLİK DÜZEYİ/MÜDAHALE
DEMOGRAFİK FAKTÖRLER	DÜŞÜK
SOSYAL YAPI	DÜŞÜK
SAĞLIK İNANÇLARI	ORTA
KOLAYLAŞTIRICI KAYNAKLAR	YÜKSEK
İHTİYAÇ	(DÜŞÜK?)

Kaynak: (Andersen, 1995:5)

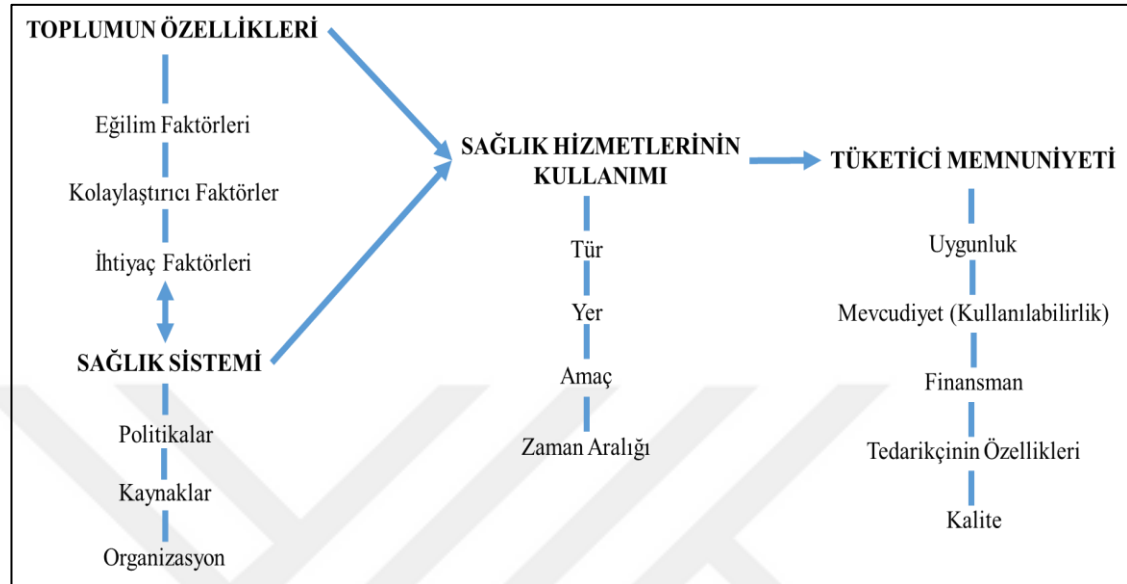
Demografik değişkenler, değişkenlik yeteneği düşük olarak değerlendirilir, çünkü cinsiyet veya yaş, sağlık hizmeti kullanımını değiştirmek için değiştirilemez. Sosyal yapı da göreceli olarak değişkenlik yeteneği düşük olarak değerlendirilmektedir. Çünkü etnisite değişebilir değildir. Eğitim veya mesleki yapıların değiştirilmesi olası erişimi arttırmak için uygulanabilir kısa vadeli bir politika değildir. Sağlık inançları değiştirilebilir ve bazen de davranış değişikliği yapabileceğinden, değişkenlik yeteneği orta olarak değerlendirilir. Bazı kolaylaştırıcı faktörler ise oldukça değişken olabilir ve kullanımla oldukça kuvvetli bir şekilde ilişkili olabilirler. Örneğin Rand Sağlık Sigortası Araştırması, değişen sağlık sigortası fayda yapısının sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisini çarpıcı bir şekilde göstermektedir (Andersen, 1995:5).

Ancak, insanların bakım için algılanan ihtiyaçları sağlık eğitimi programlarıyla artırılabilir veya azaltılabilir, hizmet arama istekleri finansal durumla değiştirilebilir. Benzer şekilde değerlendirilen ihtiyaçlar da kullanımı etkilemek üzere değiştirilebilir. Yönetilen bakım sistemleri üzerine klinik rehberlerin uygulanmasının bu sürecin bir örneğidir. Amacı, sağlık hizmeti sunucularının hastanın değerlendirilen ihtiyacı hakkında kararını değiştirmektir. Müdahaleleri planlamak için değişken faktörleri kullanmak zor bir yaklaşım olarak eleştirilebilir. Ayrıca önemli olan mevcut sistemde değişiklik gözlemlenmelidir (Andersen, 1995:5).

Davranışsal model kullanıcılarının model hakkındaki görüşlerine ve ilk modele gelen eleştirilere rağmen, ilk model tamamladıktan sonra hemen son halini almamış ve model üzerinde sonradan bazı revizyonlar yapılmıştır. Davranışsal Modelin 2. Versiyonu

(1970'lerin modeli-Şekil 7) - Aday ve diğer meslektaşları tarafından Chicago Üniversitesi Sağlık İdaresi Araştırmaları Merkezi'nde geliştirilmiştir (Andersen, 1995:6).

Şekil 7. Davranışsal Model-2. Aşama (1970'ler)



Kaynak: (Andersen, 1995:6)

Revize edilen bu yeni modele sağlık sistemi, ulusal sağlık politikaları, sağlık sistemindeki kaynaklar ve organizasyonlar dâhil edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerini kullanan toplumun önemli belirleyicileri ve kullanım kalıplarındaki değişiklikler de bu modelde dikkate alınmıştır. Bu dönemdeki diğer gelişmeler arasında, bir hastalık sürecinde alınan sağlık hizmeti türünün, yerinin, amacının ve zamanının da ölçülmesi amaçlanmıştır. Ayrıca revize edilen modele sağlık hizmetlerinin çıktıları ile tüketici memnuniyeti de eklenmiştir (Andersen, 1995:6; Kaya, 1995:102).

Sağlık sistemi, sağlığın bir belirleyicisi olarak kabul edilir ve diğer sosyal belirleyicilerden etkilenir ve onları etkiler, sağlıkta hakkaniyetin sağlanmasında önemli bir rol oynar. Sağlıkta hakkaniyetin korunması, daha az fırsata sahip olan grupların koşullarını iyileştirmeye odaklanarak, mümkün olduğunca sağlıklı olmak için tüm sosyal grupların eşit fırsatlara sahip olması için çaba sarf etmektir. Sağlık sistemi, daha adil bir toplum yaratmaya ve iyi bir sağlığın daha adil bir şekilde dağılmasını sağlamaya yardımcı olabilir (Sheridan vd., 2011:2).

Sağlık politikası genellikle, sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını ve bunlara erişimi sağlayan yönetmelik ve teşvikleri tanımlayan mevzuat veya diğer kural koyma

şekilleri ile yürürlüğe konur. Çoğu politikada olduğu gibi, sağlık politikaları da, toplumun tercihleri, politik gerçekler ve kaynak mevcudiyeti ile bütünleşmiş mevcut kanıta dayalı halk sağlığı eylemine yönelik sistematik destek toplama sürecinden doğar (Sağlık Bakanlığı, 2011:10).

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin artırılması, birçok sağlık politikasında önemli bir amaçtır. Politika belirleyiciler ve karar vericiler genellikle sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini iyileştirmede sağlık politikasının etkisini belirlemeye çalışırlar (Andersen, 1995:6; Kaya, 1995:102; Yazbeck ve Peters, 2003:66).

Organizasyon, bir sağlık sisteminin, nihai olarak sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık alt yapısını etkileyen kaynaklarını nasıl yönettiğini ifade eder. Andersen'in gözden geçirilmiş modeline göre, bir organizasyonun kaynaklarının nasıl dağıttığı ve organizasyonun yeterli iş gücü hacmine sahip olup olmadığı, bir bireyin sağlık hizmetlerini kullanıp kullanmaması durumuna göre belirlenecektir (Rubanju, 2014:18).

Eğilim değişkenleri tıbbi inanç bileşenlerinden farklıdır, çünkü kullanıcıların gerçekten aldığı bakımın niceliği veya kalitesi ile memnuniyetini ölçmektedir. Tıbbi inançlar, sağlık ve tıba yönelik yaygın sosyo-kültürel eğilimleri ifade eder. Bununla birlikte tüketici memnuniyeti, tıbbi bakım arayan belirli, yeni ve tanımlanabilir bir bölüm kapsamında değerlendirilir. Tüketici memnuniyeti, sağlık sistemiyle temas kuranların aldıkları hizmetler veya süreçle ilgili tutumlarını ifade eder. Memnuniyet bireyin özelliklerine ve sağlık sistemiyle temaslarındaki tecrübelerine göre farklılık arz etmektedir (Aday ve Andersen, 1974:215; Kavuncubaşı, 2000:293).

Modelin revize edilen üçüncü şeklinde, sağlık hizmetlerinin toplum tarafından nasıl algılandığı ve ayrıca profesyoneller tarafından değerlendirildiği şekliyle toplumun sağlık statüsünü korumak ve geliştirmekle bir ilgisi olması gerektiği açık bir şekilde vurgulanmıştır (Şekil 8). Model öncelikle sağlık hizmetlerinin kullanımını açıklamaya çalışırken sağlık hizmetleri kullanımını anlamak için önemli bir girdi olarak dış çevreyi (fiziksel, politik ve ekonomik bileşenler dâhil) incelemeye çalışır. Ayrıca, diyet, egzersiz ve öz bakım gibi kişisel sağlık uygulamalarının, sağlık sonuçlarını etkilemede formal sağlık hizmetlerinin kullanımı ile etkileşimde bulunduğunu kabul eder.

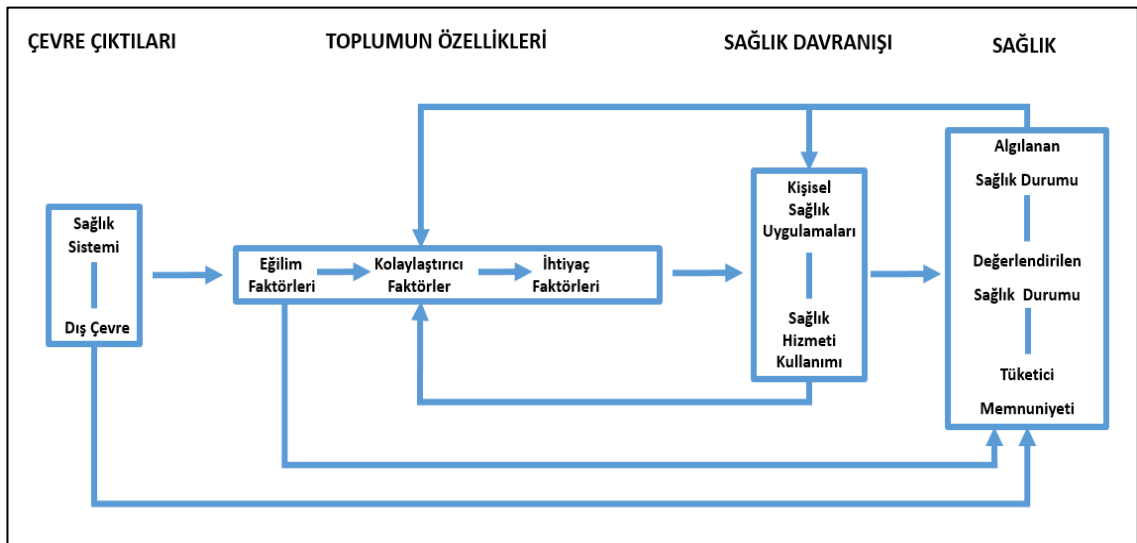
Şekil 8. Üçüncü Revizyon Sonrası Davranış Modeli (1980- 1990'lar)



Kaynak: (Andersen, 1995:7)

Revize edilen modelde sağlık çıktılarının modele dâhil edilmesi, erişimin değerlendirilmesinde sağlık politikası ve sağlık reformu kapsamında yer alan önemli boyutların bilinmesini sağlamıştır (Şekil 8). Kullanım çalışmaları, erişim kavramlarını tekrar gözden geçirmenin önemli olup olmadığı sorusuna önemli katkı sağlar. Kullanım çalışmaları, sağlık statüsü veya tüketici memnuniyetinin kullanılan hizmetlerle birlikte arttığını gösterdiği zaman etkili erişimden (Effective Access) bahsedilir. Sağlık statüsü veya memnuniyet düzeyi, sağlık hizmetleri tüketim miktarına göre arttıkça, verimli erişimden (Efficient Access) bahsedilir.

Şekil 9. Yükselen Bir Model - 4.Aşama



Kaynak: (Andersen, 1995:8)

Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen Davranışsal Model, çeşitli fikir ve eleştirilerle birçok aşamadan geçerek değişime uğramış ve şekil 9’da gösterilen son halini almıştır. Şekil 9’a bakıldığında model çevre, toplumun özellikleri, sağlık davranışları ve sağlık çıktıları (sonuçlar) olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerinin yanında sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık sistemi (politika, kaynaklar ve örgütlenme) ve dış çevre (fiziksel, politik ve ekonomik) tarafından etkilenmektedir. Çevre ve nüfusun özellikleri bireyin davranışını (beslenme, egzersiz vb. gibi) ve sağlık hizmeti kullanımını etkilemekte ve bu üç boyut, bireyin algılanan ve değerlendirilen sağlık durumunu ve memnuniyetini etkilemektedir. Sağlık çıktıları, hem algılanan hem de değerlendirilen sağlık durumunun yanı sıra sağlık hizmetinden memnuniyeti içermektedir. Şekilde ayrıca, faktörlerin karşılıklı olarak birbirini etkiledikleri diğer bir ifadeyle döngüsel bir ilişki olduğu görülmektedir (Andersen, 1995:8; Şantaş, 2017:570-571).

Şekil 9’da gösterildiği gibi bu modelin vurguladığı şey çıktıları içeren bir sağlık hizmetleri kullanım modelinin dinamik ve tekrarlanan doğasıdır. Bu model, sağlık hizmetleri kullanımı ve sonrasında sağlık statüsü üzerindeki çok sayıda etkiyi tanımlamaktadır. Ayrıca çıktıların hizmet için sırasıyla eğilim faktörleri ve algılanan ihtiyaçla birlikte sağlık davranışını etkilediğini gösteren geribildirim döngülerini içerir. Bu modelin uygulanması, daha yaratıcı ve zorlu kavramsallaştırma, deneysel çalışma tasarımları ve yenilikçi istatistiksel analiz türlerini gerektirir (Andersen, 1995:8).

Aday ve Andersen modelindeki faktörler dikkate alındığında sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet, sağlık hizmeti kullanımının diğer belirleyicilerine kıyasla ihtiyaçların göreceli önemine göre ölçülür. Erişim, yaş ve cinsiyet gibi hastalıkla ilgili, ihtiyaç duyulan demografik faktörlerin yanı sıra hastalığın sağlık hizmetlerinin kullanımını açıkladığı ölçüde adildir. Bununla birlikte, hizmetler, ihtiyaçtan ziyade, diğer eğilim faktörleri (Predisposing) ve kolaylaştırıcı faktörler (Enabling) temelinde dağıtılmış gibi görünüyorsa, adaletsizliği ima eder (Park, 2016:2).

1.3.3. Davranışsal Model’e Yapılan Eleştiriler

Davranışsal modele yöneltilen eleştirilerin başında, sosyal paylaşım ağlarına, sosyal etkileşimlere, kültüre ve psikolojik faktörlere yeterince vurgu yapmaması gelmektedir. Özellikle eğilim faktörlerinden genetik özellikler ve psikolojik özelliklerin modele

eklenmesinin önemine değinilmektedir. Modele sosyal ilişkilerin kapsamı ve kalitesi için hiçbir yer olmadığı eleştirisi yöneltilmektedir. Oysa sosyal ilişkiler (aile, arkadaşlar) sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıracak veya engelleyebilecek bir kaynak olarak görev yapabilir. Sosyal ilişkiler ölçütleri geliştirmede ve kullanmada önemli kavramsal ve metodolojik zorlukların üstesinden gelmeye yönelik kaynaklar sağlamada oldukça önemlidir (Andersen, 1995:2; Bass ve Noelker, 1987).

Gen haritalama, genetik danışmanlık ve gen tedavisi olanaklarının ciddi bir şekilde geliştirilmesi ile genetik ölçümler önemli ve tanımlanabilir eğilim faktörünü temsil eder. Ayrıca eğilim faktörleri olarak düşünülen psikolojik özellikler, zihinsel işlev bozukluğu, bilişsel bozukluk ve özerkliği (otonomi) içerir (Andersen, 1995:2).

Kolaylaştırıcı kaynaklar konusunda yöneltile eleştiri ise örgütsel faktörlere yeterince dikkat edilmediğidir. Bir kişinin düzenli bir bakım kaynağına sahip olup olmadığını bilmenin ötesine geçmenin, tıbbi bakımın nasıl organize edildiğini anlamak, kullanımın açıklanması ve tahmin edilmesine ilişkin becerimizi geliştirmelidir. Ayrıca, genel sağlık istatistiklerinden ziyade toplumdaki çeşitli tıbbi bakım sağlayıcıları ve sağlık hizmetleri organizasyonlarının türleri hakkında daha fazla şey bilmek yararlı olacaktır. Bununla birlikte, daha detaylı örgütsel verilere ya da modele çok fazla zarar vermeden ek kolaylaştırıcı faktörler dâhil edilebilir (Andersen, 1995:2; Kılıç ve Çalışkan, 2013:201).

Bir diğer dile getirilen endişe, bireysel kolaylaştırıcı kaynaklardan ve bu modelde sıklıkla kullanılan sağlık sigortası yardımlarının daha hassas ölçümlerinin yapılması gerekliliğidir. Kavramsal sınırlamalardan ziyade bu ölçümlerin geliştirilmesi ve uygulanmasının fizibilitesi ve maliyeti sınırlandırıcı bir faktör olarak görünmektedir. Model 1960'larda geliştirildiğinde sağlık hizmetleri kullanımını artırmak büyük bir politika hedefiydi ve maliyet o günün endişe kaynağı değildi. Davranış modelinin uygulamaları ve kendi ampirik çalışmaları, sağlık inançları ve sosyal yapı adına kullanımın temel belirleyicisi olarak ihtiyacın önemini vurgulamak üzere tanımlanmış ve zaman zaman eleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımını modellemek için kapsamlı bir çaba, insanların kendi genel sağlık ve işlevsel durumlarını nasıl gördüklerini ve hastalık semptomlarını, ağrı ve sağlığı ile ilgili endişeleri nasıl yaşadıklarını ve sorunlarını yeterli önem ve büyüklükte görüp profesyonel yardım aramalarını göz önünde bulundurmalıdır. Değerlendirilen ihtiyaç basitçe veya hatta öncelikle biyolojik bilim

açısından geçerli ve güvenilir bir ölçüm değildir. Aynı zamanda sosyal bir bileşeni vardır ve değerlendirmenin yapıldığı profesyonel uzmanın eğitime ve yeterliliğine göre, sanatın ve biliminin değişen durumuna göre farklılık gösterir. Modelin mantıksal beklentileri, algılanan ihtiyaç, bakım talebini ve tıbbi bir rejime uyumu anlamamıza yardımcı olur; buna karşın, değerlendirilen ihtiyaç, hastanın sağlık kurumuna gitmesinden sonra verilecek tedavi şekli ve miktarı ile yakından ilişkilidir (Andersen, 1995:2).



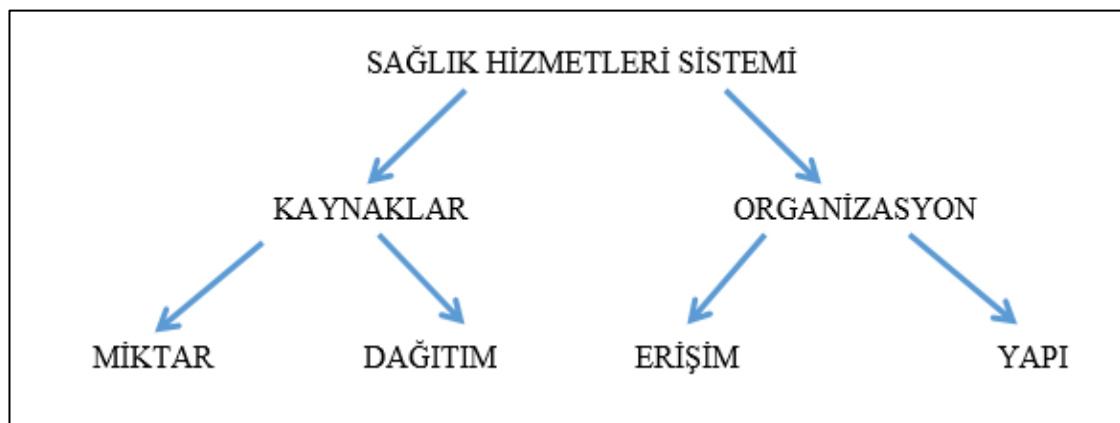
2. SAĞLIK SİSTEMİ VE HAKKANİYET

2.1. SAĞLIK SİSTEMİ VE AMAÇLARI

DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu 2000* tanımında sağlık sistemini, temel amacı sağlığı iyileştirmek, teşvik etmek ve sürdürmek olan bütüncül faaliyetler olarak tanımlamıştır (Todaro ve Smith, 2012:400; WHO, 2000; Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:6). Sağlık sistemi, kaynak ve organizasyon olmak üzere iki büyük boyuttan oluşur. İkisi birlikte, bireye sağlık bakım hizmetlerinin sağlanmasını şekillendirirler. Sağlık hizmetleri sisteminin temel yapısı Şekil 10'da görülmektedir. Sistemin kaynakları, sağlık hizmetine ayrılan işgücü/emek ve sermayedir. Sağlık personeli, sağlık hizmeti ve eğitiminin sağlandığı yapılar ve sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ekipman ve malzemeler olacaktır. Organizasyon, sistemin kaynaklarıyla ne yaptığını açıklar. Sağlık personeli ve tesislerin, tıbbi hizmet sunumunda koordine edilmesi ve kontrol edilme biçimini ifade eder (Andersen ve Newman, 1973:7).

Kaynak bileşeni, hizmet sunulan topluma göre toplam kaynak miktarını ve kaynakların bir ülkede coğrafi olarak dağılımını içerir. Miktar, aktif olarak tıbbi bakım hizmeti sunan çeşitli sağlıkla ilgili meslekler (hekimler, hemşireler, diş hekimleri vb.) için personel/nüfus oranlarını içerir. Toplam kaynak miktarı, hasta bakımını sağlayan tesislerin incelenmesi ile de ölçülebilir. Bu durumda, çeşitli hastaneler, huzurevleri ve yatarak tedavi hizmeti veren diğer kurumlar için yatak/nüfus oranları ortak ölçümlerdir (Andersen ve Newman, 1973:8).

Şekil 10. Sağlık Hizmetleri Sistemi (The Health Services System)



Kaynak: (Andersen ve Newman, 1973:6)

Sağlık kaynakları ülkenin her tarafına homojen dağılmayabileceğinden coğrafi dağılım önemli olarak görülmektedir. Ulusal ortalamadan daha az veya daha fazla sağlık

kaynağına sahip bölgelerde yaşayan insanlar için sağlık hizmeti mevcudiyetini doğru bir şekilde yansıtmayacaktır. Önemli olan kaynakların adil dağılımını sağlamaktır. Organizasyonun bileşenleri, yapı ve erişim olarak adlandırılır. Erişim, hastanın tıbbi bakım sistemine girişini ve tedavi sürecine devam etme yollarını ifade eder. Hizmet alınmadan önce ortaya çıkan engelleri belirtir. Hükümetler, gönüllü sağlık sigortası veya diğer kişiler tarafından ödenen tıbbi bakım harcamalarının oranı arttıkça, tıbbi bakım bekleme süresinin azaldığı ve tedavi için kabul edilen koşullar arttıkça erişebilirliğin artacağını varsaymaktadır. Yapı ise, sisteme girdikten sonra hastaya ne olacağını belirleyen sistemin özellikleriyle ilgilidir. Hekimlerin tıbbi uygulamalarının niteliği, yardımcı personelin kullanımı, sevk süreçleri, hastaneye kabul etme yöntemleri ve hastaların aldıkları bakım ve diğer süreçleri bu kapsamda yer alır. Yapısal bileşen, tanımlanan sağlık hizmeti sistemleri bileşenlerinin en zor yanı ve kullanım modelleriyle ilgilidir. Tanımsal sorunlar, yapının birçok yönü nedeni ile ortaya çıkar. Kuşkusuz erişim, kısmen yapıya da bağlıdır ve herhangi bir sistemin yapısı mevcut olan kaynaklara bağlıdır (Andersen ve Newman,1973:8).

Sağlık sistemlerinin performansı, politika yapımcılar için uzun yıllardan beri önemli bir endişe kaynağı olmuştur. Birçok ülke sağlık sektöründe performansın iyileştirilmesi amacıyla reformlar başlatmıştır. Sağlık sektöründeki reformlar konusunda kapsamlı bir literatür bulunmaktadır ve ortaya çıkan son tartışmalar reformların etkisinin değerlendirilebilmesi için performansın en iyi nasıl ölçülebileceğine ilişkindir. Performans ölçümü, performansın ölçülebileceği ve sonuçlarının değerlendirilebileceği bir sağlık sisteminin hedeflerini tanımlayan açık bir çerçeve gerektirir (Tandon vd., 2000:2).

Sağlık hizmetleri, ekonomi sektörünün önemli parçasıdır ve hala büyüyen bir sektördür (Andersen, 1995:8). Dünya Sağlık Raporu 2000'e göre, ulusal sağlık sistemlerinin üç temel amacı vardır: Birincisi, hizmet sunulan toplumun sağlığını geliştirmektir. Yani bir sağlık sistemi sağlığın iyileştirilmesine odaklanmalıdır. İkincisi, toplumun beklentilerine yanıt verme düzeyidir. Sağlık sonuçlarında olduğu gibi, hem cevap verme düzeyi hem de dağılımı önemlidir. Üçüncü amaç, hastalıkların maliyetlerine karşı vatandaşlara finansal koruma sağlamaktır (Lundberg ve Wang, 2006:43; Tandon vd., 2000:2). Yani, finansman ve finansal risk korumasında adaleti sağlamaktır. Amaç, sağlık harcamaları için yoksul hanehalklarının varlıklı hanehalklarına oranla daha fazla ödeme yapmamalarını

sağlamaktır ve tüm hanehalklarını katastrofik sağlık harcamalarına karşı korumaktır (Tandon vd., 2000:2). Bu hedeflere ulaşmak için sağlık sistemleri bir dizi genel işlevi yerine getirir. Dünya Sağlık Raporu'nu göre bunlar: (1) yönetim ve gözetim, (2) yatırım ve eğitim, (3) finansman ve risk havuzu ve (4) hizmet sunumu olarak sınıflandırılabilir (Lundberg ve Wang, 2006:43).

Bir sağlık sisteminin amaçlarını tanımlamak için kullanılan analitik çerçeve Murray ve Frenk tarafından oluşturulmuştur. Murray ve Frenk, bir sağlık sisteminin üç ana hedefini Şekil 11'de görüldüğü şekilde belirtir (Murray ve Frenk, 1999:6; Tandon vd., 2000:2).

Şekil 11. Sağlık Sisteminin Hedefleri

SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ		
	Seviye / Düzey	Dağıtım / Dağılım
Sağlık	✓	✓
Yanıt / Cevap Verme (Yeterlilik)	✓	✓
Finansmanda Adalet		✓
	Kalite	Hakkaniyet

Kaynak: (Tandon vd., 2000:2)

Tüm ülkelerde sağlık sistemleri, zengin ve yoksul insanların hayatında eskisinden çok daha büyük ve etkili bir rol oynamaktadır. Yeni yüzyıl başladığında, sağlık sistemleri olağanüstü iyileştirmeler elde etme gücüne ve potansiyeline daha fazla sahiptir. Fakat kötü yapılandırılmış, kötü yönetilen, yetersiz organize olmuş ve yetersiz finanse edilen sağlık sistemleri iyi olmaktan daha çok zarar verebilir. Birçok ülkenin, potansiyelinin çok gerisinde kaldığı ve adaleti sağlama açısından yetersiz çaba sarf ettiği görülmektedir. Hemen hemen tüm ülkelerde bir veya daha fazla işlevin performansında ciddi eksiklikler mevcuttur (WHO, 2000) ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyet uzun zamandır sağlık sistemi performansının önemli bir unsuru olarak kalacaktır (WHO, 2008).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANIYET

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, dağıtıcı adalet ilkesine dayanan etik bir kavram olup insan hakları ilkeleri ile yakından ilişkilidir. İnsan hakları ilkelerine göre tüm insan hakları birbirleriyle ilişkili ve bölünmez olarak kabul edilir. Dolayısıyla, sağlık hakkı, iyi bir yaşam ve eğitim standardını da içeren diğer haklardan ayrılamaz (Braveman ve Gruskin, 2003a:255-256; Braveman, 2014:367).

Uluslararası insan hakları çerçevesi, 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne dayanmaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, “Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve iyilik hali, gıda, giyim, konut ve tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere yeterli bir yaşam standardı hakkına sahip olduğunu” kabul eder (WHO, 2010:12).

Sağlıkta eşitlik (equality) ve hakkaniyet (equity) terimleri genellikle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Aynı şekilde sağlık eşitsizlikleri terimi, sağlıkta hakkaniyetsizlik/adaletsizlik terimi ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, kesinlikle, bu terimlerin eşanlamlı olmadığı farkında olmak önemlidir (Braveman and Gruskin, 2003a:255). Hakkaniyet kavramı doğasıyla normatiftir yani değeri temel alır; eşitlik terimi ise matematiksel bir eşitliği ifade eder. Sağlıkta hakkaniyet tüm toplumun sağlıklı olmak için sağlık hizmeti kullanımında eşit fırsatlara sahip olması, mevcut sağlık hizmetlerine eşit ihtiyaç duyanların eşit erişimi ve sağlık hizmetlerinin tüketiminde eşitlik anlamına gelir (Çelik, 2013:328; Braveman ve Gruskin, 2003a:255; UNICEF, 2016:18; Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224; Chapman, 2010:21; Martinelli ve Medellin, 2007:29). Hakkaniyet ve eşitlik kavramları birbirinden farklı olmakla birlikte eşitlik kavramı, sağlıkta hakkaniyetin uygulanabilmesi ve ölçülmesinde vazgeçilmezdir (Braveman ve Gruskin, 2003a:255).

Hakkaniyet, sosyal adalet veya adalet anlamına gelir; sağlıkta hakkaniyet, genellikle toplumsal olarak adaletsiz veya haksız sağlık eşitsizliklerinin yokluğu olarak tanımlanmıştır. Sağlıkta hakkaniyet çok boyutlu bir kavramdır ve sosyal açıdan dezavantajlı gruplar arasında, sağlıkta ya da sağlığın sosyal belirleyicilerinde az ya da çok sistematik farklılıkların bulunmamasıdır. Bireylerin ve grupların sosyal ve ekonomik kalkınmaya katılmaları ve bunlardan faydalanma yeteneklerini şart koştuğundan, sağlıkta

hakkaniyetin genel toplumsal hakkaniyet veya adaletin merkezi bir boyutu olduğunu iddia etmişlerdir (Braveman ve Gruskin, 2003a:254-256; Braveman, 2014:367; Nolen vd., 2005:597; Sokol vd., 2017:117; Salti, 2010:2; Mizen vd., 2012:2).

Uluslararası Sağlıkta Hakkaniyet Derneği (International Society for Equity in Health-ISEqH), sosyal, ekonomik, demografik veya coğrafik olarak tanımlanan gruplar veya alt gruplar arasında sağlık yönünden bir veya daha fazla potansiyel olarak düzeltilebilir sistematik farklılıklar olmaması olarak tanımlamaktadır (Sumah vd., 2016:1185; Wirth vd., 2006:16; Braveman, 2014:367).

Literatürde sağlık hizmetlerinde çeşitli hakkaniyet tanımları önerilmiştir (Culyer ve Wagstaff, 1992:1). Sağlık hizmetlerine eşit ihtiyaç duyanlar için sağlık hizmetlerine eşit erişim ve sağlık hizmetlerinin eşit kullanımı; ve eşit (adil) sağlık sonuçlarını da içeren üç hakkaniyet ilkesini belirlemiştir (Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224).

Sağlıkta eşitsizlik, sağlık durumundaki farklılıkları ve eşitsizlikleri veya bir toplumun farklı kesimleri arasındaki sağlık belirleyicilerinin dağılımını tanımlamak için kullanılan yaygın bir terimdir. Sağlıkta adaletsizlik, toplumlarda gözlemlenen sağlık statüsündeki haksız ve adaletsiz durumlardır. Çoğu sağlık eşitsizlikleri kesinlikle adaletsizdir (Choi, 2017:371; O'Donnell vd., 2008:14b).

Sağlıkta eşitsizlik ve sağlıkta hakkaniyetsizlik terimleri farklı toplumlarda ve farklı yazarlar tarafından farklı şekillerde ifade edilmiştir (Tugwell vd., 2010:873). Sağlıkta hakkaniyet; herkesin tam sağlık potansiyeline erişebildiği ve hiç kimsenin sosyal konumu veya diğer toplumsal olarak belirlenmiş faktörler yüzünden bu potansiyele erişmekte dezavantajlı olmaması olarak ifade edilmektedir (Tang vd., 2008:1493; UNICEF, 2016:18). Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında ve uluslararası insan hakları antlaşmalarında belirtilen sağlık hakkı elde edilebilecek en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkıdır. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı, bir toplumda sosyal olarak en avantajlı grup tarafından elde edilen sağlık standardını ifade etmektedir (Braveman ve Gruskin, 2003a:255).

Tüm ülkelerde insanlar, sağlıkta önlenemez farklılıklar ile sonuçlanan farklı sosyal koşullarda yaşarlar (Sheridan vd., 2011:1). Sağlıkta hakkaniyet, her bireyin, sosyal

konumu veya koşulları ne olursa olsun, optimal sağlığına erişme fırsatına sahip olduğu zaman ortaya çıkar. Sağlıkta hakkaniyetin çeşitli tanımları olsa da, bütün insanların sağlığının sürdürülmesi için eşit potansiyele sahip olmalarını sağlayacak sağlığın sosyal belirleyicilerini tanımlayan etik ve ahlaki yükümlülükleri ifade eder. Sağlıkta hakkaniyet, sağlıktaki gelişmeleri değerlendirmek için izleme gerektiren Milenyum Kalkınma Hedefleri (Millennium Development Goals –MDGs), Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals-SDGs) gibi küresel hedefler de dahil olmak üzere sağlığı geliştirme çabalarının temel hedefidir (Braveman and Gruskin, 2003a:256; Braveman, 2014:367; Nolen vd., 2005:597; Sokol vd., 2017:117; Lawanson ve Opeloyeru, 2016:223). Ottawa, Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında da (17-21 Kasım 1986), sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, sağlıkta hakkaniyetin sağlanmasına bağlı olduğu ve bu hareketin amacının mevcut sağlık durumundaki farklılıkları azaltarak, herkesin sağlık potansiyelini tam olarak elde etmek için eşit fırsatlara ve kaynaklara sahip olmasının gerekliliği ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a:2).

Sağlıkta hakkaniyetin önemli bir kavramı olan sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, eşit bakıma ihtiyaç duyan herkes için mevcut hizmetlere coğrafi, ekonomik ve kültürel olarak eşit erişme izin veren çok yönlü adil düzenlemeleri ifade etmektedir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2-3; Tang vd., 2008:1493).

Sağlıkta adaletsizlik, insan haklarını ihlal eden ya da haksız olarak nitelendirilen sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ya da üstesinden gelinememesi anlamına gelmektedir (Wirth vd., 2006:16; Braveman, 2014:367). Whitehead ve Dahlgren, sağlıkta adaletsizliği, farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip gruplar arasında, sağlık statüsündeki sistematik farklılıklar olarak ifade etmektedir. Yine benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü de sağlıkta hakkaniyeti “toplumsal, ekonomik, demografik veya coğrafi olarak tanımlanmış nüfus grupları arasında haksız ve kaçınılmaz ya da sağlıkta düzeltilebilir farklılıklar olmaması” olarak tanımlamıştır (WHO, 2010:12; WHO, 1998b:2).

Herhangi bir ülkede, toplumun sağlık statüsünde farklılıklar gözlemlenebilir. Genetik ve yapısal değişiklikler, fiziksel özellikler gibi bireylerin sağlığının farklı olmasına yol açar. Dolayısıyla sağlıktaki tüm farklılıklar adaletsizlik/haksızlık değildir. Doğal olarak bulunan biyolojik farklılıklardan ziyade sosyal avantaj/dezavantajla bağlantılı önemli

sağlık eşitsizlikleri genellikle haksız veya adaletsiz olarak kabul edilir. Örneğin, kayakçıların kayak yapmayanlara kıyasla daha fazla kol veya bacak kırığı vardır ve genç erişkinler genellikle yaşlılardan daha sağlıklıdır, ancak bunlar sağlık eşitsizlikleri değildir. Bundan dolayı yaş veya cinsiyet gibi biyolojik farklılıkların sebep olduğu sağlık farklılıkları, sağlıkta adaletsizlik olarak değerlendirilmez. Yaşlı insanlar doğal yaşlanma süreci nedeniyle gençlerden daha fazla hasta olma eğilimindedir. Hastalık prevelansı, farklı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Genç ve yaşlı bireyler arasındaki kardiyovasküler sorunlar biyolojik farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2; Braveman, 2014:367-368; Braveman ve Gruskin, 2003a:255; Nolen vd., 2005:597; Sokol vd., 2017:117).

Sağlıktaki adaletsizlikler, toplumda gözlenen sistematik ve haksız olan sağlık farklılıklarıdır. Bir sağlık farkının adaletsiz olarak tanımlanması nesnel bir tanım değildir, ancak mutlaka etik normlara hitap etmesi gerekir (WHO, 2010:12). Sağlıktaki farklılıklar üç ayırt edici özellik bir araya geldiğinde sağlıkta adaletsizlik olarak değerlendirilmektedir. Sağlıktaki adaletsizlik, farklı sosyo-ekonomik gruplar veya bölgeler arasında sağlıkta sistematik farklılıklar olması, bu farklılıkların toplumsal olarak üretilmesi ve toplumsal eylemle değiştirilebilmesi ve haksız olarak algılanması durumunda sağlıkta adaletsizlik söz konusudur (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2-3; Tang vd., 2008:1493; Braveman, 2014:367; Sumah vd.,2016:1185; Shin vd., 2017:235; Braveman, 2006:171). Sağlıkta sistematik farklılıkların olması, bu farklılıkların bütün topluluklarda tutarlı bir dağılım gösterdiğini, rastgele dağılmadığını ifade eder. Farklı sosyo-ekonomik gruplar arasındaki farklılıklar, sağlıkta sistematik farklılıkların en çarpıcı örneklerinden biridir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan topluluklarda mortalite ve morbidite oranları daha yüksektir. Hastalıkların bu sosyal yapısı evrensel niteliktedir, sadece büyüklüğü ve derecesi ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Sosyal olarak üretilmiş olması, bu farklılıkların biyolojik yapıdan ziyade, sosyal süreçlerden kaynaklandığını gösterir. Çünkü yoksul ailelerin çocuklarının zengin ailelerin çocuklarından daha fazla hastalanması veya ölmesi hiçbir doğa kanunuyla açıklanamaz. Sosyal adaletsizlik genel olarak haksız olduğu düşünülen farklılıklardan oluşmaktadır. Bu farklılıklar sosyal düzenlemelerin haksız olarak oluşturulması ve sürdürülmesinden kaynaklanmaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2-3; Braveman, 2014:367; UNİCEF, 2016:18).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ADALETSİZLİĞİ ARTIRAN FAKTÖRLER

Sağlıktaki adaletsizlikler, önlenebilir sağlık eşitsizlikleridir. Ve bu eşitsizlikler insanların büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı koşullar, yaşı ve hastalıkların üstesinden gelmek için oluşturulan sistemler nedeniyle ortaya çıkar. İnsanın yaşadığı ve öldüğü koşullar siyasi, sosyal ve ekonomik güçler tarafından şekillendirilir (WHO, 2008:29-35; Braveman, 2014:367). Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizlikler, dezavantajlı sosyal grupları (yoksullar, kadınlar veya ayrıcalıklı ırksal, etnik veya dini bir gruba mensup olanlar veya toplumsal dezavantaj veya ayrımcılıkla yaşayan diğer gruplar) sağlık açısından daha da dezavantajlı duruma düşürmekte ve sağlıklı olma fırsatlarını azaltmaktadır (Braveman ve Gruskin, 2003a:254-256; Braveman, 2014:367; Salti, 2010:2; Mizen vd., 2012:2).

Toplumsal cinsiyet ayrımı, daha az görünür olan biyososyal süreçlerle sağlığı da etkilemektedir; bundan dolayı kızların ve kadınların düşük sosyal statüleri ve kaynakların kontrol altına alınamaması onları sağlık risklerine maruz bırakmaktadır (WHO, 2010:34). Birçok toplumda kız ve kadınlar güç, prestij ve kaynaklara erişimde sistematik ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Ayrımcılığın sağlığa etkileri, doğrudan ve acımasız olabilmektedir (kız bebek öldürme vakalarında ya da kadınlara yönelik cinsel istismar, tecavüz ya da cinsiyete dayalı aile içi şiddet) (WHO, 1998b:33). Bazı Sahra-altı Afrika ülkelerindeki genç kadınlar arasında orantısız derecede yüksek HIV enfeksiyonu seviyeleri, cinsel zorlama kalıpları, zorla erken evlilik ve kadınlar ve kızlar arasındaki ekonomik bağımlılık tarafından körüklenmektedir (WHO, 2010:34).

Daha iyi sosyal ortamlara sahip bireylerin daha kötü sosyal ortamlara sahip bireylere kıyasla daha uzun yaşadıkları, koroner kalp hastalığı riskinin daha az olduğu, depresyona yakalanma, kanser nüksünden muzdarip olma ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha düşük olduğu görülmektedir. Son araştırmalar, mutlak yoksulluktan kaynaklanan kötü yan etkilere ek olarak, zengin ve yoksullar arasında geniş bir uçurumun olduğu toplumlarda, yüksek şiddet ve suç oranlarıyla birlikte birçok sosyal sorunlara maruz kaldıklarını göstermektedir (WHO, 1998a).

Hakkaniyet, ülke içinde ve ülkeler arasında yoksullarla sınırlı olmaksızın, sosyal olarak dezavantajlı, marjinal veya haklarından mahrum bırakılan gruplara sistematik olarak odaklanmaktadır. Ayrımcılığın yoksulluğa nasıl sebep olabileceği, şiddetlendireceği ve

nasıl süreklilik kazandırdığına dair sistematik bir odaklanma olmaksızın, yoksulluğun sağlık üzerindeki etkilerini azaltma çabaları nispeten etkisiz olabilir (Braveman and Gruskin, 2003b:539-540). Ayrımcılık ya da toplumsal dışlanma öyküsü olan gruplarda yer alan insanların ırk, cinsiyet, yaş, engellilik veya coğrafi özellikler yüzünden sağlık eşitsizliklerine maruz kalma olasılıkları yüksektir (Braveman, 2014:367; Salti, 2010:2). Küresel olarak, olumsuz/kötü sağlık koşullarına neden olabilecek biyolojik, sosyal veya ekonomik özelliklere sahip çalışma grupları arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu kötü sağlık koşulları için risk altındaki kişilerin bazıları, düşük ücretli ve geçici işçiler, genç ve yaşlı işçiler, ırksal ve etnik azınlık çalışanları ve zorla çalıştırılan işçileri içermektedir (Choi, 2017:371).

İrk veya etnik farklılıklar, birçok sosyal bölünmelerin ve ayrımcı uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Krieger, “ırk/etnisitenin biyolojik değil, toplumsal bir kategori” olduğunu açıkça belirtmektedir. Bu terim, çoğunlukla, “bir grubun diğer gruplara egemen olmaktan yararlandığı ve kendisini ve başkalarını bu tahakküm ve seçici fiziksel keyfiliğe sahip olma özellikleriyle tanımladığı sistemler tarafından şekillendirilen sıkça kültürel miras ve ataları paylaşan sosyal gruplar anlamına gelir. İrk ayrımcılığı ve dışlanma ile dikkat çeken toplumlarda, marjinalleşmiş bir ırksal/etnik gruba mensup olmak, insanların yaşamları boyunca statülerini, fırsatlarını ve eğilimlerin her yönünü etkiler. Ezilen ırksal/etnik gruplar arasındaki sağlık durumu ve sonuçları, genellikle daha ayrıcalıklı gruplar veya nüfus ortalamalarından önemli ölçüde daha kötüdür. ABD’de, Afrikalı-Amerikalılar için yaşam beklentisi beyazlara göre önemli ölçüde daha düşüktür; Afrikalı bir Amerikalı kadının, düşük doğum ağırlıklı bir bebek doğurma olasılığı beyaz bir kadının iki katıdır. Yerli gruplar, birçok ülkede ırk ayrımcılığına maruz kalmakta ve çoğu zaman yerli halklar daha düşük sağlık göstergelerine sahiptir. Avustralya’da, Aborjin ve Torres Boğazı Adalılarının ortalama yaşam beklentisi, Aborjin olmayan Avustralyalıların 20 yıl gerisinde kalmaktadır. Belki de azınlık mensupları ve ezilen ırklar/etnik kökenlerin maruz kaldığı ayrımcılık biçimlerinin bir sonucu olarak, “ırkçılığın biyolojik ifadeleri” dezavantajlı sosyal konumlarla (düşük gelir, düşük eğitim düzeyi, kötü konut) ilgili diğer belirleyicilerin etkisi ile iç içe geçmiştir (WHO, 2010:34).

Çoğu sağlık eşitsizlikleri, sosyo-ekonomik durum, ırk/etnik köken, cinsiyet, engellilik durumu, coğrafi konum veya bunların birleşimi nedeniyle marjinal grupları etkilemektedir. Bu tür gruplarda yer alan insanlar yalnızca sağlık durumunun

kötüleşmesine sebep olmakla kalmaz, aynı zamanda sağlığını destekleyen sosyal belirleyicilere veya koşullara (örneğin; sağlıklı gıda, iyi konut, iyi eğitim, güvenli mahalleler, ırkçılık ve diğer ayrımcılık biçimleri) daha az erişmektedir. Sağlık eşitsizlikleri, bu kritik koşulların sistematik ve adaletsiz dağılımının sonucu olduklarında sağlıkta adaletsizlik olarak adlandırılır (Ramirez vd., 2008:6).

Mesleğe dayalı sosyo-ekonomik konum göstergeleri yaygın olarak insanların toplumsal hiyerarşideki yerini belirler. Meslek toplumdaki sosyal konum, gelir ve akıl ile ilgili toplumdaki yerinin bir yansıması olarak, Weber'in sosyo-ekonomik konum kavramını temsil etmek için bir gösterge olarak görülebilir. Meslek, gelirle güçlü bir şekilde ilişkilidir ve bu nedenle sağlık ile de ilişkilidir. Meslekler sosyal konumu yansıtır ve daha iyi sağlık hizmetlerine daha iyi erişim, daha iyi eğitim hizmetlerine erişim ve daha sağlıklı konutlar gibi belirli ayrıcalıklardan dolayı sağlık sonuçlarıyla ilişkili olabilir. Meslek; sosyal ağları, iş temelli stres, kontrol ve özerkliği yansıtabilir ve böylece psikososyal süreçlerle sağlık sonuçlarını etkileyebilir. Meslek ayrıca hastalık/sakatlık riski yüksek bir çevrede ve işte çalışma ya da yaşama maruziyetlerini yansıtabilir (örneğin, tır şoförü veya inşaat işçisi) (WHO, 2010:32).

Sağlık okuryazarlığı, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm ülkelerde, yoksul ve en dezavantajlı olanların en kötü okuryazarlık seviyelerine sahip olduğu bir sosyal eğilimi izlemektedir. Birçok Avrupalı, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıkları hakkındaki bilgileri anlamada zorluklar yaşamaktadır. Sekiz Avrupa ülkesi üzerinde yapılan bir araştırmada, nüfusun neredeyse yarısında (%47) yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı olduğu görülmüştür. Sınırlı sağlık okuryazarlığı, genellikle sağlığı etkili bir şekilde yönetme, sağlık hizmetlerine erişim, mevcut ve ilgili bilgileri anlama ve sağlıkla ilgili bilinçli kararlar alma becerisi eksikliği ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığındaki farklılıklar sağlıkta ve sağlık hizmetlerinin alımında ve kullanılmasında adaletsizliğin önemli bir bölümünü açıklamaktadır (Boyce ve Brown, 2017:3). Bireylerin eğitimi gelirle de yakından ilişkilidir, ancak eğitimin gelirin ötesinde bazı sistemlerde finansal olmayan engellerin varlığını yansıtarak, sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimi üzerinde bağımsız bir etkisi vardır. Eğitimin, yatay hakkaniyete doğrudan etkisini değerlendirmek eşit derecede önemlidir (Or vd., 2008:9).

Tipik sağlık eşitsizliklerine ilişkin örnekler, ortalama yaşam beklentisi, çeşitli hastalıkların oluşma riski ve eğitim düzeyi, ikamet yeri, cinsiyet vb. gibi faktörlere bağlı olarak alınan bakım kalitesindeki farklılıklardır (Hellberg ve Johansson, 2017:27). Çoğu alışma, eğitim, cinsiyet, etnisite, coğrafi bölge, zengin, fakir vb. olmak üzere bireysel bağımsız değişkenler tarafından ölçülen farklı sosyal gruplar arasında sağlıktaki adaletsizlikleri incelemiştir (Karim vd., 2006:193).

2.4. SAĞLIKTA HAKKANİYETİN GELİşTİRİLMESİ

DSÖ, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve sağlıktaki adaletsizliklerin azaltılması gerektiğini kabul etmektedir. DSÖ, adaletsizlikler hakkındaki kanıtları toplamak, sentezlemek ve bunları ele almak için eyleme yönelik tavsiyelerde bulunmak üzere 2005 yılında Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Komisyonu (The Commission on Social Determinants of Health) kurmuştur (Shi vd., 2014:1). Bu Komisyon sağlıkta hakkaniyeti, sosyal gruplar arasında sağlıkta haksız ve önlenebilir ya da düzeltilebilir farklılıklar olmaması olarak tanımlamıştır. İkamet yeri, coğrafi bölge, ırk/etnik köken, kültür, dil, cinsiyet, din, sosyal sınıf, eğitim, meslek, sosyo-ekonomik durum, gelir, varlıklar, istihdam türü ve sosyal sermaye gibi sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicilerini PROGRESS Plus çerçevesinde tanımlamış ve sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri olarak vurgulanması gereken önemli faktörler olarak belirlenmiştir. Kişisel özelliklere ve zamana bağlı ek faktörler de bu belirleyicilere dahildir (Shi vd., 2014:1; Mizen vd., 2012:2; Tugwell vd., 2010:873-874; WHO, 1998b:4-36; WHO, 2010:12-36; Choi, 2017:371; O'Donnell vd., 2008:14b).

Şekil 12. Progress-Plus Çerçevesinde Sağlığın Belirleyicileri

PROGRESS-PLUS Çerçevesinde Sağlığın Belirleyicileri

PROGRESS	PLUS
İkamet Yeri	Place of residence
Yaş	Age
İrk/Etnik Köken	Race
Meslek	Occupation
Cinsiyet	Gender
Din	Religion
Eğitim	Education
Sosyo-Ekonomik Statü	Socioeconomic Status
Sosyal Ağ ve Sosyal Sermaye	Social Network and Capital

Kaynak: (Mizen vd., 2012:8)

Sağlıklı olmak için eşit fırsatlar kavramı, sağlıkta hakkaniyet kavramı için esastır ve sağlıkta eşit haklar kavramıyla yakından bağlantılıdır. Sağlıklı olmak için eşit fırsatlar kavramı, ayrımcılık yapmama konusundaki insan hakları kavramına ve hükümetlerin, (belirli sosyal gruplara dâhil olmaktan dolayı) negatif ayrımcılığı, sağlıklı olma fırsatlarında ayrımcılığı ortadan kaldırmak için gerekli tedbirleri alma sorumluluğuna dayanmaktadır. Sağlıklı olmak için eşit fırsat, bütün insanların biyolojik sınırlarının izin verdiği mümkün olan en yüksek seviyedeki fiziksel ve ruhsal iyilik halinin elde edilmesini ifade etmektedir. Birçok biyolojik sınırlamanın sonuçlarının değiştirilmeye uygun olduğuna da işaret eder (Braveman ve Gruskin, 2003a:255). Sağlık için eşit fırsat elde etmek yalnızca yoksulluğun sağlığa zararlı etkilerinden korumakla kalmayıp, sağlıklı olmak için gerekli olan eğitim, yaşam standartları ve çevresel maruziyet gibi belirli koşullardaki topluluklar arasında eşitsizliği azaltmayı da gerektirir. Böylece hem insan hakları hem de hakkaniyet perspektifleri, sağlık kurumlarının yoksulluk ve sağlık ile ilgilenmesini gerektirir. Sadece yoksulların sağlığını iyileştirmeye çalışarak değil aynı zamanda yoksulluğun yarattığı, şiddetlendirdiği ve sürekli hale getirdiği koşulların değiştirilmesine yardım ederek sağlanabilir (Braveman ve Gruskin, 2003b:540).

Sosyal adalet ilkeleri, bu çoklu etkileşimleri ve sonuçta ortaya çıkan sağlık sonuçlarını etkiler. Sosyal belirleyicilerin eşit olmayan dağılımı, sağlık eşitsizliklerine ve sağlıkta adaletsizliklere katkıda bulunurken, sosyal belirleyicilerin eşit dağılımı, sağlıkta

hakkaniyete katkıda bulunur (Ramirez vd., 2008:10). Sağlıkta adaletsizlikler az ve toplum varlıkları (community assets) fazla ise sağlık sonuçları iyi olurken sağlıkta adaletsizlikler çok ve toplum varlıkları az olduğunda ise sağlık sonuçları kötü olmaktadır (Ramirez vd., 2008:11). Sağlıkta hakkaniyet, sağlık hizmetleri de dâhil ancak bunlarla sınırlı olmayan sağlık belirleyicilerinin dağılımında adalet gerektirir. Hizmetlere erişimde hakkaniyeti vurgulayan nispeten varlıklı ülkelerde bile, sosyo-ekonomik statü, eğitim, çalışma ve yaşam koşullarında daha temel sosyal eşitsizlikleri yansıtan sağlık statüsünde önemli eşitsizlikler vardır. Bu nedenle diğer sektörlerle iş birliği içerisinde sağlık ve hakkaniyet için bir savunucu olarak hareket edilmelidir (WHO, 1998b:2; Braveman ve Gruskin, 2003a:255; Braveman, 2014:367; Tang vd., 2008:1493; Braveman ve Gruskin, 2004:10; WHO, 2017:31; Balarajan vd., 2011:2; Chapman, 2010:22; Demirel ve Akın, 2014:238).

Politika yapıcılarının rolü önemlidir. Politika yapıcılarının eşitsizlik sorunlarının yanı sıra kaynakların daha adil bir şekilde dağıtılmasının potansiyel etkisi konusunda farkındalık eksikliği vardır (WHO, 1998b:18). Bu nedenle sağlıkta hakkaniyeti artırmak için, sağlıkta mevcut eşitsizliklerin zaman içinde nasıl değiştiği ölçülerek gözlemlenmeli ve hakkaniyete yönelik politikalar merkezi öncelikler arasında yer almalıdır (Braveman, 2014:367). Farklı sektörler arasında koordinasyon şarttır ve sağlık sektörü diğer sektörlerde öğrenilen derslerden yararlanabilir (WHO, 1998b:18). Hakkaniyet, sağlık çalışanlarının eğitiminde eksik bir bileşendir. Hakkaniyet, kavramının eğitim sistemine girmesiyle ve eşitlik için artan bir farkındalık ve potansiyel savunuculuk güvence altına alınabilir. Sadece profesyonel gruplar arasında değil, genel olarak toplum genelinde farkındalık eksikliği de büyük bir engeldir (WHO, 1998b:19).

Her ne kadar sağlık sektörüne büyük ölçüde artan bir yatırım savunuluyor olsa da yoksulluğun azaltılması üzerinde önemli etkileri olan alanlarda da tamamlayıcı ek yatırımlara duyulan ihtiyaç vurgulanmalıdır. Bunlar eğitim, su, sanitasyon ve tarımsal gelişmeyi içerir (WHO, 2001:10). İstihdam ve eğitim gibi sağlıkta hakkaniyeti etkileyen kilit alanları belirleyen kamu politikaları, risk altındaki grupların katılımını arttırmak için tasarlandıklarında sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmada daha yüksek bir etki göstermektedir (Boyce ve Brown, 2017:2).

Uluslararası sağlık politikası, sağlık alanındaki eşitsizliklerin üstesinden gelmeye odaklanmıştır. Bununla birlikte, kanıtlar, halk sağlığı müdahalelerinin eşitsizlikleri azaltmadığını ve sağlık eşitsizliklerinin ne kadar artabileceğini göstermektedir (Mizen vd., 2012:1). Dünyanın hiçbir ülkesi sağlık eşitsizliklerine karşı duyarsız görünmemekle birlikte farklı sosyal gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dünya çapında giderek artması bir endişeye sebep olmaktadır (Karim vd., 2006:193-194). Hem hakkaniyet hem de insan hakları ilkeleri, tarih boyunca ayrımcılığa maruz kalmış ya da ötekileştirilmiş insanlar için sağlıkta eşit fırsatlar için sağlık kuruluşlarını mücadeleye zorlar ve sağlık kuruluşlarının yoksulluk ve sağlık ile ilgili mücadele çabalarına somut olarak katkıda bulunabilir (Braveman ve Gruskin, 2003b:539-540).

Sağlıkta eşitsizlikleri izlemek, toplumun dezavantajlı grupları için sağlık farkını tanımlamaya ve politikaların, programların ve uygulamaların en savunmasız bireylere ulaşmada başarılı olmasını sağlamaya yardımcı olur. Karar vericilere sağlıktaki farklılıkların arkasındaki nedenlerle ilgili ek bilgiler sağlar ve sağlık engellerini daha etkili bir şekilde anlamaları ve bunları aşmak için müdahale ve yaklaşımlar tasarlamaları için ihtiyaç duydukları bilgileri sağlar (WHO, 2017b:14; Braveman ve Gruskin, 2003a:256; WHO, 2017:10).

Dünya Sağlık Örgütü 2017 yılı Sağlık İstatistikleri Raporunda, hakkaniyet odaklı sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, toplumun alt gruplarına göre Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri sağlık ve sağlıkla ilgili göstergeler için verilerin toplanması, analizi ve raporlanmasını desteklemek için ülke kapasitesinin geliştirilmesinin gerekliliğini ifade eder. Böylece dezavantajlı gruplar, ekonomik durumu, eğitim düzeyi, cinsiyeti, yaşı, ikamet yeri, etnisite, göçmen statüsü, engellilik durumu ve kast gibi bazı ülkelere ait özellikler açısından tanımlanabilir (WHO, 2017a:14). Dünya Sağlık Örgütü raporlarının kanıtladığı gibi, ülkeler içindeki ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri önemli olabilir. Bu nedenle, ulusal sağlık bilgi sistemlerinin, eşitlikle ilgili verileri toplama, analiz etme ve raporlama kapasitesine sahip olmalarını ve karar almada ve devam eden süreçte sistematik entegrasyonu ve bu verilerin kullanılmasını destekleyecek kapasiteyi sağlamak için güçlendirilmeleri ve yeniden biçimlendirilmeleri son derece önemlidir. Böylece ulusal ve uluslararası planlama, programlama, izleme, gözden geçirme ve değerlendirme yapılabilmektedir (WHO, 2017a:13).

DSÖ, hakkaniyete ulaşmak ve öncelik belirlemek için açık bir kriter oluşturulmasını öngörür. Sağlık sistemleri, yeterli, kaliteli hizmete evrensel erişim sağlamak ve bunları korumak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine öncelik veren yaşam boyu yaklaşımlarını benimsemek zorundadır (WHO, 1998b:2). Sağlıkta Hakkaniyetteki ilerlemeleri desteklemek için beş ayrı fakat birbiriyle ilişkili alanlarda araştırma yapılması gerekmektedir: 1. Sağlıkta hakkaniyeti etkileyen küresel faktörler ve süreçler; 2. Belirli bir toplumda insanların sağlıklı olma fırsatlarını/şanslarını farklı olarak etkileyen belirli toplumsal ve politik yapılar ve ilişkiler; 3. İyi sağlık elde etme ve sürdürme olasılığını artıran veya azaltan bireysel faktörler ve sosyal faktörler arasındaki karşılıklı ilişkiler; 4. Sağlık hakkını etkileyen sağlık sistemi faktörleri; ve 5. Birinci ve dördüncü maddede belirtilen hususların önemli bir şekilde nasıl etkileneceği, yani, sağlık müdahaleleri ve sağlık hizmetlerinin belirleyicilerindeki adaletsizlikleri azaltma potansiyeline sahip politika müdahalelerinin belirlenmesi (WHO, 2004:10).

DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Komisyonu sağlıkta yaşanan adaletsizlikleri azaltmak için üç öneride bulunur:

1. Günlük yaşamın koşullarını iyileştirin- insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşadığı koşullar.
2. Güç, para ve kaynakların adaletsiz dağılımını- günlük yaşam koşullarının yapısal itici güçlerini- küresel, ulusal ve yerel olarak ele alın.
3. Problemi ölçün, faaliyeti değerlendirin, bilgi tabanını genişletin, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine eğitilmiş bir işgücü geliştirin ve sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında kamu bilincini artırın (WHO, 2008:2).

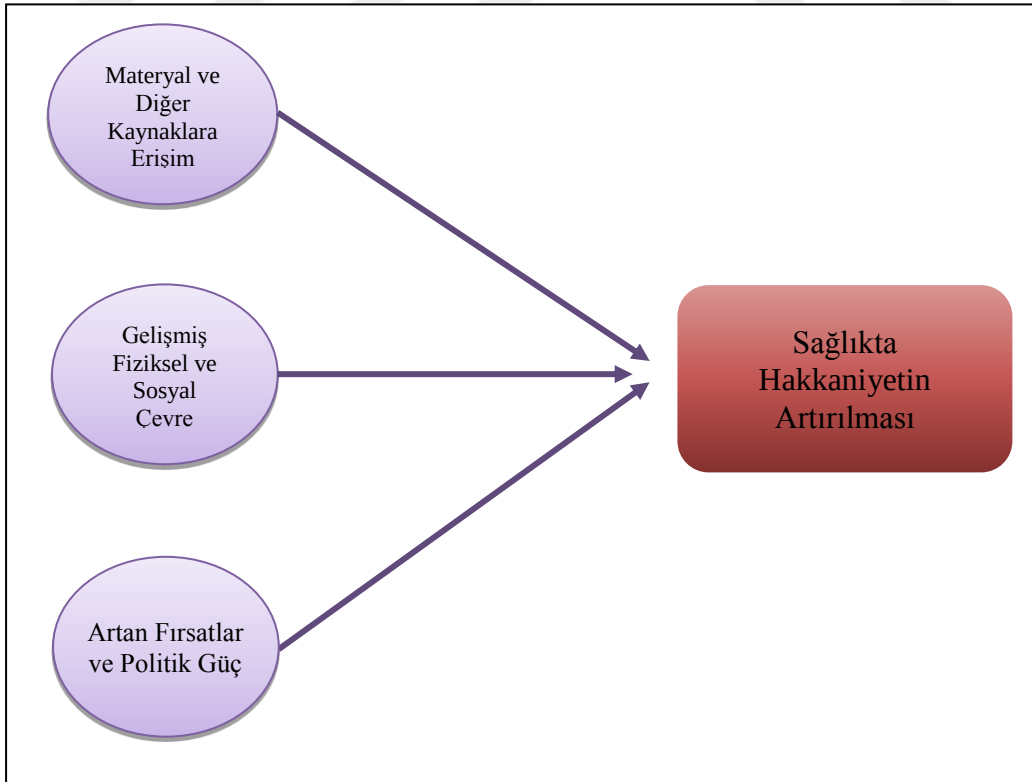
Hakkaniyetin bir gereği olarak sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin hizmetlerden ihtiyaçları ölçüsünde yararlanmalarının ve hizmetlerin finansmanına imkânları oranında katkıda bulunmalarının sağlanması gerekir. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması için farklı sosyal gruplar, kırsal-kent ve farklı coğrafik bölgeler arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması ve sağlık göstergelerinde tam bir iyileşmenin sağlanması gereklidir (Sağlık Bakanlığı, 2012c:304).

Sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesi için eylemler, sağlık statüsünün dağılımı, sağlık hizmetlerinin dağılımı, temel kamu malları ve hizmetlerinin sunumundaki süreçlerin

adillığı ve sağlık kaynaklarının tahsis edilmesinde sosyal adaleti kapsar (Tang vd., 2008:1493).

Sağlıkta hakkaniyeti artırmak için, 1. Materyal ve diğer kaynaklara erişim, 2. Geliştirilmiş fiziksel ve sosyal çevre, 3. Artan fırsatlar ve politik güç olmak üzere üç yöntem önerilmektedir. Birinci yöntem, materyal ve diğer kaynaklara erişim; gruplar arasında cinsiyet, ırk/etnisite ve sosyo-ekonomik durumla ilişkili olarak kaynakların adaletsiz dağılımından kaynaklanan sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. İkinci yöntem, iyileştirilmiş fiziksel ve sosyal çevre; sağlığı geliştiren (sağlık olanakları, imkânlar, tesisler) ya da sağlığa zarar veren toplumsal yönlerin daha adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Üçüncü yol, artan fırsatlar ve politik güç; örneğin, iş ve okul için güvenli ve uygun fiyatlı ulaşım seçenekleri sağlayan yerel yönetimler tarafından başlatılan kentsel planlama çabalarıyla aşılabılır (Northridge ve Freeman, 2011:583-584). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyete gerçekten ulaşıp ulaşılmadığının analizi önemlidir ve önemli politik sonuçları vardır (Malinche van der Hoog, 2010:3).

Şekil 13. Sağlıkta Hakkaniyeti Artırmak İçin Mekanizmalar



Kaynak: (Northridge ve Freeman, 2011:585)

2.5. SAĞLIKTA HAKKANİYETİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN DEĞİŞKENLER

Sağlıkla ilgili yapılacak bir düzenlemede bir ülkenin ya da herhangi bir bölgenin mevcut sağlık durumunun bilinmesi son derece önemlidir. Mevcut durum tespit edildikten sonra yapılması gerekenler konusunda çok daha doğru kararlar verilebilecektir (Ulutürk, 2015:48).

Sağlık sektöründe hakkaniyet; sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık hizmetlerine erişim ve kaynakların dağıtımı ve harcamalar kavramları kullanılarak ölçülebilir (Waters, 2000:600). İdeal olarak, temel sağlık göstergeleri, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri ve diğer belirleyiciler ve hastalığın sosyal ve ekonomik sonuçları da dâhil olmak üzere bir dizi kategoriyi kapsamalıdır. Hakkaniyet analizleri için sağlık statüsü göstergeleri, mortalite, morbidite, beslenme durumu, sağlık algısı, fonksiyonel durum/sakatlık ve acı/yaşam kalitesini içerecektir. Sağlık hizmetleri göstergeleri, sağlık tesislerine erişim (sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği) ve bunlardan yararlanma (sağlık hizmetlerinin kullanımı), koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra hizmet kalitesi, finansal ve insan kaynaklarının tahsisi ve hanehalkı finansmanı ve sigorta kullanılan başlıca göstergelerdir. Güvenli suya ve sanitasyona erişim geleneksel olarak gelişmiş ülkelerdeki halk sağlığı alanına girer ve giderek düşük ve orta gelirli ülkelerde temel bir halk sağlığı hizmeti olarak tanınır. Sağlık statüsünün iyileştirilmesinde halk sağlığı çalışmaları içerisinde temiz suya erişim oranı son derece önemlidir. Halen ölçülen ve ülkeler arasında eşitsiz biçimde ele alınan temel sağlık belirleyicileri, gıda güvenliği, çevre koşulları, savaş ve diğer şiddet türleri, sosyal ağlar, tütün kullanımı, aşırı alkol kullanımı ve sedanter yaşam tarzı gibi bireysel risk faktörlerini içermektedir. Son olarak, akut ve kronik hastalıkların farklı toplumsal tabakalar için farklı sosyal ve ekonomik sonuçları vardır, örneğin ciddi hastalıklar, sosyal korumanın bulunmadığı dezavantajlı gruplar arasında hanehalkı yoksulluğuna neden olabilmekte veya yoksulluğun daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (Nolen vd., 2005:598; Şimşek ve Kılıç, 2012:119).

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet; eşit kullanım, ihtiyaca göre dağılım, eşit erişim ve eşit sağlık sonuçları olarak tanımlamaktadır (Braveman, 2006:171). Eşit ihtiyacı olanların hizmetlere ulaşmasında (access) eşitlik ve eşit ihtiyacı olanların hizmetleri kullanmalarında eşitlik hakkaniyetin tanımları arasında yer almaktadır. Bu tanımlardan

ilki hizmet sunan tarafı ilgilendirirken iken, diğeri hem hizmet sunan tarafı hem de hizmeti talep eden ya da ihtiyacı olan tarafı ilgilendirmektedir. İki tanım arasındaki farka bakıldığında eşit ulaşım bireylerin sağlık hizmetine ulaşmada sosyal maliyetler dâhil aynı maliyetleri karşılamasıdır. Aynı ihtiyaçları ya da talepleri eşit maliyetlerle karşılayabilenlerin sağlık hizmetini kullanması da aynı olacaktır. Fakat aynı ihtiyaçları ya da talepleri olan bireyler sağlık hizmetine ulaşmada farklılık yaşarsa sağlık hizmetini kullanmaları da farklılaşacaktır (Çelik, 2013:328).

Tablo 1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyetin İzlenmesi İçin Temel Göstergeler

Gösterge Kategorileri	Gruplar Arasındaki Farkları Ölçen Göstergeler
1: Sağlık statüsü göstergeleri: (Sağlığı belirleyen etkenlere ait göstergeler)	• Yoksulluğun düzeyi ve yaygınlığı • Eğitim Düzeyi • Yeterli sanitasyon ve güvenli su kapsamı
2: Sağlık düzeyi göstergeleri	• 5 yaş altı çocuk ölüm oranı • Çocuk bodurluğunun yaygınlığı • <u>Önerilen ek göstergeler:</u> • Anne ölüm oranı • Doğuşta beklenen yaşam süresi • Bulaşıcı hastalıkların insidansı/prevalansı • Bebek ölüm hızı • 1-4 yaş arası ölüm oranı
3: Sağlık hizmeti kaynak tahsisi göstergeleri (Sağlık hizmetinde kullanılan kaynaklara ilişkin göstergeler)	• Seçilen kategorilerde kalifiye personelin kişi başına dağılımı. • Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmet tesislerinin kişi başına dağılımı. • Toplam sağlık harcamalarının personel ve sarf malzemelerine ve tesislere göre kişi başına dağılımı.
4: Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili göstergeler	• Bağışıklama kapsamı • Doğum öncesi bakım kapsamı • Nitelikli görevlinin katıldığı doğumların % 'si • Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı

Kaynak: (WHO, 1998b:2)

2.5.1. Sağlık Statüsü

Sağlık hizmetine yönelik talebi belirleyen en önemli nedenlerden biri bireylerin sağlık düzeyleridir. Bireylerin sağlık düzeyini tanımlamada ve karşılaştırmada kullanılan kavram sağlık statüsüdür. Sağlık statüsü, bireyin fiziksel ve ruhsal işlevsellik, yaşam kalitesi gibi göstergeleri kullanarak yaşam memnuniyet düzeyi ve hasta olmama halinin genel olarak değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi bireylerin ya da toplumun sağlık statüsünün niceliksel olarak ölçülebilmesini gerekli kılmaktadır. Bireylerin ya da hastaların sağlık durumunu ve sağlık düzeyini göstermede kullanılan sağlık statüsünün ölçümünde mortalite, morbidite, doğuştan beklenen yaşam süresi gibi geleneksel sağlık gösterge ölçümleri kullanılmaktadır. Çeşitli endeksler, profiller ve hastalıklara özgü ölçekler de modern ölçüm yöntemleri olarak kullanılmaktadır (Çelik, 2013:26-27; Çelik, 2011; Ulutürk, 2015:53; Şantaş, 2017:567).

2.5.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet ve Göstergeler

Sağlık hizmetlerinin kullanımı bir tür bireysel davranış olarak görülebilir. Genel olarak davranış bilimleri, bireyin davranışını, bireyin kendisinin ve yaşadığı çevrenin özelliklerinin ve/veya bu bireyin ve toplumsal güçlerin bazı etkileşimlerinin bir fonksiyonu olarak açıklamaya çalışmıştır (Andersen ve Newman, 1973:2).

Sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık sistemini tanımlamak ve anlamak için önemli bir noktadır. Genellikle, sosyo-ekonomik durum, eğitim, cinsiyet, ırk, spesifik hastalıklar veya bölgeler arasındaki farklılıklara ilişkin erişim ve kullanım eşitsizliği bağlamında araştırılmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımının belirlenmesi için de önemli bir rol oynar. Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesinde olduğu kadar, sağlık hizmetlerinin planlaması ve sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasını için de önemlidir (Herrmann vd., 2017:1; Kılıç ve Çalışkan, 2013:192).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı için sağlık hizmetlerinin varlığı, coğrafi, kültürel ve finansal olarak ulaşılabilirliği, sağlık hizmetinin kapsamı, kullanımı ve niteliğini kapsamaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012:119). Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen faktörler birçok araştırmanın konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kullanılması ile ilgili kriterler yapılan çalışmalara ve bu çalışmaların amaçlarına göre farklılık göstermekle birlikte literatürde kullanılan kriterler genel olarak hekime

başvurma (pratisyen- uzman hekim), dış hekime başvurma, diğer sağlık personeline (hemşire, ebe vb.) başvurma, poliklinik hizmeti alma, klinik hizmeti alma (hastanede yatma), acil servise başvurma, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti alma olarak değişiklik göstermektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 40).

Kullanımdaki hakkaniyet sorunları, yatay hakkaniyet boyutuyla sıklıkla incelenmiştir. Pek çok araştırmacı, “erişim (access)” terimini “kullanım (utilization)” ile eşanlamlı olarak kullanmaktadır; bu da, bireyin sağlık hizmetlerine erişiminin bu hizmetlerin kullanımında yattığını belirtmektedir. (Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224).

Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin ve toplumun sağlık hizmet sunum sistemine girmesini sağlayan süreçlerle ilgilidir (Neutens, 2015:14; Culyer ve Wagstaff, 1992:1). Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) tarafından sağlık sistemi performansının önemli bir unsuru olarak görülmektedir (Van Doorslaer ve Masseria, 2004:8). Tüm OECD ülkelerinde, herkesin ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerine yeterince erişmesini sağlamak önemli bir politika hedefidir. Birçok OECD ülkesi, politika belgelerinde ana hedeflerden biri olarak sağlık hizmetlerine erişim eşitliğini açıkça desteklemektedir (Van Doorslaer ve Masseria, 2004:8).

Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet, ödeme kabiliyetine bakılmaksızın eşit ihtiyaçlara eşit erişim yani hizmetlerin toplumun ihtiyacına cevap vermesini sağlamaktır (Wenzlvd., 2017:948). Ayrıca kaynak tahsisinin ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlık ihtiyaçları tarafından belirlenmesini gerektirir ve herkes ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişebildiği ve kullanabildiği sürece adaletten bahsedilebilir (Braveman, 2006:170).

Sağlık hizmetlerine erişim, çok yönlü bir kavram olup beş boyuttan oluşmaktadır: (1) Sağlık hizmetlerinin kullanım maliyetleri, satın alınabilirliği (affordability), (2) sağlık hizmetlerine uyum ve memnuniyet, kabul edilebilirlik (acceptability), (3) sağlık hizmeti sunumunun mevcudiyeti, yeterliliği ve kullanılabilirliği (availability), (4) hastalar ve hizmet sunucular arasındaki seyahat kolaylığı, coğrafi erişilebilirlik (geographic accessibility), (5) konaklama (accommodation) (Neutens, 2015:14; Clark, 1983:6).

Sağlık hizmetlerine erişimin birçok boyutu olduğundan sağlık hizmetlerine erişimle ilgili engellerinde çok farklı boyutlarda ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde; coğrafi erişim, ekonomik erişim, kültürel erişim ve sağlık alt yapısı başta olmak

üzere çok çeşitli boyutlar altında incelenebilir (Whitehead ve Dahlgren, 2007: 9; Clark, 1983:6; Russell vd. 2013:62; Çelik, 2011:334).

2.5.2.1. Coğrafi Erişim

Sağlık hizmetlerine coğrafi erişim, yaşanan bölgede sağlık hizmetlerinin fiziksel olarak varlığını ifade etmektedir (Whitehead ve Dahlgren, 2007: 9; Clark, 1983:6). Kaynakların farklı coğrafi bölgeler arasında, farklı düzeylerde etkin bir şekilde tahsis edilmesi, yeterli düzeyde kaynak sağlanmış sağlık hizmetlerinin fiziksel olarak kullanılabilirliğinin sağlanmasında kritik öneme sahiptir (Balarajan vd., 2011:4; Mahapatro, 2015:183). Son yıllarda tüketiciler/hastalar ve hizmet sunucular (pratisyen hekim vb.) arasındaki mekânsal/fiziksel engellere dair bir çok kanıt mevcuttur (Neutens, 2015:14). Mahapatro tarafından yapılan çalışmada tüm bilgi sağlayıcılar tarafından, sağlık hizmetlerinin kullanılmasının önündeki en büyük engelin coğrafi erişilebilirlik ve ulaşım olduğu ifade edilmiştir (Mahapatro, 2015). Fakat, hizmetlere fiziki olarak erişilmesi, hizmetlerin fiziksel olarak mevcut olduğu durumlarda bile, bakıma ihtiyacı olanların maliyetlerinden dolayı alımı engellediğinde, sağlık hizmetlerinin kullanımını garanti etmemektedir (Balarajan vd., 2011:5).

2.5.2.2. Ekonomik Erişim

Sağlık hizmetlerini kullanmaya ekonomik olarak gücünüz yetmediği takdirde, kapınızın önünde bir sağlık kuruluşuna sahip olmak herhangi bir anlam ifade etmeyecektir (Whitehead ve Dahlgren, 2007: 9; Clark, 1983:6). Düşük düzeydeki kamu finansmanı, kapsamlı bir risk havuzlama mekanizmasının eksikliği ve artan sağlık maliyetleri bağlamında cepten yapılan harcamalar, sağlık finansmanında ve finansal risk korumasında hakkaniyeti etkileyen temel faktörlerdir (Balarajan vd., 2011:6).

Yoksullar sağlık hizmetlerine erişimde fiyata daha fazla duyarlıdır. Hasta olduklarında sağlık bakımı aramaları zenginlere göre muhtemelen daha azdır ve bu kırsal alanlarda daha yaygın görülmektedir (Balarajan vd., 2011:6). Gelişmekte olan ülkelerde, yoksulların etkili sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin düşük olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Lawanson ve Opeloyeru, 2016:223). Üstelik yoksulların, hastalıktan muzdarip olduklarında bakım alamama nedeni olarak finansal maliyeti bir engel olarak rapor etme olasılıkları daha yüksektir ve bu durum hem kırsal hem de kentsel bölgede

yaşayan yoksullar için zamanla artmıştır. Özellikle, sağlık üzerine yapılan harcama oranı en yoksul haneler için daha fazla artış göstermiştir (Balarajan vd., 2011:6).

Ekonomik erişim sorununun bir başka yönü, insanlar tıbbi bakım için informal ödemeler dâhil cepten ödeme yaptıklarında borçlu olabilmekteler (Whitehead ve Dahlgren, 2007:10). Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre; hanehalklarının yaptığı sağlık harcamaları, hanelerin finansal korumadan yoksun kalarak zorunlu ihtiyaçlarından fedakârlık etmelerine, mevduat hesaplarını kullanmalarına, varlıklarını satmalarına veya borçlanmalarına yol açabilmektedir. Bazı ülkelerde yoksul hanelerin borçlanmasındaki temel nedenlerden biri sağlık harcamasıdır. Sağlık harcamalarını karşılamak için kredi kullanılması, varlıkların satılması ya da sağlık harcamaları nedeniyle hanelerin gıda tüketiminden fedakârlık ettiği durumlar da söz konusu olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu tür durumları, “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak nitelendirmektedir. Katastrofik sağlık harcaması genellikle cepten yapılan sağlık harcamalarının belirli bir dönemde toplam hanehalkı geliri veya harcamasının belirli bir miktarı aşması olarak tanımlanmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı ödeme gücünün %40’ına eşit ya da bu düzeyi aşması durumunda katastrofik sağlık harcamasının ortaya çıktığı belirtilmektedir (Özgen, 2007:210; TÜİK, 2015:1; Çınaroğlu ve Şahin, 2016:73-76; Şahin vd., 2014:26). Ayrıca sağlık hizmeti kullanıcılarının aldıkları hizmetler karşılığında cepten ödeme yapmaları, hizmet almak isteyen hanehalkları üzerinde katastrofik bir etkiye sahip olmakta ve yoksul halkı daha da yoksullaştırmaktadır (Xu vd., 2003:116). Bireyler yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle giderek daha da yoksullaşması tıbbi yoksulluk tuzağına (medical poverty trap) neden olmaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2007:10). Bu da hanehalklarının bu katastrofik etkiden korunmak için sağlık hizmeti almamasına ve sistemin dışında kalmalarına neden olmaktadır (Xu vd., 2003:116).

2.5.2.3. Kültürel Erişim

Diğer erişim türü olan kültürel erişim, kabul edilebilirlik ve saygı ile ilgilidir. Bazı gruplar mevcut hizmetlere erişimde kültürel engellerle karşılaşabilmekteler. Evsizler veya yoksul hastalar gibi dezavantajlı gruplara sağlık çalışanları saygılı ve insan onura yakışır bir şekilde davranmamaktadırlar. Dil engelleri ve kültürel uygulamalar, azınlık etnik grupların veya göçmenlerin, koruyucu sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetlerinden,

ücretsiz olmasına rağmen faydalanmasını engelleyebilmektedir. Dil engellerinden başka, önemli bir engel olan profesyonel sağlık çalışanları ve daha az eğitilmiş hastalar arasında, sağlık hizmeti sunucularında sıkıntı yaşayan hastaların günlük yaşam kısıtlamaları konusunda bir farkındalık ve anlayış eksikliği vardır. Ayrıca, daha az avantajlı kökenden gelen hastaların bakım kalitesinde ve onlara gösterilen saygıda farklılıklar olabilmektedir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:10). Ayrımcılık ya da toplumsal dışlanma öyküsü olan gruplarda yer alan insanların ırk, cinsiyet, yaş, engellilik veya coğrafi özellikler yüzünden sağlık eşitsizliklerine maruz kalma olasılıkları daha yüksektir (Braveman, 2014).

2.5.2.4. İnternet

Sağlık sistemlerinde bilgi işlem teknolojilerinin ve e- sağlık uygulamalarının yoğun kullanımı nedeniyle erişiminin dijital boyutunun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Kliniklerde yüz yüze iletişim dışında hastaları desteklemek için birçok e- sağlık teknolojisi mevcuttur. Mevcut dijital iletişim yöntemleri arasında cep telefonları, akıllı telefonlar, etkileşimli sesli yanıt, kısa mesajlar, e-postalar, klinik tabanlı etkileşimli video, ev tabanlı web kameraları, kişisel izleme cihazları, kişisel sağlık kayıtlar, web tabanlı portallar, sosyal ağ siteleri, güvenli sohbet odaları ve çevrimiçi forumlar bulunmaktadır. Dijital iletişime eşit olmayan erişim, adaletsizliği daha da kötüleştirebilir. Dijital erişimdeki gelişmeler birçok hastanın karşılaştığı coğrafi, geçici ve kültürel erişim sorunlarını büyük ölçüde azaltabilir (Fortney vd. 2011:639). Avrupa ülkelerinin çoğunda, erkekler interneti kadınlardan daha çok kullanmaktadır. Bazı ülkelerde kullanım neredeyse eşitken, diğerlerinde özellikle cinsiyet ve eğitim yılı sayısı bakımından büyük farklılıklar vardır. Fiziksel erişim sorunun bir parçasıdır, ancak sağlığı geliştirmek veya değiştirmek için teknolojinin nasıl etkili kullanılacağına dair bilgi de bir sorundur (Boyce ve Brown, 2017:6).

2.5.2.5. Sağlık Personelinin Tutumu

Sağlık hizmetlerine erişimin, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinden yararlanılmasında önemli bir belirleyici olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Lawanson and Opeloyeru, 2016:223). Mahapatro tarafından 2015 yılında Hindistan'da yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının tutumları, saygısız ifadeleri, önemsiz ve istenmediklerini hissettirmeleri, uyumsuzluğun nedenleri olarak belirtilmiştir. Ayrıca, hastanedeki sağlık çalışanları kırsal alandaki okuryazar olmayan kadınlara karşı önyargılı

davranmakta iken ödeme kabiliyetleri nedeniyle yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip olan bireylere ayrıcalıklı davranmaktadır. Ayrıca tüm katılımcılar, ilaçların bulunmaması, kırsal bölgede yaşayan, yoksul bireylere ve cinsiyete duyarlı olmayan sistem için uzun bekleme süreleri ile ilgili şikâyetlerini dile getirmişlerdir (Mahapatro, 2015:187-188).

2.5.2.7. Sağlık Altyapısı

Sağlık kurumları altyapıyı inşa etmek, yoksulluk ve sosyal dezavantajlara eşlik eden sağlık hizmeti almanın getirdiği karmaşık engellerin üstesinden gelmek, kapsamlı ve yüksek kaliteli evrensel hizmetler elde etmek için sistematik ve sürekli çaba sarf etmelidir. Erişim ve kalite birlikte düşünülmelidir; algılanan düşük kalite, mevcut sağlık hizmetlerinin yoksullar ve dezavantajlılar tarafından kullanılması için yaygın bir engel oluşturmaktadır (Braveman ve Gruskin, 2003b:542).

Yerleşim yerlerinde mevcut talep ile kentsel tesislerin hizmet sunumu arasındaki eşitsizliğin yoğunluğu, fırsat dağılımı kalitesindeki eşitliğin değerini gösteren referans faktörlerden biri olabilir. Talep, aslında toplumun hizmet ihtiyacıdır. Arz ise bir tesis için kullanılabilirlik ve hizmet sağlama kapasitesidir (Dadashpoor ve Rostami, 2017:46).

2.5.2.8. Sosyal Statü

Sosyal gruplar arasında kaynaklara ve fırsatlara erişimde farklılıklara yol açan önyargı ve ayrımcılık adil değildir. Sağlık, insan hakları alanında özel bir yere sahip olduğu için herkes en yüksek sağlıklı yaşam standardından yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık, aynı zamanda, daha iyi eğitim ve istihdam gibi hayatın diğer hedeflerine ulaşmada eşsiz bir kaynaktır. Bu nedenle sağlık, bireylerin ve toplumların özgürlüğünü teşvik etmenin de bir yoludur (Whitehead ve Dahlgren, 2007:2-3).

Sağlıktaki eşitsizliklerin temelinde toplumdaki eşitsizlikler yatmaktadır. Sosyal ve eğitim açısından dezavantajlı ve daha avantajlı bireyler arasındaki sağlık farklarının kapatılması için sağlığı güçlendirici mal ve hizmetlere erişimi güçlendirecek ve destekleyici çevreler yaratacak bir politika gereklidir (Sağlık Bakanlığı, 2011:7). Düşük eğitim seviyeleri, genel düşük sosyo-ekonomik statü ve güvensiz mahallelerde yaşamak gibi sosyal belirleyicilerin, azınlık toplulukları orantısız bir şekilde etkilediğinden ve dolayısıyla da daha kötü sağlık sonuçlarına katkıda bulunduğundan şüphe yoktur. Sağlık hizmetlerine erişememek, aynı zamanda, sigortasız bireylerin düzenli bir bakım kaynağına sahip olma ihtimalinin düşük olması, tedaviyi geciktirme, hastalık durumunu rapor etme

olasılıklarının daha düşük olması ve gerekli bakıma alınmadıklarını bildirme olasılıklarının daha yüksek olmasına dikkat çekmektedir (Betancourt, 2014:143; WHO, 2008). Örneğin Brezilya'da yapılan bir çalışmada, daha uzun bekleme süresi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişilememesinin daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlar ve yoksullar arasında daha yaygın olduğu görülmüştür (UNICEF, 2016:18). Önlenebilir hastalıklar, acil hastane bakımı ve olumsuz sağlık sonuçları ile sonuçlanır (Betancourt, 2014:143; WHO, 2008). Kuzey Hindistan'da yoksul anne ve çocuk sağlığına etki eden faktörler; düşük sosyo-ekonomik statü ve gelir düzeyi, azınlık bir etnik gruba mensup olma, düşük eğitim düzeyi, genç anne yaşı, geleneksel tıp tercihleri ve rutin bakıma, kurumsal hizmete duyulan ihtiyaç konusunda farkındalık eksikliği gibi fazlasıyla benzerlik gösteren önemli faktörlerdir (Mahapatro, 2015).

2.5.2.9. Maliyet ve Hizmete Erişilmede Katlanılan Seyahat Süresi

Hemen hemen tüm ülkelerde, karşılanmamış tıbbi bakım için gösterilen en yaygın sebep tedavi maliyetidir. Bekleme süreleri, İtalya, Polonya, İsveç ve Birleşik Krallık'taki katılımcılar için bir sorundu ve hem yüksek hem de düşük gelirli kişileri etkilemiştir. Seyahat mesafesi, Norveç'in dışında, karşılanmamış bir bakıma sahip olduklarını belirtenlerin üçte birinin, bakım almak için seyahat etmek zorunda oldukları mesafeden kaynaklandığını belirtmiştir (OECD, 2009:142).

2.5.2.10. Sağlık Statüsü Ölçümündeki Farklılıklar

Sağlık durumu/sonuçları, bir bireyin genel durumu veya halkın bir bölümünü veya bireysel veya toplumdaki gruplar arasındaki belirli sağlık sonuçlarını ölçer. Sağlık durumunun ölçülmesine yönelik yaklaşım çeşitli yönlerden farklılık göstermektedir. Çoğunlukla yaygın olarak kullanılan ölçümler, bir raporlama ölçeği kullanılarak bireysel olarak algılanan veya kendi başına rapor edilen genel sağlık statüsü, yaşam beklentisi ve ölüm oranlarıdır (Sumah vd., 2016:1185).

2.5.2.11. Kaynakların Dağıtımı ve Harcamalar

Finansman, genellikle sağlık hizmetlerinin ödeme kabiliyetine göre finanse edilmesini temsil etmek için kullanılır; özellikle farklı gelir düzeyine sahip kişilerin sağlık hizmetleri için farklı ödemeler yapıp yapmadıklarını belirlemekte kullanılır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet, sağlık hizmetlerini finanse etmek için bireysel kamu ve/veya özel ödemelerin oransal, artan oranlı ya da azalan oranlı olup olmadığını

ölçer (Sumah vd., 2016:1185). Araştırmacıların sağlık finansmanında hakkaniyeti ölçmek için yaygın olarak kullandıkları göstergeler şunlardır: Kişi başına düşen sağlık harcamaları, ödemelerdeki artan oranlılık, kişi başına düşen gelir ve mali transferler ile kişi başına düşen sigorta primleri. Adil bir finansman, sağlık hizmetlerine erişimi artırmakta; sağlık hizmetlerinin etkili olması durumunda, insanların sağlığını iyileştirmeleri ve böylece uzun süre yaşama olasılığını artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde finanse edilmesi, sağlık harcamalarından kaynaklanan yoksulluğu doğrudan azaltabilmektedir (Braveman ve Gruskin, 2004:12).

Sağlık hakkı, yani ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı hakkı, hükümetleri hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü için sorumlu kılar ve sağlık için gerekli sağlık tesislerine, mal ve hizmetlere erişim sağlamak için koşulların oluşturulmasını sağlar. Ekonomik, sosyal, kültürel, sivil ve siyasi bütün insan hakları birbirine bağlı ve bölünmez kabul edildiğinden hükümetler, "sağlık hakkı"nın gerçekleşmesini engelleyecek koşulların giderek düzeltilmesi ile birlikte eğitim, bilgi, gizlilik, iyi yaşam ve çalışma koşulları, katılım ve ayrımcılığa uğramama özgürlüğünden sorumludurlar. Sağlık sektörünün bu hak aralığına sistematik olarak dikkat etmesi, insanların optimal sağlığa kavuşma ve sağlık hizmeti almalarını engelleyebilecek koşullara odaklanma konusunda tutarlı bir çerçeve sağlayabilir (Braveman ve Gruskin, 2003b:540).

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYETİN BOYUTLARI

Toplumdaki farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında var olan sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi erişim, finansman, harcama ve sağlık göstergeleri de dâhil olmak üzere dört alanda hakkaniyetin sağlanmasına bağlıdır. Tablo 2’de özet olarak gösterildiği gibi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde finansman ve harcamada hem yatay hem de dikey adaletin sağlanması sağlıkta hakkaniyet için gerekli iken, sağlık göstergelerinin tüm toplum için benzer hale getirilmesi sağlıkta hakkaniyetin varlığının göstergesi olmaktadır (Lundberg ve Wang, 2006:49).

Tablo 2. Hakkaniyetin Boyutları

HAKKANİYET		
Hakkaniyet Boyutları	Yatay Hakkaniyet	Dikey Hakkaniyet
Erişim	Aynı ihtiyaca sahip olanlar aynı hizmete erişir.	İhtiyacı daha fazla olanlar daha fazla ya da daha yoğun hizmete erişir.
Finansman	Aynı sosyo-ekonomik statüde olanlar hizmet için aynı miktarı öder.	Zengin hane halkları yoksul hane halklarından daha fazlasını öderler
Harcama	Aynı sosyo-ekonomik statüde olanlar veya sağlık durumları aynı olanlar kamu tarafından finanse edilen hizmetlerden aynı miktarda pay alır.	Yoksul ve hasta hane halkları, zengin ve sağlıklı hane halklarından daha fazla pay alır
Sağlık Göstergeleri (Çıktılar)	Sosyo-ekonomik statüden bağımsız olarak tüm hane halkları benzer sağlık göstergelerine (sonuçlarına) sahiptirler.	

Kaynak: (Lundberg ve Wang, 2006:49)

Mooney, yatay ve dikey hakkaniyet olmak üzere sağlıkta hakkaniyet kavramını iki farklı boyutta ele almaktadır (Braveman, 2006:170). Sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyet kavramı (horizontal), aynı düzeyde sağlık ihtiyacına sahip olan bireylerin, ödeme güçlerinden (gelirlerinden) bağımsız olarak aynı tedaviyi görmesi gerektiği anlamına gelir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000:717; Cisse vd., 2007:9; O'Donnell vd., 2008:177; Braveman, 2006:170; Öz, 2008: 31).

Bir başka tanıma göre yatay hakkaniyet, gelir, eğitim, ikamet yeri, coğrafi konumları ya da ırkları gibi diğer sosyo-ekonomik özelliklerden bağımsız olarak, eşit ihtiyaç için eşit muamele olarak tanımlanır. Aynı ihtiyaca sahip bireylerin farklı miktarlarda sağlık hizmeti alması sağlıkta adaletsizliklere neden olmaktadır (Çelik, 2013:331; Li vd., 2017:4; Silber, 1999:536; Braveman, 2006:171; Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224;

O'Donnell vd., 2008:177; Van Doorslaer ve Masseria, 2004:8; Culyer ve Wagstaff, 1992:8; Malinche van der Hoog, 2010:5; Martinelli, ve Medellin, 2007:29; Or vd., 2008:2; Van Doorslaer vd., 2006:178; Van Doorslaer vd., 2008:98; Zhou vd., 2011:3; Shin ve Kim, 2010:2). Sağlık hizmetleri sunumunda hakkaniyet merkezinde, sağlık hizmetlerinin/tıbbi bakımın, gelir gibi diğer tüm faktörler hariç olmak üzere, tamamen tıbbi ihtiyaca göre tahsis edilmesi düşüncesi yatar (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000:716; Malinche van der Hoog, 2010:5).

Ülkenin geneline bakıldığında benzer sağlık kuruluşlarındaki sağlık personelinin aynı sayıda istihdam edilmesi ve eşit ihtiyaçlar için eşit ulaşım imkânı da buna bir örnektir. Sağlık hizmetlerine ulaşırken kırsal kesimde yaşayanlar iki sorunla karşılaşır. Kırsal alanda bulunan sağlık kuruluşları ve içindeki malzemeler kentsel alana göre daha azdır. Bu da sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamakta yetersizliklere sebep olabilir. Kırsal alanda yaşayanlar bu nedenlerle bazen en yakın kuruluşa ulaşmaya çalışırken bile güçlüklerle karşılaşabilmekteler (Çelik, 2013:331).

Yatay hakkaniyet, tıbbi bakıma eşit ihtiyacı olan bireylerin, yoksul ya da zengin, genç ya da yaşlı, siyah ya da beyaz vb. olup olmamasına bakılmaksızın aynı tedaviyi görmesi gerektiği anlamına gelir. Bu konuda hazırlanan raporlar, yatay hakkaniyet ilkesinin ihlalinin, ödeme kabiliyeti farklılıklarıyla sistematik olarak ilişkili olmaması gerektiği fikrine özellikle önem vermektedir. Eğer tıbbi bakıma eşit ölçüde ihtiyaç duyan iki kişi varsa, zengin olanın daha iyi tedavi alması, adalet ilkesine aykırı bir durumdur (Wagstaff vd., 1991:170).

Adil bir sağlık sisteminde yatay hakkaniyet, eşit ihtiyaçlar durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinde herhangi bir farklılık bulunmadığını, dikey hakkaniyet ise daha fazla sağlık ihtiyacı olan durumlarda daha fazla sağlık hizmetinin sağlandığını varsaymaktadır. Özet olarak, eşit ihtiyaç için eşit tedavinin uygulanmasıdır. Sağlık hizmetleri kullanımında dikey hakkaniyet (vertical), farklı düzeylerde sağlık ihtiyacına sahip olan bireylerin farklı düzeylerde sağlık hizmeti alması gerektiğini ifade eder (O'Donnell vd., 2008:177; Waters, 2000:600; Culyer ve Wagstaff, 1992:8; Malinche van der Hoog, 2010:5; Öz, 2008:31; Zhou vd., 2011:3). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kişinin ödeme kabiliyetine göre finanse edilmesini de içerir (Sumah vd., 2016:1185).

Dikey hakkaniyet kavramında sağlık durumunun bireyden bireye farklılık gösterdiği inancı hâkimdir. Örneğin soğuk algınlığına sahip bir hastayla zatürre olan bir hastaya aynı tedavi uygulanmamaktadır (Çelik, 2013:331). Sağlık hizmetlerinin adil dağılımı, çoğu ülkede, çoğunlukla yasalar veya resmi politika belgelerinde açıkça belirtilen bir ilkedir. Sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyete ilişkin politika ve araştırma konularında en fazla dikkat, sağlık hizmetlerinde farklılığın sosyo-ekonomik statü, gelir düzeyi ve ikamet edilen yer gibi diğer özelliklere bakılmaksızın eşit ihtiyaçlar için eşit muamele olarak tanımlanan yatay hakkaniyet ilkesine verilmiştir (Waters, 2000:600; Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000:718; Malinche van der Hoog, 2010:5).

Literatürde de hakkaniyete dair teorik ve ampirik tartışmaların çoğu dikey hakkaniyetten ziyade yatay hakkaniyete odaklanmıştır. Bu nedenle dikey hakkaniyete ilişkin çalışmalar daha sınırlı düzeyde kalmıştır (Waters, 2000:600; O'Donnell vd., 2008:177; Van de Poel vd., 2012:2; Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000:718; Malinche van der Hoog, 2010:5-6; Zhou vd., 2013:).

2.7. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET VE ERİŞİMLE İLGİLİ FAKTÖRLER

Sağlık evrensel ve temel bir insan ihtiyacıdır. Zengin ya da fakir bir toplumun gelişmesi, toplumunun sağlığının kalitesine, sağlığın sosyal olarak nasıl adil bir şekilde dağıldığına ve hastalığın bir sonucu olarak oluşan dezavantajdan sağlanan koruma derecesine göre değerlendirilebilir. Bir refah boyutu olarak sağlığın içsel öneminin yanı sıra, hastalık bireyin fırsatlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Kazanç kapasitesi, okuldaki performansı, çocuklara bakma becerisi, topluluk faaliyetlerine katılım vb. Sağlığın bu önemli işlevi, sağlıktaki eşitsizliklerin sıklıkla refahın diğer boyutlarındaki eşitsizliklere dönüşmesi anlamına gelir. Hiç şüphe yok ki özgür ve sağlıklı yaşam fırsatlarına sahip olma konusunda büyük eşitsizliklerin olduğu bir dünyada yaşıyoruz (World Bank, 2006:9-29-55).

OECD ülkelerinde sağlık politikalarının temel hedefi sağlık hizmetlerine erişimin teşvik edilmesi olmuştur. Ancak çok sayıda çalışma, hizmet kullanım modellerinde coğrafi alanlarda hem ülkeler içinde hem de ülkeler arasında ve bir ülkedeki çeşitli toplumlarda adaletsiz ve önlenabilir eşitsizliklerin varlığını ifade eden büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bu tür farklılıkların çoğu OECD ülkesi tarafından benimsenen standarda

göre hizmetlerin adaletsiz kullanımını temsil ettiği görülmektedir. Oysaki sağlık hizmeti ihtiyacı sağlık hizmet kullanımının birincil veya tek belirleyicisi olmalıdır (Docteur ve Oxley, 2003:10-14; Etemad vd., 2015:1).

2.7.1. Dünya Geneline Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet

Her kültürün bilgeliği, aynı zamanda sağlığın zenginlik olduğunu da öğretmektedir. Bireyler ve aileler için sağlık, gelecekte kişisel gelişim ve ekonomik güvenlik için kapasite getirmektedir. Sağlık; iş üretkenliğinin, okulda öğrenme kapasitesinin, entelektüel, fiziksel ve duygusal olarak büyüme yeteneğinin temelidir. Ekonomik açıdan sağlık ve eğitim, bireyin ekonomik verimliliğinin temelini oluşturduğu beşerî sermayenin iki temel taşıdır. Bireysel hane halklarının ekonomik refahında olduğu gibi iyi bir toplum sağlığı, tüm toplumların ölçeğinde yoksulluğun azaltılması, ekonomik büyüme ve uzun vadeli ekonomik kalkınma için kritik bir girdidir. Sağlıklı toplumlar daha uzun yaşadıklarından, daha üretken olmakta ve tasarruf yapabilmekteler ve bu durum ekonomik kalkınmaya ciddi bir etkisi bulunmaktadır (WHO, 2001:21; Durur vd., 2019:17).

Sağlıkta hakkaniyet, sağlık literatüründe ve pratiğinden de anlaşıldığı gibi herkesin kendi sağlık potansiyelini elde etme fırsatına sahip olduğu ve hiç kimsenin sosyal konumundan ya da diğer toplumsal olarak belirlenmiş durumlarından dolayı bu potansiyeli elde etmede dezavantajlı olmamasıdır (Ramirez vd., 2008:6). Sağlık ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti geliştirmenin zorluğu, 1995 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Hakkaniyet Girişiminin ana teması olmuştur (WHO, 1998a:2). Bu çalışmayı daha da ileriye götürmek için, Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet- Politika Odaklı İzleme Toplantısı, 29 Eylül - 3 Ekim 1997 tarihleri arasında Cenevre'deki DSÖ genel merkezinde toplanmıştır. DSÖ, Uluslararası Tıp Bilimleri Örgütleri Konseyi ve Hükümet Sektörü Sağlık Forumu tarafından ortaklaşa düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlıkları, üniversiteler, araştırma kurumları, sivil toplum örgütleri ve bağışçılar katılım sağlamış ve DSÖ bölge ve ülke ofislerini temsil etmiştir (WHO, 1998a:2).

Sağlıkta hakkaniyet hem DSÖ hem de dünyadaki birçok hükümetin hedefi olsa da sağlık eşitsizliklerinin tamamen yok edildiği hiçbir topluluk bulunmamaktadır (Hellberg ve Johansson, 2017:27). Hakkaniyet, uzun süredir sağlık sektöründe önemli bir hedef olarak görülmektedir ancak yoksullar ve zenginler arasındaki eşitsizlikler devam etmektedir.

Yoksullar, zenginlerden daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına maruz kalma eğilimindedir. Daha yüksek ihtiyaç seviyesine rağmen genellikle sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır. Düşük sağlık hizmeti kullanım seviyelerine rağmen yoksullar zenginlere oranla gelirlerinden daha fazla payı sağlık hizmetlerine harcamakta ve bazı yoksul aileler sağlığa cepten harcamayı gerektiren sağlık sorunları nedeniyle daha yoksul hale gelebilmekteler. Özetle sosyo-ekonomik statü ne kadar düşüğe sağlık statüsü o kadar kötü olmaktadır (O'Donnell vd., 2008:1; WHO, 2008).

DSÖ'ye göre, akıl sağlığı sorunlarının yükü, kadınlar, aşırı yoksulluk içinde yaşayanlar, çatışmalar ve savaşlar nedeniyle travmatize edilen insanlar, göçmenler, çocuklar ve ergenler için kesintiye uğrayan beslenmeler ve dünyanın birçok yerinde yerli halklar arasında orantısız olarak dağılmaktadır. Bu gruplardaki bireylerin işsiz olma, ayrımcılık ile karşılaşma ve insan haklarının ihlaline maruz kalmaları, bu gruplarda olmayan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca, önemli erişim engelleri ile karşılaşabilmekteler (WHO, 2003). Yoksulluk ve akıl sağlığı arasındaki nedensellik iki yönlüdür; yoksulluk, hem zayıf ruhsal sağlığın nedeni hem de bunun potansiyel bir sonucudur (O'Shea ve Kennelly, 2008:16).

DSÖ, mutlak yoksulluk içinde yaşayan insan sayısının giderek artması, zengin ve fakir arasındaki uçurumların giderek artması, yoksulluğun ciddi sağlık etkileri, çevresel riskler ve küreselleşmenin faydalarının eşit olmayan dağılımından dolayı hakkaniyete yönelik girişimler için yeni taahhütlere bir talep olduğunu belirtmektedir (WHO, 1998b:17).

DSÖ, ülkeler arasındaki sağlık farklarını incelemiş Binyıl Kalkınma Hedefleri (Millennium Development Goals-MDGs) ve diğer sağlık hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik ortak çabaların, en azından, yüksek kaynaklara ve düşük kaynaklara sahip ülkeler arasında sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yol açtığı sonucuna varmıştır. Çok sayıda ülkede sağlık göstergeleri genelinde karşılaştırılabilir ve ilgili veriler olmaması nedeniyle ülke içi sağlık eşitsizliği konusundaki eğilimleri değerlendirmek daha zor olmaktadır (WHO, 2017a:13).

Sağlık ve hakkaniyete ilişkin Avrupa sağlık politikası çalışmaları; hükümetlerin ya da diğer aktörlerin toplumlara, bütün ülkelere, hatta ülke gruplarına, hem bir bütün olarak hem de tümüyle toplum yaklaşımı ile refahın bir parçası olarak sağlık arayışında sağlık hizmetlerine yönlendirmeye yönelik girişimleridir (WHO, 2017:10).

Adaletsizlik, tüm bölgelerde ve tüm ülkelerde bir sorundur. Sosyo-ekonomik eşitsizlikler sağlık statüsü ile birlikte sağlık hizmetlerinde önlenebilir eşitsizliklerin en önemli belirleyicileridir ve sağlık hizmetleri daha az rol oynamaktadır (WHO, 1998b:2). Gelişmekte olan ülkelerde ve son on yılda birçok yüksek gelirli ülkede gelir eşitsizliğinde ortalama artış olmasına rağmen sağlık eşitsizlikleri aynı örüntüyü takip etmemektedir (WHO, 2017:13). Son on yıl boyunca düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki araştırmalar sosyo-ekonomik gruplar arasında (cinsiyet, ırk, etnisite, coğrafi alan ve sosyal avantajla ilişkili) sağlıktaki eşitsizlikleri sürekli olarak göstermiştir (Nolen vd.,2005:597-598). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet eğilimlerin ölçülmesi, bir ülkenin en yoksul kesiminin sağlık ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını aydınlatılabilir (Zhou vd., 2013:2).

Tüm Avrupa ülkelerine bakıldığında, farklı sosyal gruplar arasında çok fazla sistematik farklılıklar örneği bulunmaktadır. En dezavantajlı grupların hem sağlık durumları çok daha kötü hem de ölüm oranları yüksektir. Bunun sonucunda sosyal gruplar arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde ciddi farklılıklar görülmektedir. Örneğin, İskoçya'da, Glasgow'un en dezavantajlı mahallesinde doğan bir bebek, en varlıklı mahallede yaşayan bir bebekten 10 yıl daha az yaşayabilmektedir. Estonya'da, en yüksek ve en düşük eğitim düzeyine sahip olan gruplar arasındaki ölüm oranı farkı, 1989-2000 yılları arasında, Sovyet iktidarının sona ermesinden sonraki geçiş döneminde ciddi derecede artış göstermiştir. 2000 yılına gelindiğinde, 25 yaşını bitirmiş bir erkek, aynı yaşta en düşük eğitim düzeyine sahip olanlardan 13 yıl daha uzun yaşamaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2007: 5-6). Kuzey ve Güney Avrupa'dan örnekler de mevcuttur. Örneğin, Hollanda'da, düşük ve yüksek eğitim düzeyine sahip gruplardan, erkekler arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde ortalama 5 yıllık fark ve Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yıllarında (DALY) 13 yıllık bir fark görülmektedir. Finlandiya'da en yüksek eğitim düzeyine sahip olan kadınlar, en düşük eğitim düzeyine sahip olanlara göre sekiz yıl daha az Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yıllarına (DALY) sahiptir. Ayrıca, güneyde İtalya Torino'daki çalışmalar, son 30 yılda tüm sosyo-ekonomik gruplarda ölüm oranları azalmasına rağmen, düşük eğitim düzeyine sahip olan erkekler ve kadınlar arasında ve daha kötü barınma koşullarına sahip erkekler arasında bu azalmanın daha az belirgin olduğunu göstermiştir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:7).

Fransa'da iki örnek çarpıcıdır. 35 yaşındaki vasıfsız bir işçi ile aynı yaştaki beyaz yakalı bir çalışan arasında ortalama yaşam beklentisindeki fark yaklaşık dokuz yıldır. Erken ölüm oranlarına (54 yaşından önce) bakıldığında, vasıfsız işçi, beyaz yakalı işçilerden diyabet nedeniyle dört kat daha erken ölmekte, siroz ve alkol psikozu söz konusu olduğunda bu fark on katına kadar çıkmaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2007:7).

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık durumu ciddi bir endişe kaynağıdır. Rusya Federasyonu, 1990'lı yılların başında yaşanan ekonomik ve siyasi şoklardan sonra, yaşam sürelerinde beklenmedik bir biçimde, eşi görülmemiş sert bir bozulma yaşamıştır. Fakat bu bozulma, toplumun tüm kesimlerini eşit derecede etkilememiştir. En büyük darbeyi en düşük eğitim düzeyine sahip gruplar almıştır (Whitehead ve Dahlgren, 2007:7). Bu sosyal adaletsizliklerin neredeyse tüm ülkelerde olması, genel olarak toplumun sağlığının iyileştirilmesine yönelik en ciddi sorundur (Whitehead ve Dahlgren, 2007:8).

Batı Afrika'da düşük orta gelirli ülkelerden Nijerya ve Gana'da, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve erişimi açısından adaletsizlikler mevcuttur. Her iki ülke de hakkaniyet konusunda iyileşme göstermektedir ancak zenginler ve kentte yaşayanlar lehine bir adaletsizlik vardır. Gana Nijerya'ya kıyasla hakkaniyet açısından bir dizi avantaj ortaya koymaktadır. Önemli sağlık göstergeleri Gana'da daha iyi durumda iken Nijerya'da finansman ve erişimde genel hakkaniyet daha zayıftır (Odeyemi ve Nixon, 2013:1).

Ayrıca Hindistan'daki üç kuzey eyaletinde yapılan çalışmada, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eğilimlerin, giderek daha zenginler lehine bir şekilde dağılım gösterdiği ve yoksullar tarafından düşük oranlı kullanım gösterdiğini ortaya koymuştur (Zhou vd., 2013:2).

Bebekler ve çocuklarda, sağlıkta sosyal adaletsizliğin en çarpıcı örneklerini görmek mümkündür. Stokholm'de zengin ve yoksul bebek ölümlerindeki büyük farklılıklar, 1930'larda siyasi bir endişe kaynağı olarak görülmekteydi. Sağlık hizmetlerinde reformlar yapılarak anne sağlığı ile ilgili bir program oluşturulmuştur. Bu programlar ve reformlar, kentteki ailelerin yaşam koşullarını iyileştirmek için daha genel sosyal güvenlik ve konut reformlarıyla birleştirildiğinde, bebek ölümlerinde ciddi azalışlar görülmüştür. Bugün, İsveç'te, bebek ölümündeki adaletsizlik neredeyse tamamen ortadan kaldırılmış durumdadır fakat bu diğer yüksek gelirli ülkeler için her zaman söz konusu değildir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:8).

Dünyada kadınların ve çocukların sağlığının iyileştirilmesinin ilk adımı hükümetler, bağışçılar, sivil toplum örgütleri, araştırma kurumları ve hedef toplumun liderleri gibi kilit paydaşların sağlıkta hakkaniyetin savunuculuğunu üstlenmeleri olacaktır. Sağlıkta hakkaniyet için savunuculuk, toplumsal eşitsizliklere ilişkin farkındalık yaratmayı ve dezavantajlı grupların sosyal ve sağlık hareketine katılımını sağlayarak sosyal eşitsizliklerin azaltılmasını gerekli kılmaktadır (UNICEF, 2016: 118).

Tüm Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli sosyal eşitsizliklerin olduğu kanıtlanmıştır (Or vd., 2008:2). Özellikle, Avrupa'da uzman hekim kullanımı zenginler lehineyken, birincil bakım hizmetlerine erişim, çoğu ülkede sosyo-ekonomik gruplar arasında daha adil bir şekilde dağılım göstermiştir. Aynı zamanda, yapılan çalışmalar, eşitsizliklerin büyüklüğünün ve yönünün bir ülkeden diğerine önemli ölçüde değiştiğini göstermektedir. Uzman hekim kullanımında gözlenen eşitsizlikler, Avrupa ülkelerinde herkesi kapsayan genel sağlık güvencesine rağmen önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Or vd., 2008:2).

Kamu finansmanı ve hizmet sunumu, daha yoksul hastaların, çok maliyetli olan hizmetleri alabilme olasılığını artırabilir. Böylece sağlık hizmeti kullanımında sosyal eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Bazı ülkelerde bunu destekleyen spesifik kanıtlar mevcuttur. Örneğin, Fransa'da toplumun en yoksul kesimi için “ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası planı”nın uygulanması, sağlık hizmetleri kullanımını önemli ölçüde artırmış ve tüketim eğrisini toplumun geri kalanına yaklaştırmıştır. Sağlık harcamalarında kamu payının yüksek olduğu ülkelerde sosyal eşitsizliklerin şiddetinin daha az olduğu görülmektedir (Or vd., 2008:3). Ancak herkesi kapsayan sağlık güvencesi olduğunda bile verilen bakımın kapsamı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Or vd., 2008:1).

Birçok çalışma, ulusal veya bölgesel sağlık eşitsizlikleri ile mevcut tıbbi kaynakların miktarı, özellikle hekimlerin yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Fakat daha düşük sosyo-ekonomik gruplar için, ulaşım ve zaman maliyetinden dolayı daha zor olabilmektedir. Bununla birlikte, makro düzeyde, kaynakların bol olmadığı ülkelerde, sağlık sistemi mevcut kaynakların dağılımına coğrafi adalet açısından daha fazla önem vermekte ve bakıma en fazla ihtiyacı olan, daha düşük sosyo-ekonomik grupları, daha iyi hedefleyen mekanizmalar geliştirmektedir (Or vd., 2008:4).

Xu vd. tarafından ABD’de yapılan iki çalışmada, yaşlıların aile reisi olduğu haneler, engelliler, işsizler, yoksullar ve sağlık sigortasına erişimi azalmış olan bireylerin diğer hanelere oranla katastrofik harcamalardan daha fazla etkilenmesinin muhtemel olduğu belirtilmiştir (Xu vd., 2003:111).

Dünyanın diğer bölgelerinde de hakkaniyetle ilgili ciddi sorunlar bulunmaktadır. Prescott ve Jamison Çin’de uzun süredir temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için alınan kararların da (çıplak ayaklı halk hekimleri, önleyici hizmetler, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi) coğrafi hakkaniyeti sağlamaya yetmediğini ileri sürmektedir. Hâlâ, fiziksel ve finansal kaynakların dağılımında kentsel alan ile kırsal alan arasında ve kentten kente belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Hakkaniyetin daha fazla sağlanabilmesi için nüfusun %100’ünün sağlık sigortası kapsamına alınması zorunlu bir basamak olarak görülmektedir. Hakkaniyet ilkesinin tamamen yerleştirilebilmesi için nüfusun tamamının sağlık sigortası şemsiyesi altına alınmasının yanı sıra, hizmet harmonizasyonu ve giderlerin finansmanı için daha geniş maddi katılım ve hizmet sunumu gerekmektedir (Çelik, 2013:331-332).

ABD’deki sağlık durumundaki eşitsizlikler büyük, kalıcı ve sürekli artmaktadır. Araştırmalar, yoksulluk, gelir, refah eşitsizliği, düşük yaşam kalitesi, ırkçılık, cinsiyet ayrımcılığı ve düşük sosyo-ekonomik koşulların kötü sağlık ve sağlık eşitsizlikleri için başlıca risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Çevre kirliliği, yetersiz barınma, toplu taşımanın yokluğu, eğitim ve istihdam olanaklarının eksikliği ve güvenli olmayan çalışma koşulları gibi faktörler, adaletsiz sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Bu sistematik, önlenebilir dezavantajlar birbiriyle bağlantılı, kümülatif, nesiller arasındadır ve topluma tam katılım için daha düşük kapasite ile ilişkilidir. Büyük sosyal maliyetler, ekonomik kalkınma, demokrasi ve ulusun sosyal sağlığı tehditleri bu adaletsizliklerden kaynaklanmaktadır (Ramirez vd., 2008:4).

ABD’nde yapılan bir çalışma, ulusal nüfusun önemli bir bölümünün sosyo-ekonomik koşulların zayıf olduğu ve ölüm oranlarının orantısız derecede yüksek olduğu (sofistike sağlık hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen) kentlerde yaşadığını göstermektedir. Yapılan analiz sağlık hizmetlerinden ziyade ekonomik ve sosyal faktörlerin belirleyici rol oynadığını göstermiştir. Hem mutlak gelir düzeyleri, hem de servet ve göreceli eşitsizlikler söz konusu görünmektedir. Zenginlik veya mal varlığı gelirden daha

önemlidir, çünkü zenginlik uzun vadeli etkileri (zaman içinde biriken ve zaman içinde tutulan, örneğin aile mirasını) yansıtırken, gelir dalgalanma gösterebilmektedir (WHO, 1998b:9).

Nijerya, 180 milyondan fazla nüfusuyla, dünyadaki en büyük 7. nüfusa ve Afrika'daki en büyük ekonomiye sahip en kalabalık ülkedir. Nijerya nüfusunun yaklaşık dörtte üçü yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, ödeme gücü, olası sağlık şokları (health shocks) ve katastrofik sağlık harcamaları ile daha da artmasına neden olmaktadır. Nijerya'da sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve farklı coğrafi bölgelerdeki dengesiz dağılım, yüksek düzeyde yoksullukla birleştiğinde, doğal olarak sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet konusunda bazı etkileri olmaktadır. Özellikle Nijerya da dâhil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki yoksullar için sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını artırmak için uygun politika önlemlerinin kabul edilmesi konusunda genel bir endişe oluşmuştur (Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224).

Nijerya'nın sağlık sektöründe yıllardır devam eden istikrarlı hedefi, yoksullar ve daha varlıklı olanlar arasında hakkaniyeti sağlamaya çalışmaktadır. Buna rağmen, yoksullar daha az sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olduğu için, eşitsizlikler devam etmektedir ve daha büyük mortalite ve morbidite oranlarına sahiptirler. Kanıtlar, birinci basamak hizmetleri, çocuk ve anne sağlığı müdahaleleri gibi yoksullar lehine planlanmış programlardan bile faydaların zenginler lehine olduğunu göstermektedir (Lawanson ve Opeloyeru, 2016:224).

OECD'ye üye ülkeler dünyanın en zengin ve en sağlıklı ülkelerini temsil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü gibi OECD de üyelerinin sağlık sistemlerinin performansının dikkatli bir şekilde izlenmesini, karşılaştırılmasını ve sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanmasını amaçlamaktadır. OECD ülkelerinin yaklaşık yarısında hekim hizmeti kullanma olasılığının zenginler lehine dağılım gösterdiği ve eşitsizliklerin mevcut olduğu görülmektedir. Kanada, Finlandiya, İtalya, Meksika, Hollanda, Norveç, Portekiz, İsveç ve ABD'de zenginler lehine adaletsizlikler varken, Avusturya, Avusturalya, Belçika, Danimarka, Fransa, Yunanistan, Macaristan, Almanya, İrlanda, İspanya, İsviçre, İngiltere gibi diğer OECD ülkelerinde yatay hakkaniyet ilkesi ihlal edilmemiştir. Hekim kullanımında zenginler lehine adaletsizlik derecesi, ABD ve Meksika'da en yüksek düzeydedir ve bu ülkeleri Finlandiya, Portekiz ve İsveç izlemektedir. Çoğu OECD

ülkesinde aile hekimi/pratisyen hekim kullanımı daha eşit olarak dağılsa da çoğu kez yoksullar lehine dağılım göstermektedir, ancak uzman hekim hizmetlerinin kullanımı daha çok zenginler lehine dağılım gösterdiği için toplam hekim kullanımı biraz daha zenginler lehine eğilim göstermektedir. Finlandiya, pratisyen hekim kullanımının önemli düzeyde zenginler lehine dağılım gösterdiği tek ülkedir (Van Doorslaer vd., 2006:177-181; Van Doorslaer vd., 2008:97).

Van Doorslaer vd., (2008) tarafından yapılan çalışmaya göre, Avustralya'da sağlık hizmetleri kullanım düzeyi, diğer OECD ülkelerinin çoğuna kıyasla oldukça yüksektir. Nüfusun % 87'si 2012 yılında bir hekime gitmiştir (son 2 haftada % 28) ve nüfusun yaklaşık olarak % 14'ü bir yıl içinde bir hastaneye başvurmuştur. OECD ülkelerinden alınan karşılaştırmalı kanıtlar, Avustralya'nın karma kamu-özel sağlık sisteminin hekim, hastane ve dış bakım hizmetlerine yüksek ve adil bir şekilde eşit erişim sağlama konusunda iyi bir performansa sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre, sağlık hizmetlerine erişimin büyük ölçüde adil bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir. Bütün Avustralyalılar, kamu hastanelerinde kamu hastaları olarak ücretsiz tedavi görme hakkına sahiptir. Diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi, daha yüksek gelir düzeyine sahip Avustralyalıların bir uzman hekime, daha düşük gelirli hastaların ise bir pratisyene danışmaları daha olasıdır (Van Doorslaer vd., 2008:97-102).

Evrensel ve eşitlikçi halk sağlığı bakım sistemine rağmen, İtalya sağlık hizmetleri kullanımında önemli ölçüde sosyo-ekonomik faktörlerle ilgili yatay adaletsizlik göstermektedir (Glorioso ve Subramanian, 2016:1). Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, sağlık ihtiyacı kontrol edildikten sonra, bir aile hekimine başvurma ve hastaneye yatma olasılığının sosyo-ekonomik açıdan gruplara göre farklılık göstermediğini ya da daha düşük sosyo-ekonomik gruplara mensup kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür. Buna karşılık, uzman hekim hizmeti kullanımı, daha yüksek gelir ve daha fazla eğitime sahip gruplar arasında daha yüksektir. Bu bulgulara dayanarak, bazı yazarlar, gelişmiş (zengin) ülkelerin, aile hekimi ziyaretleri ve hastanede yatışta adil ya da yoksullar lehine eşit olmadığını ve uzman hekim hizmeti kullanımının gelir düzeyi yüksek olanlar lehine bir eşitsizlik ile karakterize olduğunu ileri sürmüştür (Lostao vd., 2014:19). Kanada ile ilgili yapılan çalışmalar, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermiştir (Asada vd., 2007:9).

İrlanda'da, çok sayıda kanıt, farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında bir dizi sağlık eşitsizliğinin olduğunu göstermektedir. Yoksullar ve dışlanmış gruplar varlıklı gruplarla kıyaslandığında daha fazla hastalığa maruz kalmakta ve daha genç yaşta ölmekteler. Buna ek olarak, en yoksul sosyo-ekonomik gruptaki yetişkinlerin, en zengin sosyo-ekonomik grupta olduğu gibi uzun süredir devam eden bir hastalığı rapor etme olasılığı iki kat daha fazladır. Benzer bir sosyal eğilim ruh sağlığı sorunları ile ilişkili olarak geçerlidir. Uluslararası çalışmalar yoksulluk ve/veya ekonomik eşitsizlik ve daha zayıf ruhsal sağlık ve refah arasındaki ilişkiyi sürekli olarak göstermektedir. Yetersiz sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan toplumlar, zayıf ruhsal sağlık, depresyon ve daha düşük öznel refah riski altındadır. Birleşik Krallık genelinde, nüfusun en yoksul beşte biri diliminde yer alan kadın ve erkekler, ortalama gelir düzeyindekilerle kıyaslandığında akıl sağlığı problemlerine sahip olma riski iki kat daha fazladır (O'Shea ve Kennelly, 2008:16).

Hastanelerde ortalama kalma süresi genellikle verimliliğin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Diğer her şey eşit olmakla birlikte, hastanelerde daha kısa bir süre kalmak, taburculuk başına maliyeti ve yatılı hasta bakımı maliyetini azaltmaktadır. Bununla birlikte, çok kısa bir süre kalmak, sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmekte veya hastanın rahatını ve iyileşmesini azaltabilmektedir. Bu artan bir yeniden kabul oranına yol açarsa, hastalığın başına düşen maliyetler çok az düşebilir hatta yükselebilir. 2015 yılında, OECD ülkeleri genelinde tüm nedenlerle hastanelerde ortalama kalma süresi yaklaşık sekiz gündür. Türkiye ve Meksika dört günle en kısa süreli konaklamalara sahipken, Japonya ve Kore en uzun süre 16 gündür. Çoğu ülkede, 2000 yılından beri hastanelerde ortalama kalma süresi düşmüş, özellikle Japonya, İsviçre, Birleşik Krallık ve İsrail'de büyük düşüşler söz konusudur. Bununla birlikte, Kore ve Macaristan'da ortalama konaklama süresi İtalya, Kanada ve Güney Afrika'da çok az artışla artmıştır. 2015 yılında hastanede kalış süresi, Türkiye'de 3,9, Japonya'da 16,5, Almanya'da 9,0, Portekiz'de 8,8 ve ABD'de 6,1'dir (OECD, 2017:168).

2.7.2. Erişim ile İlgili Faktörler

Genel olarak erişim eşit sağlık hizmeti ihtiyaçları için sağlık hizmetlerinin eşit kullanımı veya farklı ihtiyaçlar için sağlık hizmetlerinin farklı kullanımları için mevcut olan fırsatları açıklar. Sağlık hizmetlerine erişim, pratisyen hekim ziyaretleri, uzman hekim

ziyaretleri, hastane ziyaretleri, hastanede kalış süresi, bekleme süreleri, kişi başına düşen doktor ve kişi başına düşen hastane yatak sayıları gibi değişkenler kullanılarak değerlendirilmektedir (Sumah vd., 2016:1185-1188).

2.7.2.1. Hekim Dağılımı

Kişi başına düşen hekim sayısı birçok ülkede, başkentlerde veya büyük kentlerde büyük ölçüde değişiklik göstermektedir. OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen hekim sayısı farklılıklar göstermektedir. Türkiye, Kore ve Meksika'da ikiden az iken, Belçika ve Yunanistan'da dört ve daha fazla olabilmektedir. Çek Cumhuriyeti'nde Prag, ülke ortalamasının neredeyse iki katı bir hekim yoğunluğuna sahiptir. Hekimlerin bölgesel dağılımı Japonya ve Polonya'da daha adil bir dağılım göstermektedir. Meksika, Slovakya Cumhuriyeti ve Türkiye gibi birçok ülkede başkentlerde daha büyük bir yoğunlaşmaya sahip olan uzmanların yoğunluğunda da eşitsizlikler mevcuttur (OECD, 2009:148). Yüksek şehir nüfusu olan bölgelerde, hekimlerin yoğunluğu, büyükşehir merkezlerinde cerrahi ve uzman hekimler gibi hizmetlerin yoğunlaşması nedeniyle daha fazladır. Kanada'da, 2006 yılında aile hekimlerinin sadece %16'sı (çoğunlukla pratisyen hekimler) ve uzmanların sadece % 2'si kırsal alanlarda ve küçük kasabalarda yer alırken, nüfusun %24'ü bu bölgelerde yaşamaktadır. ABD'de, 2004 yılında nüfusun %17'si metropol olmayan bölgelerde yaşarken, ancak hasta bakım hekimlerinin (patient care physicians) sadece %9'u bu bölgelerde bulunmaktaydı. Ayrıca, şehirler dışında daha az uzman bulunmaktadır. ABD eyaletlerinin neredeyse %50'sinde, 2004 yılında doğrudan hasta bakımı sağlayan kadın doğum uzmanı veya jinekolog bulunmamaktadır (OECD, 2009:148).

2011 yılında OECD ülkeleri içinde Yunanistan, binde 6,1 ile kişi başına hekim sayısı en fazla ülke iken Şili, Türkiye ve Kore binde 2 ile kişi başına hekim sayısı OECD ülkeleri arasında en düşük olan ülkelerdir. (OECD, 2013:64). 2015 yılında kişi başına düşen genel hekim sayısı, OECD ülkelerine göre, Türkiye, Şili ve Kore'de 1.000 kişiye yaklaşık iki hekim iken, Yunanistan ve Avusturya'daki her 1000 kişiye beş hekimden fazladır. Bu ülkeler arası farklılıkların ötesinde, kişi başına düşen doktor sayısı aynı ülke içindeki bölgelere göre de büyük ölçüde değişmektedir. Birçok ülkede başkentlerde yüksek konsantrasyonda hekim vardır; Bu özellikle Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Meksika, Portekiz, Slovak Cumhuriyeti ve ABD'de belirgindir. Bölgeler arasında ABD

doktor yoğunluğunda yaklaşık beş kat farklılık varken, Avustralya, Belçika ve Kore’de bölgeler arasındaki doktor yoğunluklarında sadece % 20’lik bir farklılık söz konusudur (OECD, 2017:94).

Türkiye’de 2016 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 181 iken 2017 yılında 186’ya, 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı ise 99 iken 2017 yılında 100’e ulaşmıştır. 2017 yılında İstanbul’da yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 121, pratisyen hekim sayısı 43’tür. Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise uzman hekim sayısı 64, pratisyen hekim sayısı ise 55’tir (Sağlık Bakanlığı, 2018:7).

2007 yılında ortalama hekim ziyaret sayısı Türkiye’de 5,6, Japonya 13,6, Almanya 7,5, ABD 3,8, İngiltere 5,0 ve İtalya 7,0’dır. OECD ortalaması 6,8’dir. Hekim başına tahmini hasta sayısı Türkiye 3708, Kore 7251, Almanya 2141, Fransa 2006, ABD 1570 ve İngiltere 2018’dir. OECD ortalaması 2543’dir (OECD, 2009:91). Doktor başına tahmini konsültasyon sayısı Kore ve Japonya’da en yüksektir, bunu Türkiye ve Macaristan takip etmektedir (OECD, 2013:84).

Türkiye’de 2016 yılında hekime müracaat sayısı toplam 686 milyon civarında iken 2017 yılında 718 milyon seviyelerine ulaştı. 2017 yılında hekime müracaatın %33’ü birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %67’si ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı ise 8,9 olmuştur. 2017 yılında kişi başına hekime müracaat sayısı İstanbul’da 8,3 iken, Ege Bölgesinde 9,8, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 7,9, Türkiye genelinde ise 8,9’dur. Hastanede ortalama kalış günü İstanbul’da 4,2 iken, Ege Bölgesinde 4,3, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 3,5 ve Türkiye genelinde ise 4,1’dir. Toplam hekim sayısı 2016 yılında 144.827 iken 2017 yılında 149.997 olmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2018:5-6).

Aile hekimine müracaat sayısı 2008 yılında 45 milyon iken, 2011 yılında 240 milyona çıkmıştır ve 2017 yılında ise 228 milyondur (228.098.527). Yıllar itibariyle kişi başı hekime müracaat sayılarında Türkiye’de ciddi artışlar yaşandığı görülmektedir. 2000 yılında Türkiye’de her birey ortalama 2,8 kez hekime müracaat ederken, 2011 yılında bu 8,2 kez ve 2017 yılında ise kişi başı hekime müracaat sayısı 8,9 olmuştur. 2008 yılında AB ortalaması ile hemen hemen aynı seviyede olan kişi başı hekime müracaat sayısı 2011 yılında AB ortalamasının oldukça üstüne çıkmıştır. Bu müracaat artışının bir kısmının Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin kapsamının ve erişiminin

artması gibi nedenlerle gerçekleştiği düşünülmektedir (Yıldırım, H.H., 2013:28-36; Sağlık Bakanlığı, 2018:5).

2.7.2.2. Sağlık Sigortası Kapsamı ve Ödeme Yöntemleri

Evrensel sağlık sistemleri, ihtiyaca göre sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Dünya genelindeki evrensel sağlık hizmetleri sunumunun birçok biçimi arasında, Kanada sistemi, hizmet noktasında ödeme yapılmadan tıbbi olarak gerekli görülen tüm hekim ve hastane hizmetleri için kamu finansmanı konusunda en iddialı olanlardan biridir. Kamu yönetimi, kapsamlılık, evrensellik, taşınabilirlik ve erişilebilirlik kriterlerini belirleyen 1984 yılı Kanada Sağlık Yasası'nın kuruluşundan bu yana, Kanada sağlık sisteminin destekçileri eşit ihtiyaçlara eşit erişimin güçlü bir savunucusu olmuştur. Hekim ve hastane hizmetlerine erişim için mali veya diğer engelleri kaldırmak için çaba sarf etmişlerdir (Asada vd., 2007:1).

Çin, tarihsel olarak büyük farklılıklara sahiptir. Ancak önemli sağlık ve ekonomik geçişlere uğrayan bir ülkedir. Kırsal Çin'de, kırsal kesimin genel ekonomik durumu son 30 yılda hızla düzelmesine rağmen, zengin ve yoksullar arasındaki uçurum artmıştır. Farklı ekonomik düzeye sahip kırsal bölge sakinleri arasında sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizlik artmıştır. Çin 2009'dan beri dönüşümlü sağlık reformu geçirmiştir. Bu reformun temelinde ulusal birincil sağlık sistemi kurulması ve düşük gelirli vatandaşları hedefleyen sigorta programlarının geliştirilmesi yer almaktadır. Reform, yoksullar için sigorta kapsamını artırmış, ancak sağlık hizmeti sunumunda ve kullanımında eşitliğin zaman içinde nasıl değiştiğine dair sorular devam etmektedir. Bununla birlikte, zengin ve yoksul arasındaki gelir farkı azalmış ve sağlık sigortasına daha fazla erişim gelir eşitsizliğini etkili bir şekilde azaltmış ve bakıma erişimi eşitlemiştir. Bu adaletsizliği azaltmada en etkili yolun, sosyal risk koruması ve zengin ile yoksul arasındaki gelir açığını daraltmak olduğunu göstermektedir. 2003 ile 2008 yılları arasında, yataklı tedavi kullanımı ile ilgili faktörler değiştikçe (örneğin gelir, yatarak tedavi ücreti ve sağlık sigortası kapsamı), yatarak tedavi görme olasılığındaki adaletsizlikler azalma göstermiştir (Zhou vd., 2013:2; Zhou vd., 2011:1-8).

Hem Çin hem de Vietnam'daki sağlık finansmanı reformları, özellikle kırsal bölgede yaşayan yoksullar için sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla mali sıkıntıya neden

olmuştur. Vietnam sağlık sigortası sistemi, sağlık sigortası üyeleri için sağlık hizmeti kullanımında eşitlik konusunda Çin'e göre daha iyiye gitmektedir (Liu vd., 2012:1).

Kore sağlık sistemi, hekim ve yatılı hastane hizmetlerinin tam olarak adil dağılmasını sağlamamaktadır. Kore'de ulusal sağlık sigortası sisteminin 1989 yılında yürürlüğe girmesi Korelilerin tıbbi bakım hizmetlerine erişimini artırmıştır. Hükümetin sağlık hizmetleri finansmanı konusundaki asgari rolü, temel sağlık hizmetlerine eşit erişim için ciddi bir engel teşkil edebilecek nispeten yüksek cepten ödemelere yol açmıştır. Eş ödemeler ve kapsanmamış hizmet ücretleri de dâhil olmak üzere cepten yapılan yüksek ödemenin, Kore'de sağlık hizmetlerinde yatay hakkaniyete ulaşmanın önündeki engellerden biri olduğuna inanılmaktadır. Kore, uzun dönemli bakım dâhil olmak üzere genel sağlık sigortası kapsamına ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim artırılmış, ancak hala risk altında olan topluluklar mevcuttur (Park, 2016:1-7).

2001 yılında, sağlık hizmetlerine adil erişimin finanse edilmesi için ulusal sağlık sigortasının Evrensel Sağlık Kapsamını uygulamaya koyan Tayland'da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı yoksullar arasında daha yoğunlaşırken, il/ilçe hastanelerinin kullanımı daha varlıklı olanlar arasında daha fazla yoğunlaşmaktadır. 2005 yılında yoksullar arasında sağlık merkezlerinin giderek artan yaygın kullanımının, düşük gelire sahip olanlar, kuzeydoğu kırsalında ikamet edenler ve Evrensel Sağlık Kapsamının tanıtımı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (Yiengprugsawan vd., 2011:105-113).

Her bir hizmet için ödeme yapılan sistemlerde, hekimler sağladıkları hizmetlerin miktarını ve fiyatını artırmak için mali teşviklere sahiptir. Her bir hizmet için ödeme sistemi Fransa ve Almanya gibi daha geniş ve daha fazla sağlayıcıya erişim için çeşitli avantajlara sahiptir. Kişi başı ödeme, genellikle sağlık hizmetlerinin maliyetini kontrol etmek için bir çaba olarak tanıtılmaktadır ancak aynı zamanda erişim konusundaki endişeleri de beraberinde getirmektedir. ABD'de pek çok çalışma, yönetilen bakım kapsamında, hizmet için ödemedeki kişi başı ödemeye geçişin sağlık hizmeti kullanımını azalttığını ileri sürmüştür. Ancak, bunun daha yüksek verimlilik/kalite veya azalmış erişim anlamına gelip gelmediği net değildir (Or vd., 2008:4).

Farklı ödeme yöntemlerinin hakkaniyet üzerindeki etkisi hakkında kesin bir varsayımda bulunulamamaktadır. Ayrıca, Birleşik Krallık, Hollanda ve İsveç gibi, hekimlerin kişi

başı ödemeyele ücretlendirildiği sistemlerde, düşük sosyo-ekonomik grupları hedef alan özel amaçlarla ilgili topluma ait sorumlulukları vardır (Or, Jusot ve Yılmaz, 2008:5). Vergiye dayalı Ulusal Sağlık sistemi olan ülkelerde ve sevk zinciri (gate keeping) uygulanan ülkelerde, uzman hekim kullanımındaki sosyal eşitsizliklerin daha düşük olduğu görülmektedir (Or vd., 2008:14).

Sevk zinciri uygulanan sistemler daha düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bireyler için daha kolay erişim ve daha iyi rehberlik sağlayabilir. Fransa gibi sosyal sigorta tabanlı sistemlerde, farklı hizmetler için geri ödeme kurallarının karmaşıklığı, bazı bireylerin bazı hizmetleri kullanmasını engelleyebilmektedir (Or vd., 2008:14).

2.7.1.3. Cepten Sağlık Harcamaları

Cepten sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu ve halk sağlığı kaynaklarının diğer ülkelerden daha düşük olduğu ülkelerde, aile hekimliği ve uzman hekim hizmetleri kullanımında sosyal eşitsizliklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Sonuçlar, kurumun ve sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin Avrupa'daki sağlık hizmetlerinin kullanımındaki adaletsizliğin derecesini etkilediğini göstermektedir. Sağlık sisteminde aile hekimlerinin pozisyonunun ve temel bakım organizasyonunun maliyet paylaşım düzenlemelerinin yanı sıra özellikle bu açıdan da önemli olduğu görülmektedir (Or vd., 2008:14).

2.8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET

Dünya geneline bakıldığında ülkelerdeki sağlık reformlarının temel nedenleri arasında; artan maliyetler, artan beklentiler, ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve geleneksel fikirler hakkında şüphecilik önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle ülkelerdeki artan maliyetler sağlık sistemlerine yönelik politikalar ve yaklaşımlar konusunda ciddi olarak düşünmeyi zorunlu hale getirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004:10). Türkiye'deki sağlık reformlarının nedenlerine gelince genel olarak uzun zamandan beri var olan diğer OECD ve orta gelirli ülkelerle kıyaslandığında sağlık sonuçlarının geri kalmış olması, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı, artan maliyetler, toplumun büyük bir kısmının sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, hizmet kalitesinin düşük olması ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik, sağlık sistemine yönelik toplumun memnuniyetsizlikleri, uluslararası yönlendirmeler ve dünya

genelinde görülen global sağlık reformlarının etkisi olarak ifade edilebilir. Türkiye’deki reformların temel amacı sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasıdır (Yıldırım, H.H., 2013:12; Kol, 2015:162).

Türkiye Sağlık Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile önemli bir değişim sürecine girmiştir. Sağlık sisteminin temel ilkeleri, tüm nüfusa eşit, erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktır. Nitekim SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişim, SDP’de “hakkaniyet” olarak tanımlanmıştır. Hakkaniyet, bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Bu çerçevede hem farklı sosyal gruplar, hem kır - kent, hem de doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, Sağlık Bakanlığının hakkaniyet hedefi kapsamında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006:14; Sağlık Bakanlığı, 2012a:73).

Türkiye Sağlık Sistemi 2003 yılında çoklu ve parçalı yapıda bir sağlık finansmanına sahipti. Sağlık finansmanında dikey hakkaniyet (finansal yükün zengin ve yoksullar arasında dağılımı) ve yatay hakkaniyette (aynı gelir düzeyindekiler arasındaki adalet) adaletsizlikler mevcuttu. Farklı sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Bu sosyal güvenlik kurumlarında ortak bir model ve strateji yoktu. Sağlık hizmetleri sunum sistemi kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir yapıya sahipti. Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri adeta iki farklı ülkenin sağlık hizmeti sunucuları gibi hareket etmekteydi. Emekli Sandığı, BAĞ-KUR (Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu), SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvenlik kapsamı altındaki kesimlerin sistemde temelde sadece belirli hastane gruplarından hizmet alabiliyor olması verimsizliği arttırmaktaydı (Sağlık Bakanlığı, 2012a:79-83, OECD, 2008:23).

Kamu ve özel sağlık kurumlarının sunduğu hizmetler karşılığında alacağı ücretlerle ilgili rasyonel bir düzenleme yoktu. Hizmet ve yatırım planlamaları, Bakanlık, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından toplumsal ihtiyaçlara uygun bir şekilde yapılamamaktaydı (Sağlık

Bakanlığı, 2012a:83). Sağlık alanında yapılan cepten harcamalar, gelir düzeyi yüksek bireylerle karşılaştırıldığında, gelir düzeyi düşük bireyler için daha büyük bir yük getirmekteydi (OECD, 2008:30).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmuştur (OECD, 2008:36). 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken, SSK'lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. 2004-2005 döneminde yapılan çok köklü değişimlerden bazıları Aile Hekimliğinin pilot uygulamasının başlaması, SSK ve diğer kamu kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devrinin gerçekleştirilmesidir. 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile kamu hastanelerini tek çatı altında birleştirerek 37 milyon SSK'lının kamu hastanelerinden hizmet alma imkânı doğmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012a:91). Hastanelerin Bakanlığa devri, SSK ve Yeşil Kart uygulamalarındaki yenilikler sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmış ve sağlık hizmetine olan talebi artırmıştır. Mevcut hekimlerin aktif olarak çalıştığı sürelerin artması, bu talep artışını karşılamış, daha fazla hastaya rağmen hastaların muayene süresi uzamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006:9).

Türkiye'de temel sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi) ciddi gelişmeler yaşanmıştır. Bebek ölüm hızı, 1980'de binde 117,5 iken, 2017 yılında binde 6,8'e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2012d:30; Sağlık Bakanlığı, 2012c:137; Sağlık Bakanlığı, 2018:1; Tatar vd., 2011; Yıldırım, H.H., 2013; Öztürk ve Uçan, 2017:142). Bu başarılarla rağmen, 2011 yılına bebek ölümleri açısından bakıldığında bölgeler arasında hala ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Ülkenin farklı bölgeleri arasında özellikle kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık farklılıkları bölgesel eşitsizliklerin varlığını göstermektedir. Kırsal alanlardaki bebek ölüm oranlarının nedenlerine bakıldığında, düşük sosyo-ekonomik koşullar, düşük kadın eğitim düzeyleri ve bulaşıcı hastalıklar görülmektedir. 2011 yılında Batı Anadolu'da binde 4,4 olan bebek ölüm hızı Güneydoğu Anadolu'da binde 14,4, Ortadoğu Anadolu'da binde 16,1'dir. 2017 yılında da eşitsizlikler devam etmekte olup Batı Anadolu'da binde 5,5 olan bebek ölüm hızı Güneydoğu Anadolu'da binde 10,2, Ortadoğu Anadolu'da binde 9,6'dır (Yıldırım, H.H., 2013:18; Tatar vd., 2011; Sağlık Bakanlığı, 2018:1). Sadece bebek ölüm hızlarında

değil aynı zamanda sağlık statüsünün önemli bir göstergesi olan beş yaş altı ölüm hızlarında da Türkiye’de bölgeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. 2002 yılında bin canlı doğumda 40,0 olan beş yaş altı ölüm hızı, 2012 yılında 11,0 iken 2017 yılında 8,6’dır. 2017 yılında İstanbul’da 6,8, Batı Marmara Bölgesinde 6,5, Doğu Marmara Bölgesinde 6,3, Ege Bölgesinde 6,9 iken Ortadoğu Anadolu 11,8 ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 12,6’dır (Sağlık Bakanlığı, 2018:1; Yıldırım, H.H., 2013:19).

Anne ölümlerinin iyileştirilmesinde de ciddi gelişmeler yaşanmıştır. 2008 yılında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda ulusal ortalama 19,4 iken, 2010’da 16,4, 2011 yılında 15,5 ve 2012 yılında 15,4 ve 2017 yılında ise 14,6 olmuş ve bölgesel farklılıklarda azalma göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012c:125; Tatar vd., 2011:11; Sağlık Bakanlığı, 2018:1; Öztürk ve Uçan, 2017:142). Bölgeler arasında sağlık durumu açısından hala tutarsızlıklar olmasına rağmen, bölgeler arası boşluklar özellikle 2003’ten beri büyük ölçüde azalmıştır.

Tüm OECD ülkelerinde ve birçok gelişmekte olan ekonomide, yaşam beklentisi son yıllarda büyük ölçüde artmıştır. Yaşam koşullarında iyileşme, artan gelirler, daha iyi eğitim, belirli risk faktörlerinin azaltılması (örn. sigara içme oranları), sağlıklı yaşam ve sağlıkta ilerleme uzun ömrü açıklayan ana faktörlerdir. ABD, Şili ve bazı orta ve doğu Avrupa ülkeleri dâhil olmak üzere, 75 ila 80 yıl arasında bir yaşam beklentisine sahiptir. OECD ülkeleri arasında Meksika ve Türkiye’de yaşam beklentisi en düşük değere sahiptir. Türkiye’de yaşam beklentisi son kırk yılda hızla ve istikrarlı bir şekilde artarken, Meksika’daki artış 2000’den bu yana belirgin bir şekilde yavaşlamıştır. (OECD, 2013:25; OECD, 2017:49). Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresinde 2003 yılından itibaren sürekli ve doğrusal bir iyileşme yaşanmaktadır ve Türkiye ile Avrupa Bölgesi’nin geri kalanı arasındaki fark hızla kapanmaktadır. Son yıllarda Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresinde sağlanan iyileşme, Avrupa Bölgesi’nde sağlanan iyileşmeden daha büyük olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012b:12). Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi 2003 yılında 72,1 iken, 2008 yılında 73,8, 2010 yılında 74,3 ve 2017 yılında 78,0’dır (Tatar vd., 2011:10). 2013 yılında erkeklerde 74,7 ve kadınlarda 79,2’dır. 2017 yılında ise erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,8’dır (Barlas vd., 2014:1; OECD, 2009:17; Sağlık Bakanlığı, 2018a:21).

SDP ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1 iken 2011 yılında 8,2, 2017 yılında ise 8,9’a çıkmıştır. Aile hekimliğine başvuru

sayısı 2013 yılında 212,3 milyon (212.318.024) iken 2017 yılında 228 milyon (228.098.52) olmuştur. 2002 yılında birinci basamak hekime başvuru sayıları 74,8 milyon (74.827.588) iken 2017 yılında 235,1 milyon (235.135.618) olmuştur. Hastanelerde hekime başvuru sayısı 2008 yılında 124,3 milyon (124.313.659) iken 2017 yılında 464,8 milyon (464.876.362) olmuştur. 2017 yılında en yüksek sayıda hekim Ege bölgesinde (9,8) ve en düşük Ortadoğu Anadolu (7,7) iken 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı en yüksek Batı Anadolu'da 273, Ege bölgesinde 205, İstanbul'da 204, Ortadoğu Anadolu'da 157 ve en düşük Güneydoğu Anadolu'da 131'dir (Sağlık Bakanlığı, 2018a:156-219).

2006 yılında Türkiye'de 1000 nüfusta 1,6 olan hekim yoğunluğu, diğer OECD ülkelerinden daha düşük olduğu değerlendirilebilir. Türkiye'deki hekimlerin %50'sinden biraz fazlası uzman olup yaklaşık %20'si de uzman olmaya çalışan asistan pozisyonundadır ve sadece %30'u pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Türkiye'de 2006'da doktor başına yıllık 3179 başvuru düşmekteydi (OECD, 2008:65-75).

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine göre Türkiye'de 2003 yılında % 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76'ya yükseldiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, 2011 yılında %75,9'dan 2013 yılında %74,7'ye düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014:129; TÜİK, 2013; Yıldırım, H.H., 2013:75).

Türkiye'de 2016 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 876 iken 2017 yılında 879'a ulaşmıştır. Üniversite hastane sayısı 68, Özel hastane sayısı ise 571 olmuştur. Türkiye'de 2011 yılında toplam hastane sayısı 1453 iken bu oran 2017 yılında 1.518 olmuştur. 2017 yılında toplam hastane sayısı İstanbul'da 238, Ege Bölgesinde 194, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 128, Ortadoğu Anadolu'da 73 ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde 59 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2018:3; Sağlık Bakanlığı, 2012:63).

Yataklı tedavi kurumlarında MR cihaz sayısı 2008 yılında 517 iken 2011 yılında 781, 2016 yılında 836, 2017 yılında ise 884 olmuştur. BT cihaz sayısı 2008 yılında 759, 2011 yılında 1088, 2016 yılında 1.152 ve 2017 yılında 1.186 olmuştur. Ultrason cihazı 2008 yılında 2117, 2011 yılında 3775 ve 2017 yılında 5635 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2018:4; Sağlık Bakanlığı, 2012:71).

Türkiye’de toplam hastane yatak sayısı 2000 yılında 134,950, 2014 yılında 206,836 iken 2017 yılında ise 225.863 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2018:3; Öztürk ve Uçan, 2017:142).

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimde ülkenin büyüklüğü ve coğrafi çeşitliliğinden dolayı, coğrafi eşitliğin sağlanabilmesi için dikkat edilmesi gerekmektedir (OECD, 2008:114-115). Özellikle ülkenin bazı bölgelerinde coğrafi erişim hala önemli bir sorun olarak görülmektedir. Hekimler mezun olduktan sonra ve uzmanlık sonrası özellikle yoksun bölgelerde zorunlu hizmete tabi tutulmaktadır. Bu hizmetin süresi, çalışılan yerin sosyo-ekonomik gelişim düzeyine bağlı olarak yaklaşık bir ile iki yıl arasında değişiklik göstermektedir. Bu alanlarda çalışanlar için konut ve özel ödenekler gibi sağlık personeli için de teşvikler mevcuttur. Bu politika ile uzman hekimlere erişilebilirlik açısından olumlu bir katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, SDP’nin uygulanmasından sonra iyileşme göstermiştir (Tatar vd., 2011:161).

OECD ülkeleri arasında Türkiye, Kore ve Şili, 1970 yılından beri sağlık sektöründe iyileşme göstermişlerdir. Zamanla uzun ömürlü kazançlar, sağlık sisteminin içinde ve dışında bir dizi faktöre bağlanabilir. Bunlar arasında yükselen gelirler, daha iyi eğitim, daha sağlıklı yaşam tarzları ve sağlık hizmetlerinde ilerlemeler yer almaktadır (OECD, 2017:48).

Belek ve Hamzaoglu’nun 2000 yılında, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları ile Sağlık Bakanlığının Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerini kullandığı çalışmada, toplumsal sağlık düzeyiyle ilgili göstergeler; Bebek Ölüm Hızı, Postneonatal Bebek Ölüm Hızı, 0-5 yaş grubu çocuklarda son iki hafta içinde ishal geçirenlerin oranı ve boy kısalığı sıklığı, sağlık hizmetleriyle ilgili göstergeler; son beş yıllık dönemde sağlık kuruluşunda doğurmamış olan kadınların oranı, son beş yıllık dönemde doğurmuş olan kadınlardan doğum öncesi bakım almayanların oranı, araştırmanın yapıldığı anda herhangi bir gebeliği engelleyici yöntem kullanmayan evli ya da gebe kalma riski bulunan kadınların oranı, 12-23 aylık çocuklarda tam olarak aşılanmamış olanların oranı, hekim ve ebe başına düşen nüfusa bakılmıştır. Bütün göstergeler için Doğu ve/veya Güney Doğu’nun durumu diğer bölgelerden, kırsal bölgelerin durumu kentlerden ve düşük eğitimli grupların durumunun eğitimli gruplardan belirgin biçimde daha kötü olduğu görülmüştür. İncelenen göstergeler ile bölgeler, yerleşim yerleri ve eğitim grupları arasında önemli eşitsizlikler olduğunu görülmektedir (Belek ve Hamzaoglu, 2000).

Öz, Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi (2008) çalışmasında Türkiye genelinde hane halklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların hakkaniyet açısından değerlendirmektedir. Türkiye’de 2003-2005 yıllarında cepten harcama azalan oranlı bir sağlık finansman kaynağı olmuştur ve dolayısıyla cepten harcamalarda hakkaniyet sağlanamamıştır. Cepten harcamalarda hakkaniyetin iyileştirilmesine yönelik sağlık politikalarında değişiklik yapılması gerektiği önerilmiştir (Öz, 2008).

Yaylalı vd., tarafından Erzurum’da sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada; yaş ve gelir düzeyindeki artışın bireylerin hastalandıklarında sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırdığı bulunmuştur. Evli bireylerin bekârlara ve ortaokul mezunlarının ise lisansüstü mezunlarına göre sağlık hizmetlerini talep etme olasılıklarındaki değişimin daha az olduğu görülmüştür (Yaylalı vd., 2012:571).

Alcan tarafından Erzurum’da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinde faydalanma sayısının arttığı ve gelir düzeyi en yüksek grubun sağlık hizmetlerini (günübirlik/ayakta sağlık hizmetleri, hastanede yatarak tedavi hizmetleri ve koruyucu ve diğer sağlık hizmetleri) daha fazla kullandıkları görülmüştür (Alcan, 2015:27).

Sözmen ve Ünal tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında (genel pratisyen/aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti, hastanede yatarak tedavi hizmetleri, diş hekimliği ve acil bakım hizmetlerinde) eşitsizlik konusu değerlendirilmiştir. Türkiye’de aile hekimi, hastanede yatarak tedavi hizmeti ve acil bakım hizmetlerinin gelir düzeyi düşük olan bireyler arasında yoğunlaştığı ve hakkaniyetin sağlandığı görülmüştür. Ancak uzman hekim hizmeti ve diş hekimliği hizmetlerinin gelir düzeyi yüksek olan bireyler arasında yoğunlaştığı ve adaletsizliklerin olduğu görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:101).

Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada sağlık hizmetleri kullanımında gelir düzeyi düşük olan bireylerin dezavantajlı olduğu ve hakkaniyetsizliklerin mevcut olduğu gözlemlenmiştir. Ancak hakkaniyetsizliğin süreç içerisinde azalma yönünde bir eğilim gösterdiği de tartışılmıştır. Hakkaniyetsizliğin 2010 yılında en düşük olduğu, birinci ve

ikinci basamak (hastanede yatarak tedavi hizmetleri) sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizliğin 2010 yılından sonra arttığı gözlemlenmiştir. Ancak, ikinci basamak (ayakta bakım) hizmetleri için hakkaniyetsizlik düzeyi 2010 yılından sonra da azalmaya devam etmiştir. 2012 yılında ise ikinci basamak (yataklı bakım) sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizlik derecesinin en yüksek düzeyde olduğu görölmektedir (Öztürk vd., 2017:119).

Çınaroğlu'nun çalışmasında, Türkiye'de 2003, 2009 ve 2015 yıllarında hanehalklarının sağlık hizmetleri finansman sistemine cepten sağlık harcaması ile sağladıkları finansal katkı açısından eşitliğin azalma gösterdiği, cepten sağlık harcamalarının artan oranlı bir finansman kaynağı olduğu ve artan oranlılığın derecesinde azalma olduğu görölmektedir. Sağlık reformları kapsamında sağlık sigortası sisteminin tek çatı altında toplanması sisteme daha fazla kişinin katılması ile birlikte finansman yükünün eşit dağılımına katkısı olduğunu göstermektedir. Fakat değerlendirilen yıllar itibarıyla artan oranlılığının yapısında meydana gelen bozulma yoksul gruplar üzerindeki yükün artışına işaret etmektedir (Çınaroğlu, 2018:891).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, çalışmanın amacı ve önemi, hipotezleri, araştırma tasarımı, araştırmada kullanılan verinin kaynağı, araştırmanın evren ve örnekleme anlatılmaktadır. Bu bölüm ayrıca araştırmada yer alan değişkenler, ölçüm şekilleri ve araştırma hipotezinin test edilmesinde kullanılan analiz yöntemleri hakkında bilgileri içermektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerine erişim temel insan hakkı olarak ele alınmasına ve uluslararası düzeyde sağlıkta adaletin sağlanmasının önemi üzerinde fikir birliğine varılmasına rağmen, dünyada sağlık sistemlerinde mevcut olan adaletsizlikler nedeniyle çok sayıda insan sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamaktadır.

Türkiye Sağlık Sistemine bakıldığında 2003 yılından itibaren sağlık sisteminde köklü değişikliklerin yapıldığı görülmektedir. SDP kapsamında 2003 yılından beri başlatılan sağlık reformları, sağlık finansmanındaki ve sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizliklerin azaltılmasını amaçlamaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması, hizmet sunumunda, sağlık finansmanında ve finansal risk korunmasında hakkaniyetin sağlanması gibi çeşitli faktörlerin üstesinden gelmeyi gerektirir (Balarajan vd., 2011:4). Bu süreçte yapılan değişikliklerin sağlık hizmetleri kullanımında adaletin sağlanması konusundaki etkisinin, Türkiye’de sağlıkta adaletin ne derece sağlandığının ve uygulamaya konulan sağlık politikalarının değerlendirilmesi açısından son derece önemlidir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerini kullanarak, 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında Türkiye Sağlık Araştırmasına katılan 15 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin, Andersen (1968)’nin geliştirdiği ve literatürde sıklıkla kullanılan Davranışsal Modeli (Behavioral Model of Health Services Utilization) çerçevesinde eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), kolaylaştırıcı faktörler (sosyal güvence durumu, eğitim, aylık gelir vb.) ve ihtiyaç faktörlerinin (genel sağlık durumu, hastalık sayısı vb.) sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini incelemek ve Türkiye Sağlık Sisteminin yıllara göre Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet seviyesinde iyileşme olup olmadığını ve son yıllarda uygulamaya konulan sağlık reformlarının sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Bu bağlamda;

- Türkiye’de 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında sağlık hizmeti kullanım düzeyinin belirlenmesi,
- Andersen’in Davranışsal Modeli çerçevesinde eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.), kolaylaştırıcı faktörler (sosyal güvence durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu vb.) ve ihtiyaç faktörlerinin (genel sağlık durumu, hastalık sayısı vb.) sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin incelenmesi,
- Türkiye’de 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında sağlık hizmeti kullanımının hakkaniyet açısından incelenmesi amaçlanmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAĞI VE VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ

Araştırmada TÜİK tarafından gerçekleştirilen, 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Türkiye Sağlık Araştırması verileri kullanılmıştır. 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları arasında karşılaştırmalarda bulunulmuş ve Türkiye’de yıllara göre sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet açısından bir iyileşme olup olmadığı incelenmiştir.

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında Türkiye Sağlık Araştırmasına katılan bireylerin Davranışsal Modelin eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim), kolaylaştırıcı faktörler (sosyal güvence, çalışma durumu, aylık gelir) ve ihtiyaç faktörlerinin (genel sağlık durumu ve hastalık sayısı) aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımı, uzman hekim hizmeti kullanımı, gününbirlik/ayaktan tedavi hizmetleri kullanım sıklığı ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı/hastanede geçirilen toplam gün sayısı üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Bu araştırmada, 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait ulusal düzeyde temsil edilen Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) veri setlerinden yararlanılmıştır. Çalışmaya başlanıldığı dönemde en son yayınlanan TSA 2016 yılına ait olduğu için çalışma verileri 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 araştırmalarını kapsamaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması 2008 yılından itibaren iki yılda bir düzenli olarak yapılmaktadır. Örneklem büyüklüğü, Türkiye genelinde tahminler yapacak şekilde hesaplanmaktadır. Bu araştırmalarda iki aşamalı katmanlı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme sonucunda elde edilen veri setinden, Türkiye popülasyonunu temsil edecek parametrelere

ulaşmak için ağırlıklandırma prosedürleri uygulanmış ve örneklemdaki kayıpları telafi etmek için cevap vermeyenlerin ağırlıkları ayarlanmıştır.

Türkiye Sağlık Araştırması Anketi ile bireylerin genel sağlık profilinin ortaya çıkarılması ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren kalkınma göstergeleri içerisinde önemli bir paya sahip olan sağlık göstergesine yönelik bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma, hem uluslararası karşılaştırmalara imkân veren hem de ulusal ihtiyaçlara ışık tutan bir araştırma olma özelliğini taşımaktadır. Araştırma ile sağlık alanında 0-6, 7-14 ve 15 ve daha yukarı yaştaki bireylere ait birçok gösterge elde edilebilmektedir. Bunlar:

- Hanehalkının sosyo-demografik özelliklerinin tespit edilmesi (yaş, cinsiyet, doğum yeri, medeni durum, eğitim durumu.)
- Hanehalkının sosyo-ekonomik özelliklerinin tespit edilmesi (aylık gelir ve sosyal güvence.)
- Hanehalkı bireylerinin çalışma durumlarının tespit edilmesi
- Hanehalkı bireylerinin sağlık hizmeti kullanımlarının tespit edilmesi (yatan hasta tedavisi/günübirlik bakım, ayakta tedavi/evde bakım, ilaç kullanımı, koruyucu hizmetler, sağlık bakımında karşılanamayan ihtiyaçlar.)
- Hanehalkı bireylerinin sağlık durumunun tespit edilmesi (genel sağlık durumu, kronik hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar, işten uzak kalma, fiziksel ve duyuşsal kısıtlamalar, kişisel bakım faaliyetleri, hanehalkı faaliyetleri, ağrı ve zihinsel sağlık)
- Hanehalkı bireylerinin sağlık alışkanlıklarının tespit edilmesi (boy ve kilo, fiziksel aktivite/egzersiz, meyve ve sebze tüketimi, tütün mamulü kullanımı, alkol kullanımı, sosyal destek, resmi olmayan bakım veya yardım sağlanması).

TÜİK; TSA evrenini Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yaşamakta olan tüm hanehalkı bireyleri oluşturmaktadır. Anketler örnekleme dâhil edilen tüm hane halkları içinden 15 yaş ve üzerinde yer alan bireylere uygulanmaktadır. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırmasında huzur evleri, hapishane, askeri kışla, hastane, üniversite yurtları ve yetiştirme yurtları, çocuk yuvaları ve otel gibi kurumsal nüfusa (institutional population) mensup olanlar uygulama zorluğundan dolayı kapsam dışında bırakılmıştır. Nüfusu toplam nüfusun %1' inin altında bulunan köy, oba ve mezralar (toplam nüfusu 132'nin altında olan yerleşim yerleri), örnek hane sayısına ulaşamayacağı düşüncesi ile TÜİK

tarafından çalışma kapsamına dâhil edilmemektedir. Bu nedenle bu çalışmanın evrenini 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 yıllarında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan hanehalklarının tamamı oluşturmuştur.

Türkiye Sağlık Araştırmalarında örnekleme yöntemi olarak iki aşamalı tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmaktadır. Örneklemin birinci aşamasında 100'er haneden oluşan kümeler örnekleme seçilmektedir. İkinci aşamada ise, örnekleme seçilen kümelerden sistematik seçim yöntemi kullanılarak, her kümeden en az 10 hane olacak şekilde, örnek adresler belirlenmekte ve bu adreslerin tamamına ulaşılmaya çalışılmaktadır.

Bu çalışmalarda veri toplama aracı olarak anket kullanılmakta ve veriler ulaşılan bireyler ile yüz yüze görüşmeler yoluyla elde edilmektedir. Toplanan bu veriler, TÜİK tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak bilimsel amaçlı kullanıma hazır hale getirilmektedir.

Bu çalışmada 2008 yılı ve sonrasında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarına katılan 15 yaş ve üzerinde yer alan bireyler dikkate alınmıştır. Bu çalışma kapsamında ana örneklem ve çalışmanın amacına uygun olarak ana örneklem içerisinde seçilen alt örnekleme ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

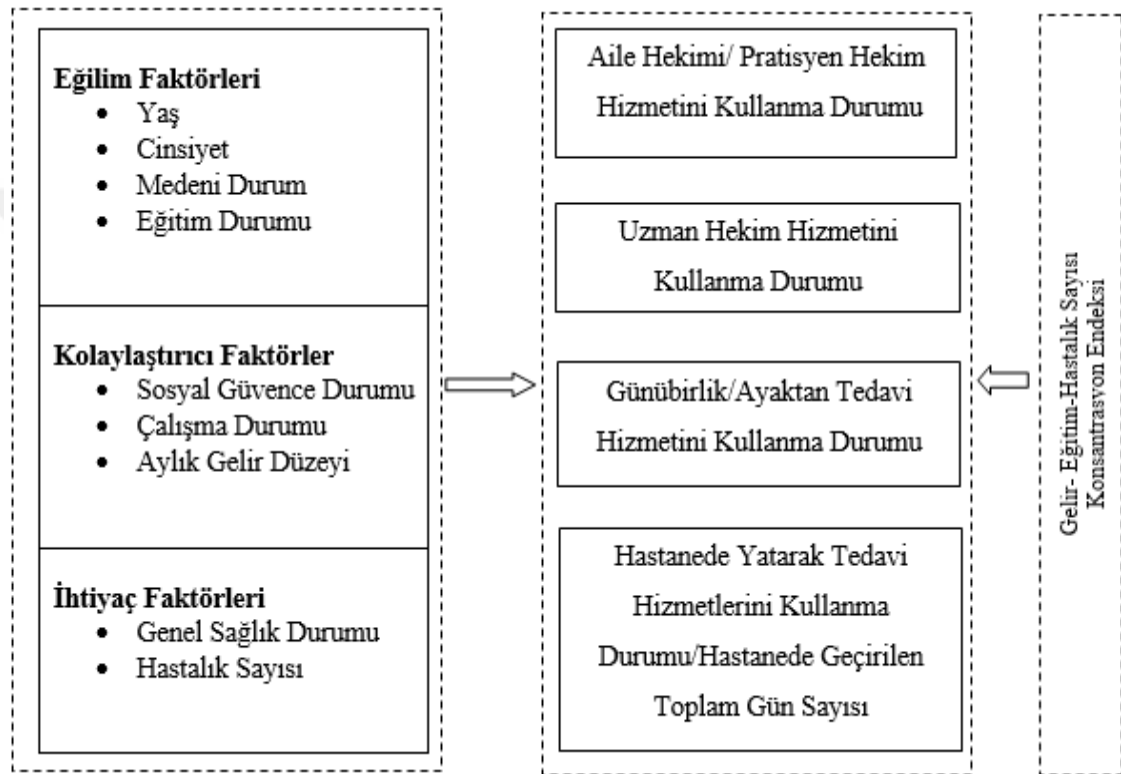
Tablo 3. Türkiye Sağlık Araştırması Analizi Kapsamına Alınan Birey Sayıları

Yıllar	Ana Örneklem (n)	Alt Örneklem (n)
2008	20624	14655
2010	20200	14447
2012	37980	28055
2014	26074	19129
2016	23606	17242

3.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Çalışma Modeli

Sağlık hizmeti kullanımı değerlendirilirken kullanılan değişkenler ve çalışma modeli aşağıda belirtilmiştir.

Şekil 14. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Çalışma Modeli



Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetle ilişkili olan Davranışsal Modelin eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim), kolaylaştırıcı faktörler (sosyal güvence, çalışma durumu, aylık gelir) ve ihtiyaç faktörleri (genel sağlık durumu ve hastalık sayısı) bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Türkiye’de gelişen ekonomiye bağlı olarak gelir düzeyi yükseldiği için 2014 ve 2016 TSA veri setlerinde gelir değişkenine ait minimum ve maksimum gelir düzeyleri farklılaşmıştır. Ancak analizlerde ham veriler değil, sınıflandırılmış (bütün verilerde gelir düzeyi beş kategoride toplanmıştır) veriler kullanıldığı için bunun bir hata kaynağı olmayacağı değerlendirilmektedir. Bütün verilerde birinci kategori en düşük gelir düzeyini gösterirken beşinci kategori en yüksek

gelir düzeyini göstermektedir. Hastalık sayısı araştırma grubunun hastalık olma sayısı ile değerlendirilmiştir.

Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet dört farklı sağlık hizmeti kullanım değişkeni kullanılarak incelenmiştir. Son dört hafta içerisinde aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımı, son on iki ay içerisinde gününbirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetini (hastanede geçirilen toplam gün sayısı) bu çalışma kapsamına dâhil edilen katılımcıların söz konusu sağlık hizmetlerini ne sıklıkta kullandıkları belirlenmiştir. Uzman hekim hizmeti kullanımında işyerindeki ve okuldaki uzman doktorlardan, hastaneler (yatan hasta hariç), sağlık ocakları veya özel poliklinik vb. yerlerden alınan ayakta tedavi hizmetleri ile acil servis hizmetleri kapsamıştır. Ağız/çene cerrahlarından alınan hizmetler dâhil edilmiş, genel diş hekimlerinden alınan hizmetler ise kapsam dışı bırakılmıştır. Hastanede yatarak tedavi hizmetinde tüm hastanelerden hizmet alan kişiler kapsama dâhil edilmiştir. Sadece, acil servise ve hastane polikliniklerine yapılan hizmetler kapsam dışı bırakılmıştır. Ayrıca 50 yaş altı kadınlar için doğum nedeniyle yapılan hastane yatışları kapsam dışı bırakılmıştır. Kullanılan bağımlı/bağımsız değişkenler ve bu değişkenlerin değerlendirildiği soruların detayları Ek 5'te yer almaktadır.

Artan yaş, kadın olma veya sağlık ihtiyacının artması (genel sağlık durumunun kötü olması veya hastalık varlığı) seçilen sağlık hizmeti kullanım değişkenleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahipse bu durum olumlu olarak değerlendirilmiştir. Ancak bu değişkenler için konsantrasyon endeksi hesaplanmamıştır.

Konsantrasyon endeksi eğitim (beş kategori), aylık gelir düzeyi (beş kategori) ve hastalık sayısı (beş kategori) değişkenleri için seçilen her sağlık hizmetleri kullanım değişkeni için hesaplanmıştır. Konsantrasyon endeksleri üç farklı durum için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Birinci durumda sağlık hizmetini hiç kullanmayanlar da endeks hesaplamalarına dâhil edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetleri değişkeni sınıflandırılmamıştır. İkinci durumda, sağlık hizmetleri kullanımı altı kategoride sınıflandırılmış ve hiç kullanmayanlar da bu hesaplamalarda dikkate alınmıştır. Ancak üçüncü durumda hiç sağlık hizmeti kullanmayanlar analiz dışı bırakılmıştır. Çünkü sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olmasalar bile sağlık ihtiyacı içerisinde olmadıklarından dolayı sağlık hizmeti kullanmayanlar olabilir. Bu hata kaynağını ortadan kaldırmak için böyle bir yola

başvurulmuştur. Bu hesaplamalarda sağlık hizmetleri kullanımı altı kategoride sınıflandırılmıştır. Eğer eğitim ve gelir için hesaplanan konsantrasyon endeks değerleri pozitif değerler alırsa (veya +1'e doğru çok yaklaşıyor ise) bunun hakkaniyet açısından iyi bir düzey olmadığı ancak hastalık sayısı açısından pozitif bir değer bulunursa bunun hakkaniyet açısından iyi olduğu çünkü sağlık ihtiyacının sağlık hizmeti kullanımına yansması olarak değerlendirilmiştir.

Konsantrasyon Endeksi, sağlık sektöründeki sosyo-ekonomik eşitsizlikleri ölçmek için yararlı bir araçtır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000:718; O'Donnell vd., 2008:109). Herhangi bir sağlık göstergesinin dezavantajlı veya avantajlı bireyler arasında ne derece yoğunlaştığını gösterir (WHO, 2017:5) ve belirli bir sağlık değişkeninin gelire (veya diğer uygun değişkenler) ilgili eşitsizlik derecesini sayısallaştırmaya imkan verir (O'Donnell vd., 2008:95; World Bank, 2003:1). Ayrıca sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizliğin derecesini gösterir (Cisse vd., 2007:10). Birçok çalışmada çocuk ölümlerinde, çocuk aşılama, çocuk malnütrisyonunda, yetişkin sağlığında, sağlık sübvansiyonlarında ve sağlık hizmeti kullanımında sosyo-ekonomik eşitsizliğin derecesini ölçmek ve karşılaştırmak için kullanılmıştır (Wagstaff vd., 2011:72; O'Donnell vd., 2008:95; World Bank, 2003: 4; Fosto, 2006:4).

Konsantrasyon Endeksi (Concentration Index), Konsantrasyon Eğrisi ile eşitlik doğrusu arasında kalan alanın iki katı olarak tanımlanır ve dolayısı ile doğrudan Konsantrasyon Eğrisiyle ilişkilidir. Konsantrasyon endeksi, -1 ile +1 arasında değer alır. Konsantrasyon endeksi; Konsantrasyon eğrisi eşitlik doğrusunun altında kalırsa pozitif değer alır. Konsantrasyon Eğrisi eşitlik doğrusunun üstünde olursa negatif değer alır. Pozitif Konsantrasyon Endeksi, zenginler lehine eşitsizliği işaret eder, bu da yüksek gelirli grupların düşük gelirli gruplardan daha fazla sağlık hizmeti kullandığı anlamına gelir. Düşük gelirli grupların, zenginlere göre daha fazla sağlık hizmeti kullandığı durumlarda, Konsantrasyon Endeksi negatif değer alır. Olağanüstü durumlarda, tüm sağlık kaynakları yoksullar tarafından kullanılıyorsa, Konsantrasyon Endeksi -1 değerini alır. Tüm sağlık hizmetleri zenginler tarafından kullanılıyor ise endeks +1 değerini alır. Konsantrasyon endeksi 0 olduğunda yoksullar ve zenginler tarafından eşit kullanım söz konusudur. Dolayısıyla, sosyo-ekonomik açıdan sağlık eşitsizliklerinin olmaması durumunda veya başka bir deyişle konsantrasyon eğrisinin eşitlik doğrusuyla çakışması durumunda, konsantrasyon endeksi sıfır değerini alır (O'Donnell vd., 2008: 95; Wagstaff vd.,

1991:183-282-283-284; Wagstaff ve Van Doorslaer, 1994:283; World Bank, 2003:1; Li vd., 2017:3; Wagstaff vd., 2011:7; WHO, 2017:5; Cisse vd., 2007:8; Zhou vd., 2013:6; Zhou vd., 2011:3; Shin ve Kim, 2010:2; WHO, 2018:11).

Konsantrasyon endeksinin işareti, sağlık değişkeni ile yaşam standartlarının dağılımındaki konumu arasındaki herhangi bir ilişkinin yönünü ve büyüklüğünü gösterir, hem ilişkinin gücünü hem de sağlık değişkenindeki değişkenlik derecesini yansıtır. Koolman ve Van Doorslaer, konsantrasyon endeksi değerinin 75 ile çarpılmasının, nüfusun zengin yarısından yoksul yarısına (sağlık eşitsizliğinin zenginleri desteklemesi durumunda) yeniden dağıtılması gereken sağlık değişkeninin yüzdesini verdiğini göstermiştir (O'Donnell vd., 2008: 96).

Konsantrasyon endeksi hesaplamasında aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$C = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h, r)$$

C'nin konsantrasyon endeksi, h ihtiyaca göre standardize edilmiş sağlık hizmeti kullanımı, μ ihtiyaca göre standardize edilmiş sağlık hizmeti kullanımı ortalamasıdır, r, 0'dan 1'e kadar değişen kesirli ve sıralanmış gelirdir (Zhou vd., 2013:6).

Bu çalışmanın hipotez ve alt hipotezleri aşağıdaki şekildedir:

H1:Türkiye’de yıllara göre eğilim faktörlerinin sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1a:Yıllara göre eğilim faktörlerinin, aile hekimi hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1b: Yıllara göre eğilim faktörlerinin, uzman hekim hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1c: Yıllara göre eğilim faktörlerinin, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı (hastanede geçirilen toplam gün sayısı) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1d: Yıllara göre eğilim faktörlerinin, gününbirlik/ayaktan tedavi hizmetleri kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2: Türkiye’de yıllara göre kolaylaştırıcı faktörlerin, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2a:Yıllara göre kolaylaştırıcı faktörlerin, aile hekimi hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2b: Yıllara göre kolaylaştırıcı faktörlerin, uzman hekim hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2c: Yıllara göre kolaylaştırıcı faktörlerin, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı (hastanede geçirilen toplam gün sayısı) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2d: Yıllara göre kolaylaştırıcı faktörlerin, gününbirlik/ayaktan tedavi hizmetleri kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3: Türkiye’de yıllara göre ihtiyaç faktörlerinin, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3a:Yıllara göre ihtiyaç faktörlerinin, aile hekimi hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3b:Yıllara göre ihtiyaç faktörlerinin, uzman hekim hizmeti kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3c:Yıllara göre ihtiyaç faktörlerinin, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı (hastanede geçirilen toplam gün sayısı) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3d:Yıllara göre ihtiyaç faktörlerinin, gününbirlik/ayaktan tedavi hizmetleri kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4: Türkiye’de yıllara göre bu çalışma kapsamında değerlendirilen sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet seviyesinde iyileşme vardır.

3.4. VERİ ANALİZİ

Analizler TÜİK tarafından iki yılda bir yapılan Türkiye Sağlık Araştırması veri setleri (2008-2010-2012-2014 ve 2016 yılları) için ayrı ayrı yapılmıştır. Bağımlı değişkenlerde (sağlık hizmetleri kullanımı) eksik veri (missing) bulunan gözlemler veri setinden çıkarılmış, analizler eksik veri olmayan gözlemler üzerinden yapılmıştır. Tüm istatistiksel

analizler SPSS (Statistical Package for The Social Science) 23.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin bireysel ve demografik bilgileri ile ilgili frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir, sosyal güvence, çalışma durumu, genel sağlık durumu ve hastalık sayısı gibi çeşitli (eğilim, kolaylaştırıcı, ihtiyaç) faktörlerin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi değerlendirilirken çapraz tablolar kullanılmış ve ki-kare analizi yapılmıştır. Ayrıca seçilen değişkenlerin sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki göreceli etkilerini değerlendirebilmek için çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.

Aile hekimi/Pratisyen hekim hizmeti kullanımı, uzman hekim hizmeti kullanımı, hastane hizmetleri/yatarak tedavi hizmetleri kullanımı (hastanede geçirilen toplam gün sayısı) ve gününbirlik/ayaktan tedavi hizmetleri kullanım sıklığı olmak üzere dört farklı türde sağlık hizmetinin kullanımı analiz edilmiş ve bu hizmetlerin kullanımında eşitsizlikleri ölçmek için Konsantrasyon Endeksi hesaplanmıştır.

Gelir, eğitim ve hastalık sayısı, sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkileri değerlendirilen ve hakkaniyetin ölçülmesinde Konsantrasyon Endeksi hesaplanan değişkenlerdir.

H1, H2 ve H3 nolu hipotezler ve bunlara ait alt hipotezler test edilirken ki-kare analizi ve çok değişkenli regresyon analizi (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim) sonuçları dikkate alınırken, H4 hipotezin test edilmesinde konsantrasyon endeksi değerleri kullanılmıştır.

3.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Araştırmada, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından iki yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması veri setleri kullanılmıştır. İkincil veriler kullanıldığı için veri toplama ve veri girişlerinin doğru yapıldığı varsayılmaktadır.

Türkiye Sağlık Araştırmasından elde edilen veriler bireylerin hatırlama düzeylerine bağlı kişisel verilere dayandığından bilgi toplamayla ilgili hatalara (bias) yol açabilmektedir. Araştırmaya katılan dezavantajlı gruplar sağlık hizmetine erişemediklerinde hastalıklarına tanı konulmadığı için bu konuda herhangi bir bildirimde bulunamayabilirler. Dolayısıyla var olan kronik hastalıklar belirtilmediğinden hastalık sayısının sağlık hizmetleri kullanımına olan etkisinin küçümsemesine yol açabilmektedir.

Geçmişte yapılan çalışmalarda Türkiye’de Doğu ve Batı bölgeleri arasında sağlık hizmetlerinde adaletsizlikler olduğu saptanmıştır. Fakat yaklaşık olarak son on yıldır Doğu ile Batı arasındaki sağlık hizmeti kullanımındaki adaletsizliklerin var olup olmadığını ölçen parametreler Türkiye Sağlık Araştırması veri setlerinde yer almadığından bunu değerlendirmek mümkün olmamıştır.

Bireylerin ekonomik durumlarını değerlendirmek için hanehalkının aylık geliri kullanılmıştır. Fakat serbest çalışanlar başka gelir kaynaklarına sahip olabilirler ve potansiyel vergilendirme korkusu veya sosyal güvenlik programlarından dışlanma korkusu nedeniyle hanehalkının gelirini daha düşük gösterebilir.



4. BULGULAR

4.1. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASINA KATILAN BİREYLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları Türkiye Sağlık Araştırmalarına katılan ve bu çalışma amaçları için seçilen 15 yaş ve üstü katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Yılı Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Temel Özellikleri

	2008		2010		2012		2014		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğilim Faktörleri										
Yaş										
15-24	2878	19,6	2667	18,5	5119	18,2	3388	17,7	2905	16,8
25-34	3311	22,6	2902	20,1	5605	20,0	3661	19,1	3006	17,4
35-44	2888	19,7	2819	19,5	5555	19,8	3768	19,7	3444	20,0
45-54	2429	16,6	2505	17,3	4921	17,5	3332	17,4	3007	17,4
55-64	1609	11,0	1756	12,2	3459	12,3	2555	13,4	2368	13,7
65-74	946	6,5	1115	7,7	2116	7,5	1498	7,8	1545	9,0
75+	594	4,1	683	4,7	1280	4,6	927	4,8	967	5,6
Cinsiyet										
Erkek	6662	45,5	6287	43,5	12925	46,1	8721	45,6	7668	44,5
Kadın	7993	54,5	8160	56,5	15130	53,9	10408	54,4	9574	55,5
Medeni Durum										
Bekâr	3263	22,3	3163	21,9	6403	22,8	4153	21,7	3575	20,7
Evli	10277	70,1	10030	69,4	19220	68,5	13161	68,8	11912	69,1
Eşi ölmüş	879	6,0	983	6,8	1810	6,5	518	2,7	532	3,1
Boşanmış	236	1,6	271	1,9	622	2,2	1297	6,8	1223	7,1
Eğitim Durumu										
Eğitim Almamış	2881	19,7	2753	19,1	4581	16,3	9004	60,2	7642	57,4
İlköğretim	6884	47,0	6851	47,4	13484	48,1	3362	22,5	3106	23,3
Ortaokul	1154	7,9	1076	7,4	1682	6,0	885	5,9	811	6,1
Lise	2457	16,8	2280	15,8	4937	17,6	1474	9,8	1524	11,4
Üniversite	1279	8,7	1487	10,3	3371	12,0	242	1,6	229	1,7
Kolaylaştırıcı Faktörler										
Sosyal Güvence										
GSS	12664	86,4	11690	86,9	26165	93,3	17770	92,9	14145	89,7
Özel	19	,1	174	1,3	144	,5	77	,4	480	3,0
Yok	1972	13,5	1585	11,8	1746	6,2	1282	6,7	1147	7,3
Çalışma Durumu										
Son 7 gün										
Evet	5474	37,4	5243	36,3	10445	37,2	7415	38,8	6457	37,4
Hayır	9181	62,6	9204	63,7	17610	62,8	165	,9	84	,5
Hayır, ama işle ilgisi devam ediyor	-	-	-	-	-	-	11549	60,4	10701	62,1

Tablo 4. (Devam) 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Yılı Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Temel Özellikleri

	2008		2010		2012		2014		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aylık Gelir Düzeyi										
0-500 (0-1080TL)*	4026	27,5	2543	17,8	1992	16,5	5894	30,8	3671	21,3
501-750 (1081-1550TL)	3115	21,3	3117	21,8	1705	14,1	3859	20,2	4707	27,3
751-1100 (1551-2170TL)	3064	20,9	2995	20,9	3105	25,8	3115	16,3	3152	18,3
1101-1700 (2171-3180TL)	2482	16,9	2850	19,9	2569	21,3	3274	17,1	2944	17,1
1701 ve üzeri (3181TL +)	1968	13,4	2816	19,7	2687	22,3	2987	15,6	2768	16,1
İhtiyaç Faktörleri										
Genel Sağlık Durumu										
Çok İyi	1465	10,0	1395	9,7	1605	14,0	2169	11,3	1554	9,0
İyi	7564	51,6	7504	52,0	5957	52,0	8988	47,0	8720	50,6
Orta	4018	27,4	3911	27,1	2860	24,9	5646	29,5	4901	28,4
Kötü	1396	9,5	1392	9,6	915	8,0	1982	10,4	1852	10,7
Çok Kötü	208	1,4	232	1,6	126	1,1	344	1,8	215	1,2
Hastalık Sayısı										
Hiç Hastalık Yok	5154	35,2	5910	41,3	18452	65,8	7193	37,6	6772	39,3
1 Hastalık	2600	17,7	3465	24,2	5649	20,1	4081	21,3	3816	22,1
2 Hastalık	2141	14,6	1879	13,1	2161	7,7	2810	14,7	2440	14,1
3 Hastalık	1148	7,8	1148	8,0	942	3,4	1835	9,6	1551	9,0
4 Hastalık	975	6,7	671	4,7	453	1,6	1234	6,5	1028	6,0
5 Hastalık ve üzeri	2637	18,0	1242	8,7	398	1,4	1976	10,3	1635	9,5
Toplam	14655	100	14315	100	27205	100	15529	100	17242	100

* 2014 ve 2016 yılları için gelir sınıflaması

Tablo 4 incelendiğinde bütün yıllar için çalışma kapsamına alınan bireylerin %50'sinden fazlasının kadın olduğu görülmektedir. Yaş grupları incelendiğinde tüm yıllarda yaş grupları arasındaki dağılımların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 2008, 2010 ve 2012 (%47-48,1 arasında değişmektedir) yıllarında katılımcıların çoğunun ilköğretim mezunu, 2014 ve 2016 (%60,2-57,4) yıllarında ise katılımcıların çoğunun eğitim almadığı saptanmıştır. Katılımcıların çoğunun (% 68,5-70,1 arasında değişmektedir) evli olduğu saptanmıştır. 2008-2010 ve 2012 (%62,6-63,7-62,8) yıllarında katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. 2014 ve 2016 (%60,4-62,1) yıllarında ise katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı ama işle ilgisinin devam ettiği görülmektedir. Katılımcıların genel sağlık durumu incelendiğinde, çoğunun iyi (%47-52 arasında değişmektedir) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların hastalık durumlarına bakıldığında çoğunun hiç hastalığı yokken 2008 yılında katılımcıların %18'i beş ve daha fazla hastalığa sahipken, diğer yıllarda katılımcıların çoğu bir hastalığa sahiptir.

4.2. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASINA KATILAN BİREYLERİN EĞİLİM, KOLAYLAŞTIRICI VE İHTİYAÇ FAKTÖR ÖZELLİKLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım durumlarının eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktör özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği çapraz tablolar yardımı ile incelenmiştir. Bu tablolar bütün yıllar için üretilmiştir. Ancak bütün yıllara ait karşılaştırmalar bu çalışmada çok fazla yer kapladığından dolayı sadece 2016 verileri için tablolar burada verilmiş, diğer yıllar için yapılan karşılaştırmalar Ek 2 olarak tez sonunda raporlanmıştır.

4.2.1. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların eğilim faktörlerinden yaş değişkenine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelenmiş ve sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre yaş arttıkça incelenen sağlık hizmetleri kullanımının artış gösterdiği, fakat aile hekimi ve uzman hekim kullanımında 75 ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde bir azalma olduğu görülmektedir. 15-24 yaş grubunda olan (göreceli olarak daha sağlıklı olan) katılımcıların aile hekimi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma oranı %46,7 iken bu oran 65-74 yaş grubunda %70,5 ile en yüksek değere sahiptir. 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde (%67) bir azalma olduğu görülmektedir. 15-24 yaş grubunda olan katılımcıların uzman hekim hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma oranı %49,6 iken bu oran 65-74 yaş grubunda %62,2 ile en yüksek değere sahiptir. 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde (%58,4) bir azalma olduğu görülmektedir. 15-24 yaş grubunda olan katılımcıların gününbirlik tedavi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma oranı %48,6 iken bu oran 75 yaş ve üstü olan katılımcılarda %66,4 ile en yüksek değere sahiptir. 15-24 yaş grubunda olan katılımcıların %7,7 ve 35-44 yaş grubunda olan katılımcıların %9,2'si hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran 75 yaş ve üstü olan katılımcılarda %26,6 ile en yüksek değere sahiptir. Yaş ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların eğilim faktörlerinden cinsiyete göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde ise kadınların erkeklere göre

incelenen sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Cinsiyet ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).



Tablo 5. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmetini Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	15-24	753	53,3	659	46,7	878	50,4	863	49,6	1492	51,4	1413	48,6	2682	92,3	223	7,7
	25-34	821	51,4	775	48,6	1018	49,5	1037	50,5	1332	44,3	1674	55,7	2644	88,0	362	12,0
	35-44	929	48,2	998	51,8	1139	49,7	1155	50,3	1518	44,1	1926	55,9	3127	90,8	317	9,2
	45-54	800	44,2	1009	55,8	1017	47,6	1120	52,4	1266	42,1	1741	57,9	2684	89,3	323	10,7
	55-64	619	37,3	1040	62,7	743	43,4	969	56,6	940	39,7	1428	60,3	2052	86,7	316	13,3
	65-74	344	29,5	821	70,5	458	37,8	754	62,2	562	36,4	983	63,6	1229	79,5	316	20,5
	75+	228	33,0	463	67,0	321	41,6	451	58,4	325	33,6	642	66,4	710	73,4	257	26,6
		$\chi^2=262,830$ p<0,001				X ² =79,357 p<0,001				$\chi^2=160,347$ p<0,001				$\chi^2=376,455$ p<0,001			

Tablo 6. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	1897	47,4	2105	52,6	2447	50,9	2360	49,1	3679	48,0	3989	52,0	6840	89,2	828	10,8
	Kadın	2597	41,5	3660	58,5	3127	43,9	3989	56,1	3756	39,2	5818	60,8	8288	86,6	1286	13,4
		$\chi^2=34,467$ p<0,001				$\chi^2=55,854$ p<0,001				$\chi^2=132,831$ p<0,001				$\chi^2=27,462$ p<0,001			

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların eğilim faktörlerinden medeni duruma göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 7); boşanmış katılımcıların incelenen sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Aile hekimi ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bekârlara göre sırasıyla boşanmış, evli ve eği ölmüş katılımcıların daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, uzman hekim ve günübirlik tedavi hizmetini sırasıyla boşanmış, eği ölmüş ve evlilerin daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bekâr olan katılımcıların %46,5'i aile hekimi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran %67,9 ile boşanmış olan katılımcılarda en yüksek değere sahiptir. Bekâr olan katılımcıların %47,6'sı uzman hekim hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran %59,6 ile boşanmış olan katılımcılarda en yüksek değere sahiptir. Bekâr olan katılımcıların %48,4'ü günübirlik tedavi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran %65,2 ile boşanmış olan katılımcılarda en yüksek değere sahiptir. Bekâr olan katılımcıların %6,4'i hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran %19,5 ile boşanmış olan katılımcılarda en yüksek değere sahiptir. Medeni durum ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların eğilim faktörlerinden eğitim durumuna göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 8); eğitim düzeyi arttıkça incelenen sağlık hizmetleri kullanımının azalma gösterdiği saptanmıştır. Eğitim almamış katılımcıların %60,6'sı ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların %51,5'i aile hekimi hizmetini bir kez ve daha fazla sayıda kullanma eğilimindeyken, bu oran üniversite düzeyinde katılımcılarda %40,7 ile en düşük değere sahiptir. Eğitim almamış katılımcıların %55,8'i ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların %51,3'ü uzman hekim hizmetini bir kez ve daha fazla sayıda kullanma eğilimindeyken, bu oran üniversite düzeyinde katılımcılarda %41,4 ile en düşük değere sahiptir. Eğitim almamış katılımcıların %59,2'si ve lise düzeyinde eğitim almış katılımcıların %58,2'si günübirlik tedavi hizmetini bir kez ve daha fazla sayıda kullanma eğilimindeyken, bu oran ilköğretim düzeyinde katılımcılarda %54,4 ile en düşük değere sahiptir. Eğitim almamış katılımcıların %14,8'i ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların %10,5'i hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bir kez ve daha fazla sayıda kullanma eğilimindeyken, bu oran üniversite düzeyinde katılımcılarda %7 ile en düşük

değere sahiptir. Eğitim düzeyi ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).



Tablo 7. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum	Bekâr	890	53,5	774	46,5	1107	52,4	1004	47,6	1843	51,6	1732	48,4	3357	93,9	218	6,1
	Evli	3175	43,0	4208	57,0	3906	46,1	4561	53,9	4951	41,6	6961	58,4	10317	86,6	1595	13,4
	Eşi Ölmüş	142	44,7	176	55,3	172	45,0	210	55,0	216	40,6	316	59,4	470	88,3	62	11,7
	Boşanmış	287	32,1	607	67,9	389	40,4	574	59,6	425	34,8	798	65,2	984	80,5	239	19,5
		$\chi^2=115,097$ p<0,001				$\chi^2=44,830$ p<0,001				$\chi^2=151,719$ p<0,001				$\chi^2=200,794$ p<0,001			

Tablo 8. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Düzeyi	Eğitim Almamış	1935	39,4	2980	60,6	2424	44,2	3063	55,8	3115	40,8	4527	59,2	6508	85,2	1134	14,8
	İlköğretim	823	48,5	875	51,5	1039	50,4	1022	49,6	1415	45,6	1691	54,4	2821	90,8	285	9,2
	Ortaokul	242	50,4	238	49,6	280	48,7	295	51,3	349	43,0	462	57,0	726	89,5	85	10,5
	Lise	411	51,1	394	48,9	535	50,8	518	49,2	637	41,8	887	58,2	1392	91,3	132	8,7
	Üniversite	64	59,3	44	40,7	95	58,6	67	41,4	97	42,4	132	57,6	213	93,0	16	7,0
		$\chi^2=90,152$ p<0,001				$\chi^2=42,702$ p<0,001				$\chi^2=21,165$ p<0,001				$\chi^2= 100,045$ p<0,001			

4.2.2. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvenceye göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 9); sosyal güvencesi olmayan katılımcıların uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence ile aile hekimi hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %58,2'si uzman hekim hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, GSS sahip olan katılımcılar %52,2 ile en düşük değere sahiptir. Sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %14,8'i hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, GSS sahip olan katılımcılar %12,2 ile en düşük değere sahiptir. Sosyal güvence ile uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların kolaylaştırıcı faktörlerden çalışma durumuna göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 10); son bir hafta çalışmayanların aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, son bir hafta çalışmayıp işle ilgisi devam edenlerin ise hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgular bize bireylerin sahip oldukları hastalıkları nedeni ile çalışmadıkları gibi bir sonucada işaret edebilir. Ancak bu başka çalışmaların konusudur.

Tablo 9. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvence	GSS	3785	43,8	4855	56,2	4646	46,8	5281	53,2	6074	42,9	8071	57,1	12425	87,8	1720	12,2
	Özel	112	42,1	154	57,9	131	42,5	177	57,5	227	47,3	253	52,7	414	86,3	66	13,8
	Sağlık Güvencesi Yok	250	42,2	343	57,8	315	41,8	438	58,2	490	42,7	657	57,3	977	85,2	170	14,8
		$\chi^2=0,882$ p>0,05				$\chi^2=8,799$ p<0,05				$\chi^2=3,641$ p>0,05				$\chi^2=7,746$ p<0,05			

Tablo 10. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Evet	1710	51,5	1608	48,5	2207	52,1	2027	47,9	2977	46,1	3480	53,9	5922	91,7	535	8,3
	Hayır Çalışmıyor	2759	40,0	4136	60,0	3342	43,8	4291	56,2	4422	41,3	6279	58,7	9140	85,4	1561	14,6
	Hayır, Ama İşle İlgisi Devam Ediyor	25	54,3	21	45,7	25	44,6	31	55,4	36	42,9	48	57,1	66	78,6	18	21,4
		$\chi^2=122,905$ p<0,001				$\chi^2=76,230$ p<0,001				$\chi^2=37,545$ p<0,001				$\chi^2=155,261$ p<0,001			

2016 yılı sağlık hizmeti kullaniminin katılımcıların kolaylaştırıcı faktörlerden aylık gelir düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 11); aylık gelir arttıkça aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanma eğiliminin azaldığı görülmüştür. Aylık gelir arttıkça gününbirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. 3181TL ve üzeri gelir grubunda olan katılımcıların %49,5'i aile hekimi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran 0-1080TL gelir grubunda olan katılımcılarda %62,1 ile en yüksek değere sahiptir. 3181TL ve üzeri gelir grubunda olan katılımcıların %47,4'ü uzman hekim hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran 0-1080TL gelir grubunda olan katılımcılarda %57,9 ile en yüksek değere sahiptir. 3181TL ve üzeri gelir grubunda olan katılımcıların %9,5'i hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran 0-1080TL gelir grubunda olan katılımcılarda %16,3 ile en yüksek değere sahiptir. 1551-2170TL gelir grubunda olan katılımcıların %55'i gününbirlik tedavi hizmetini bir kez ve daha fazla kullanma eğilimindeyken, bu oran 3181TL ve üzeri olan katılımcılarda %60,7 ile en yüksek değere sahiptir. Aylık gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 11. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir Düzeyi	0-1080	801	37,9	1312	62,1	1018	42,1	1401	57,9	1631	44,4	2040	55,6	3074	83,7	597	16,3
	1081-1550	1194	40,7	1739	59,3	1400	43,1	1849	56,9	1993	42,3	2714	57,7	4089	86,9	618	13,1
	1551-2170	901	47,7	987	52,3	1059	48,3	1132	51,7	1418	45,0	1734	55,0	2811	89,2	341	10,8
	2171-3180	819	46,0	963	54,0	1047	50,7	1020	49,3	1304	44,3	1640	55,7	2650	90,0	294	10,0
	3181 +	779	50,5	764	49,5	1050	52,6	947	47,4	1089	39,3	1679	60,7	2504	90,5	264	9,5
		$\chi^2=84,377$ p<0,001				$\chi^2=80,754$ p<0,001				$\chi^2=25,968$ p<0,001				$\chi^2=97,284$ p<0,001			

4.2.3. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların ihtiyaç faktörlerinden genel sağlık durumuna göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 12); genel sağlık durumu kötüleştikçe incelenen sağlık hizmetleri kullanımının artış gösterdiği saptanmıştır. Sadece gününbirlik tedavi hizmetinde genel sağlık durumu çok kötü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde çok az bir azalma görüldüğü saptanmıştır. Genel sağlık durumu ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

2016 yılı sağlık hizmeti kullanımının katılımcıların ihtiyaç faktörlerinden hastalık sayısına göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde (Tablo 13); hastalık sayısı arttıkça incelenen sağlık hizmetleri kullanımının artış gösterdiği saptanmıştır. Hastalık sayısı ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	349	50,1	348	49,9	430	52,8	385	47,2	967	62,2	587	37,8	1476	95,0	78	5,0
	İyi	2299	50,1	2293	49,9	2825	52,0	2611	48,0	4151	47,6	4569	52,4	8014	91,9	706	8,1
	Orta	1391	39,9	2091	60,1	1743	44,5	2178	55,5	1674	34,2	3227	65,8	4166	85,0	735	15,0
	Kötü	426	31,5	927	68,5	522	33,1	1054	66,9	573	30,9	1279	69,1	1337	72,2	515	27,8
	Çok Kötü	29	21,5	106	78,5	54	30,9	121	69,1	70	32,6	145	67,4	135	62,8	80	37,2
		$\chi^2=216,016$ p<0,001				$\chi^2=214,937$ p<0,001				$\chi^2=585,116$ p<0,001				$\chi^2=790,962$ p<0,001			

Tablo 13. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2016

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Sayısı	Hiç Hastalık Yok	1677	52,7	1503	47,3	1979	53,6	1716	46,4	3772	55,7	3000	44,3	6326	93,4	446	6,6
	1 Hastalık	1049	46,6	1203	53,4	1339	49,3	1376	50,7	1580	41,4	2236	58,6	3416	89,5	400	10,5
	2 Hastalık	694	42,3	948	57,7	869	46,0	1020	54,0	896	36,7	1544	63,3	2091	85,7	349	14,3
	3 Hastalık	419	38,0	684	62,0	528	41,3	751	58,7	472	30,4	1079	69,6	1301	83,9	250	16,1
	4 Hastalık	270	34,6	511	65,4	350	39,5	535	60,5	280	27,2	748	72,8	817	79,5	211	20,5
	5 Hastalık ve üzeri	385	29,6	916	70,4	509	34,9	951	65,1	435	26,6	1200	73,4	1177	72,0	458	28,0
		$\chi^2=260,639$ p<0,001				$\chi^2=193,099$ p<0,001				$\chi^2=871,597$ p<0,001				$\chi^2=687,232$ p<0,001			

4.2.4. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri

Eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri ile bu çalışma kapsamında incelenen sağlık hizmetleri kullanımını gösteren değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren tablolar sadece 2016 yılı için burada gösterilmiş ancak diğer yıllara ait tablolara ilişkin bulgular Tablo 14, 15, 16 ve 17’de özetlenmiştir.



Tablo 14. Yıllara Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları

	2008	2010	2012	2014	2016
Eğilim Faktörleri					
Yaş Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Cinsiyet/Kadın	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Boşanmış	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla
Eğitim Düzeyi Arttıkça	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Artar	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
Kolaylaştırıcı Faktörler					
Sosyal Güvence/GSS	Daha Fazla	Daha Fazla	-	Daha Fazla	-
Son Bir Hafta Çalışmayanlar	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Az	Daha Fazla	-
Aylık Gelir Arttıkça	Kullanım Azalır	-	-	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
İhtiyaç Faktörleri					
Genel Sağlık Durumu Kötüleştikçe	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Hastalık Sayısı Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar

Aile hekimi hizmeti kullanımının, eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; incelenen tüm yıllarda yaş ilerledikçe aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı fakat 2008, 2012 ve 2016 yılında 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu görülmektedir. Erkeklerle göre kadınların, bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre boşanmış katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bekârlara göre ise evli, eşi ölmüş ve boşanmış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. 2008, 2014 ve 2016 yılında eğitim almamış ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010 yılında eğitim almamış ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu fakat lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcılarda bu hizmeti kullanma eğiliminde artış görüldüğü saptanmıştır. 2012 yılında ise eğitim düzeyi arttıkça aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Eğitim almamış katılımcılar %46,6 ile en düşük kullanma eğilimine sahipken üniversite düzeyinde eğitim görmüş katılımcılar %90,7 ile en yüksek kullanma eğilimine sahiptir.

Aile hekimi hizmeti kullanımının kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence, çalışma durumu ve aylık gelir düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde ise 2008, 2010 ve 2014 yılında GSS'ye sahip olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2010 ve 2014 yılında son bir hafta çalışmayanların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012 yılında ise son bir hafta çalışanların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2014 ve 2016 yılında aylık gelir arttıkça aile hekimi hizmetini kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. Fakat 2008 yılında aylık gelir düzeyi 2171-3180TL arasında olan katılımcıların kullanma eğiliminde bir artış olduğu saptanmıştır.

Aile hekimi hizmeti kullanımının ihtiyaç faktörlerinden genel sağlık durumu ve hastalık sayısına göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; incelenen bütün yıllarda genel sağlık durumu kötüleştikçe ve hastalık sayısı arttıkça aile hekimi hizmetini kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Fakat 2008 yılında beş hastalık ve üzeri

olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde ciddi bir artış görüldüğü saptanmıştır. 2014 yılında dört hastalığı olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde hafif bir azalma görüldüğü saptanmıştır. 2016 yılında genel sağlık durumu kötüleştikçe bu hizmeti kullanma eğiliminin arttığı ancak genel sağlık durumu çok kötü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma görüldüğü saptanmıştır.

4.2.5. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri ile uzman hekim hizmeti kullanımını arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulara Tablo 15’te yer verilmiştir.



Tablo 15. Yıllara Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları

	2008	2010	2012	2014	2016
Eğilim Faktörleri					
Yaş Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Cinsiyet/Kadın	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Az	Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Boşanmış			Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Eşi Ölmüş	Daha Fazla	Daha Fazla			
Eğitim Düzeyi Arttıkça	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Artar	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
Kolaylaştırıcı Faktörler					
Sosyal Güvence/GSS				Daha Fazla	
Sosyal Güvence/Özel	Daha Fazla	Daha Fazla			
Sosyal Güvence Yok			Daha Fazla		Daha Fazla
Son Bir Hafta Çalışmayanlar	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Az	Daha Fazla	Daha Fazla
Aylık Gelir Arttıkça	-	-	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
İhtiyaç Faktörleri					
Genel Sağlık Durumu Kötüleştikçe	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Hastalık Sayısı Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar

Uzman hekim hizmeti kullanımının eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; incelenen tüm yıllarda yaş ilerledikçe aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı fakat 2008, 2010 ve 2016 yılında 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu saptanmıştır. 2012 yılında 25-34 yaş ve 35-44 yaş grubunda olan katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanımının en yüksek düzeyde olduğu fakat 65-74 yaş grubu ve 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu saptanmıştır. Erkeklere göre kadınların, 2008 ve 2010 yılında bekâr, evli ve boşanmış katılımcılara göre eşi ölmüş katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012, 2014 ve 2016 yılında bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre boşanmış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça uzman hekim hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında eğitim düzeyi arttıkça uzman hekim hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. 2012 yılında ise eğitim düzeyi arttıkça uzman hekim hizmeti kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. 2008 yılında eğitim almamış, ilköğretim ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010 ve 2014 yılında eğitim almamış ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında eğitim almamış katılımcılar %50 ile en düşük kullanma eğilimine sahipken üniversite düzeyinde eğitim görmüş katılımcılar %91,4 ile en yüksek kullanma eğilimine sahiptir. 2016 yılında eğitim almamış ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Uzman hekim hizmeti kullanımının kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence, çalışma durumu ve aylık gelir düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; 2008, 2010 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 ve 2016 yılında sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların, 2016 yılında ise GSS'ye sahip katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2014 yılında GSS'ye sahip olan katılımcılar ve sosyal güvencesi

olmayan katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında son bir hafta çalışmayanların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012 yılında ise son bir hafta çalışanların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012, 2014 ve 2016 yılında aylık gelir arttıkça uzman hekim hizmetini kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. Fakat 2012 yılında aylık gelir düzeyi 2171-3180TL arasında ve 3181TL üzerinde olan katılımcıların kullanma eğiliminde bir artış olduğu saptanmıştır.

Uzman hekim hizmeti kullanımının ihtiyaç faktörlerinden genel sağlık durumu ve hastalık sayısına göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; incelenen bütün yıllarda genel sağlık durumu kötüleştikçe ve hastalık sayısı arttıkça uzman hekim hizmetini kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Fakat 2008 ve 2012 yılında genel sağlık durumu kötüleştikçe bu hizmeti kullanma eğiliminin artış gösterdiği ancak genel sağlık durumu çok kötü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma görüldüğü saptanmıştır.

4.2.6. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri ile günübirlik tedavi hizmeti kullanımını arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulara Tablo 16'da yer verilmiştir.

Tablo 16. Yıllara Göre Günübirlilik Tedavi Hizmeti Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları

	2008	2010	2012	2014	2016
Eğilim Faktörleri					
Yaş Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Cinsiyet/Kadın	Daha Fazla	Daha Fazla	-	Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Evli			Daha Fazla		
Medeni Durum/Boşanmış				Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Eşi Ölmüş	Daha Fazla	Daha Fazla			
Eğitim Düzeyi Arttıkça	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Durumu?	Kullanım Durumu?
Kolaylaştırıcı Faktörler					
Sosyal Güvence/GSS	Daha Fazla	Daha Fazla			-
Sosyal Güvence/Özel			Daha Fazla	Daha Fazla	-
Sosyal Güvence Diğer/Yok					-
Son Bir Hafta Çalışmayanlar	Daha Fazla	Daha Fazla	-	Daha Fazla	Daha Fazla
Aylık Gelir Arttıkça	Kullanım Artar	-	Kullanım Azalır	-	Kullanım Artar
İhtiyaç Faktörleri					
Genel Sağlık Durumu Kötüleştikçe	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Hastalık Sayısı Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımının eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; 2008 yılında yaş arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin artış gösterdiği fakat 75 yaş ve üstü olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu görülmektedir. 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılında yaş ilerledikçe günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı fakat 2010 ve 2012 yılında 35-44 yaş grubunda olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde düşüş olduğu saptanmıştır. 2008 ve 2010 yılında bekâr, evli ve boşanmış katılımcılara göre eşi ölmüş katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012 yılında bekâr, eşi ölmüş ve boşanmış katılımcılara göre evli katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2014 ve 2016 yılında ise bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre boşanmış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008 yılında eğitim düzeyi arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı ancak üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin biraz daha arttığı saptanmıştır. 2008 yılında eğitim almamış ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullandıkları saptanmıştır. 2010 yılında eğitim düzeyi arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı ilköğretim düzeyinde eğitim almış ve eğitim almamış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullandıkları saptanmıştır. 2012 yılında eğitim almamış ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullandıkları saptanmıştır. 2014 yılında lise düzeyinde eğitim almış ve eğitim almamış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. 2016 yılında ise eğitim almamış ve lise düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımının kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence, çalışma durumu ve aylık gelir düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; 2008 ve 2010 yılında GSS'ye sahip olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmeti en çok kullanma eğiliminde olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 ve 2014 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini en çok kullanma eğiliminde olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında son bir hafta çalışmayanların

günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008 yılında aylık gelir düzeyi en yüksek olan (3.180TL ve üzeri) katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en yüksek olduğu, aylık gelir düzeyi en düşük olan (0-1.080TL) katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en düşük olduğu saptanmıştır. 2016 yılında 1.551-2.170TL gelir grubunda olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en düşük olduğu ve aylık gelir düzeyi en yüksek olan (3.180TL ve üzeri) katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en yüksek olduğu saptanmıştır. 2012 yılında aylık gelir düzeyi arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı görülmüştür. Aylık gelir düzeyi en düşük olan (0-1.080TL) katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en yüksek olduğu, aylık gelir düzeyi en yüksek olan (3.180TL ve üzeri) katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin en düşük olduğu saptanmıştır.

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımının ihtiyaç faktörlerinden genel sağlık durumu ve hastalık sayısına göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; incelenen bütün yıllarda genel sağlık durumu kötüleştikçe günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı, fakat 2016 yılında genel sağlık durumu çok kötü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. 2008 yılında hastalık sayısı arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı, fakat 2008 yılında iki ve dört hastalığı olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde hafif bir azalma görüldüğü saptanmıştır. 2010, 2012 ve 2016 yılında hastalık sayısı arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminin arttığı fakat 2012 yılında üç hastalığı ve beş hastalık ve üzeri olan katılımcıların bu hizmeti kullanımında hafif bir azalma görüldüğü saptanmıştır.

4.2.7. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı Belirleyicilerinin Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkileri

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri ile hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımını arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulara Tablo 17’de yer verilmiştir.

Tablo 17. Yıllara Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı Ki-Kare Analizi Bulguları

	2008	2010	2012	2014	2016
Eğilim Faktörleri					
Yaş Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Cinsiyet/Kadın	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Boşanmış				Daha Fazla	Daha Fazla
Medeni Durum/Eşi Ölmüş	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla		
Eğitim Düzeyi Arttıkça	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
Kolaylaştırıcı Faktörler					
Sosyal Güvence/GSS	Daha Fazla			Daha Fazla	
Sosyal Güvence Yok					Daha Fazla
Sosyal Güvence/Özel		Daha Fazla	Daha Fazla		
Son Bir Hafta Çalışmayanlar	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla	Daha Fazla
Aylık Gelir Arttıkça	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır	Kullanım Azalır
İhtiyaç Faktörleri					
Genel Sağlık Durumu Kötüleştikçe	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar
Hastalık Sayısı Arttıkça	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar	Kullanım Artar

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine göre farklı olup olmadığı ki-kare analizine göre incelendiğinde; tüm yıllarda yaş arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının arttığı özellikle 65-74 yaş grubu ve 75 yaş ve üstü olan katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Erkeklere göre kadınların, 2008, 2010 ve 2012 yılında bekâr, evli ve boşanmış katılımcılara göre eşi ölmüş katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2014 ve 2016 yılında ise bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre boşanmış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. İncelenen bütün yıllarda eğitim düzeyi arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. 2008 yılında eğitim almamış ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ancak 2010 ve 2012 yılında eğitim düzeyi arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı, 2010 yılında eğitim almamış ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların, 2012 yılında ise eğitim almamış ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Fakat her iki yılda da üniversite düzeyinde eğitim görmüş katılımcılarda bu hizmeti kullanma eğiliminde artış görüldüğü saptanmıştır. 2014 ve 2016 eğitim almamış ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Fakat 2014 yılında lise düzeyinde eğitim görmüş katılımcılarda bu hizmeti kullanma eğiliminde artış görüldüğü saptanmıştır.

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence, çalışma durumu ve aylık gelir düzeyine göre farklı olup olmadığı incelendiğinde ise; 2008 ve 2014 yılında GSS'ye sahip olan katılımcılar hastanede yatarak tedavi hizmetlerini en çok kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008 yılında sosyal güvencesi olmayan katılımcıların, 2014 yılında ise özel sağlık sigortası olan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. 2010 ve 2012 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini en çok kullanma eğiliminde olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2016 ise yılında sosyal güvencesi olmayan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini en çok kullanma eğiliminde olduğu, GSS'ye sahip olan katılımcıların bu hizmeti en az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. İncelenen

bütün yıllarda son bir hafta çalışmayanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2012, 2014 ve 2016 yılında aylık gelir düzeyi en düşük olan (0-1080TL) katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin en fazla olduğu, aylık gelir düzeyi en yüksek olan (3180TL ve üzeri) katılımcıların bu hizmetleri kullanma eğiliminin en düşük olduğu saptanmıştır. 2010 yılında aylık gelir arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin azaldığı, fakat aylık gelir düzeyi 2171-3180TL arasında olan ve 3180TL üzerinde olan katılımcıların kullanma eğiliminde çok az bir artış olduğu saptanmıştır. 2014 yılında aylık gelir arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin azaldığı, fakat 1551-2170TL gelir grubunda olan katılımcıların kullanma eğiliminde çok az bir artış olduğu saptanmıştır.

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının ihtiyaç faktörlerinden genel sağlık durumu ve hastalık sayısına göre farklı olup olmadığı incelendiğinde; 2008, 2014 ve 2016 yılında genel sağlık durumu kötüleştikçe hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin arttığı saptanmıştır. 2010 ve 2012 yılında genel sağlık durumu kötüleştikçe hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin arttığı fakat genel sağlık durumu çok kötü olan katılımcıların bu hizmeti kullanma eğiliminde azalma görüldüğü saptanmıştır. 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılında hastalık sayısı arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğiliminin arttığı, fakat 2008 yılında dört hastalığı olan katılımcıların kullanımında hafif bir azalma görüldüğü saptanmıştır.

4.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR VE KONSANTRASYON ENDEKSİ BULGULARI

Bu bölümde sağlık hizmetlerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara, eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerinden gelir, eğitim ve hastalık sayısı ile ilgili konsantrasyon endeksi değerlerine ve grafiklerine ait bilgilere yer verilmiştir.

4.3.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Gelirle İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları

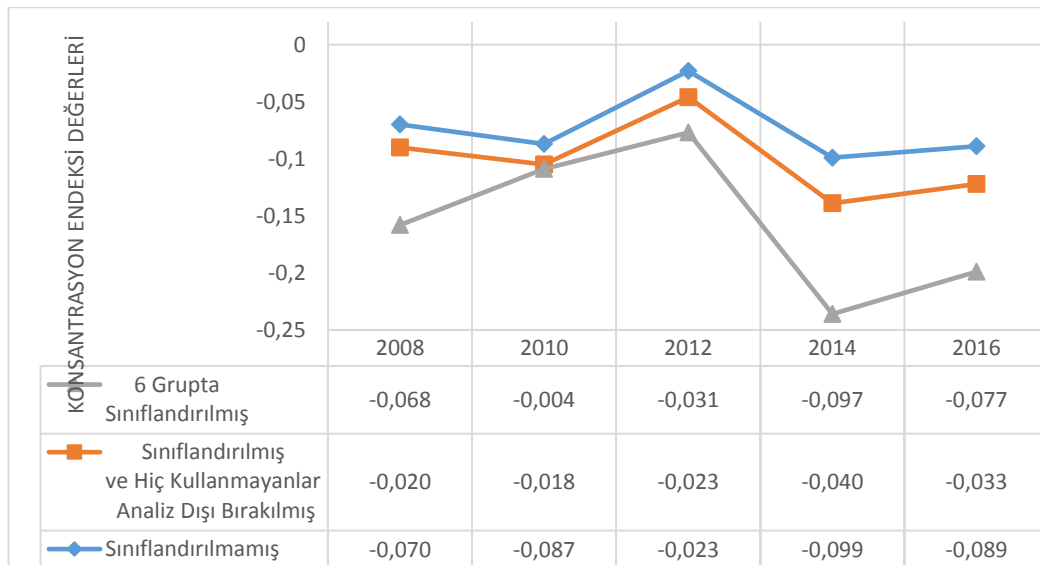
Sağlık hizmetlerine ilişkin gelirle ilgili tanımlayıcı bulgulara Tablo 18, Tablo 19, Tablo 20 ve Tablo 21’de, gelire ilişkin konsantrasyon endeksi değerleri ve grafiklerine Grafik 1, Grafik 2, Grafik 3, Grafik 4, Grafik 5, Grafik 6 ve Grafik 7’de yer verilmiştir.

Tablo 18. (Devam) Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Düzeyi ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu

	0-500 TL (0-1080)		501-750 TL (1081-1550)		751-1100 TL (1551-2170)		1101-1700 TL (2171-3180)		1701 ve üzeri (3180 +)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2016										
Hiç Kullanmadı	801	37,9	1194	40,7	901	47,7	819	46,0	779	50,5
Bir Kez	709	33,6	961	32,8	561	29,7	615	34,5	509	33,0
İki Kez	233	11,0	329	11,2	172	9,1	151	8,5	120	7,8
Üç Kez	134	6,3	169	5,8	107	5,7	71	4,0	50	3,2
Dört Kez	101	4,8	106	3,6	57	3,0	59	3,3	30	1,9
Beş kez ve Daha Fazla	135	6,4	174	5,9	90	4,8	67	3,8	55	3,6
Toplam	2113	100	2933	100	1888	100	1782	100	1543	100
$\chi^2=146,281$; $p<0,001$										

Gelir düzeyine göre katılımcıların aile hekimi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, 0-500TL gelir grubunda olan bireylerin 2008 yılında %78,1'i aile hekimi hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %61, 2012 yılında %58,5, 2014 yılında %43,6 ve 2016 yılında %37,9 olmuştur. 0-500TL gelir grubunda olan katılımcıların aile hekimi hizmetini kullanmayanların sayısının yıllar içerisinde azaldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi en düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmeti kullanım sıklığının gelir düzeyi en yüksek olan katılımcılar göre artış gösterdiği tespit edilmiştir. Yıllar içerisinde bütün gelir gruplarında katılımcıların aile hekimi hizmeti kullanım sıklığının artış gösterdiği saptanmıştır.

Grafik 1. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi

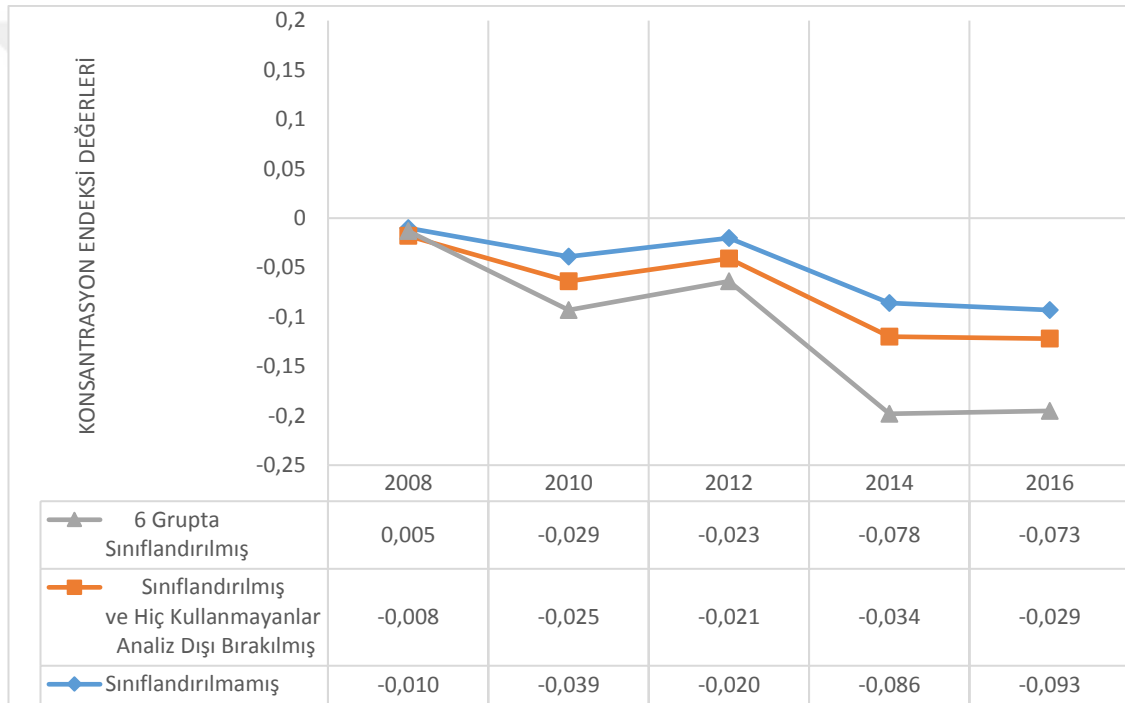


Gelirin aile hekimi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 1’de verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki gelire ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda aile hekimi hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Özellikle 2014 ve 2016 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bu yoğunlaşmanın daha belirgin hale geldiği görülmüştür.

Yıllara göre aile hekimi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının hep negatif değerler aldığı, gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında aile hekimi hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. Aylık gelirin aile hekimi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanımın söz konusu olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu durum gelir düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ile açıklanabilmektedir.

Gelir düzeyine göre katılımcıların uzman hekim hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, 0-500TL gelir grubunda olan bireylerin 2008 yılında %77,1'i uzman hekim hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %62,6, 2012 yılında %55,4, 2014 yılında %45,8 ve 2016 yılında %42,1 olmuştur. 0-500TL gelir grubunda olan katılımcıların uzman hekim hizmetini kullanmayanların sayısının yıllar içerisinde azaldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi en düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanım sıklığının gelir düzeyi en yüksek olan katılımcılara göre artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Grafik 2. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi



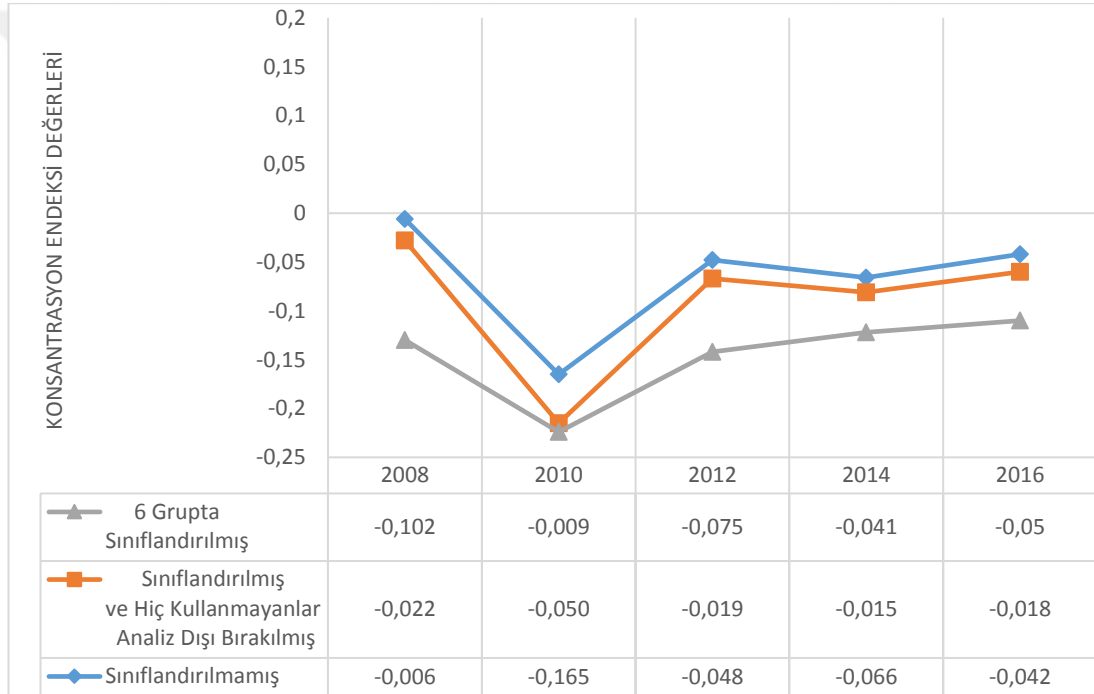
Gelirin uzman hekim hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 2’de verilmiştir. Sağlık hizmeti kullanım sayısı altı grupta sınıflandırıldığında 2008 yılında uzman hekim hizmeti kullanımı çok az da olsa gelir düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında yoğunlaşırken, diğer yıllarda gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı ve sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda uzman hekim hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında

yoğunlaştığı görülmüştür. Özellikle 2014 ve 2016 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bu yoğunlaşmanın daha belirgin hale geldiği görülmüştür.

Yıllara göre uzman hekim hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının hep negatif değerler aldığı, gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında uzman hekim hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. 2008 yılında gelir düzeyi düşük olanlar lehine çok az bir yoğunlaşma varken, yıllar itibarıyla gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda hakkaniyet seviyesinde iyileşme olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Gelir düzeyine göre katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, 0-500TL gelir grubunda olan bireylerin 2008 yılında %59,1'i günübirlik tedavi hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %89,5, 2012 yılında %66,6, 2014 yılında %35,9 ve 2016 yılında %44,4 olmuştur. 0-500TL gelir grubunda 2010 yılında günübirlik tedavi hizmetini hiç kullanmayanların oranı artış gösterirken diğ r yıllarda günübirlik tedavi hizmetini kullanmayanların sayısının azaldığı saptanmıştır.

Grafik 3. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi

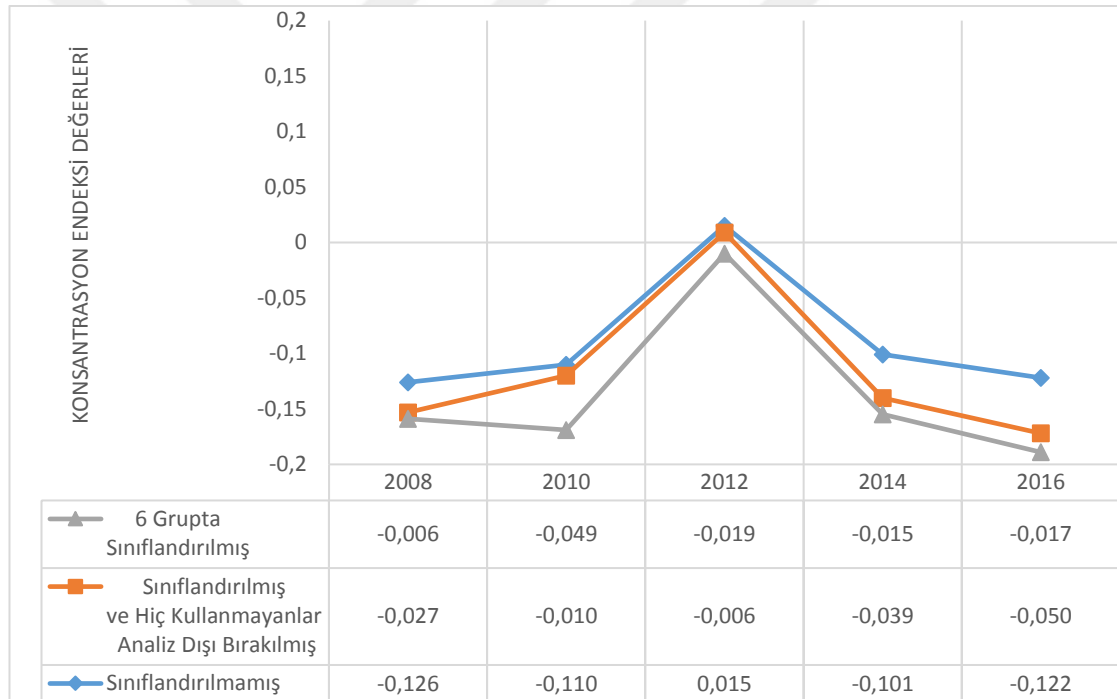


Gelirin günübirlik tedavi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 3'te verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki gelire ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda günübirlik tedavi hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür.

Yıllara göre günöbirlik tedavi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hemde sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının hep negatif değerler aldığı, gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında günöbirlik tedavi hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. 2008 yılında gelir düzeyi düşük olanlar lehine çok az bir yoğunlaşma varken, yıllar itibarıyla gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği ve en yüksek yoğunlaşmanın 2010 yılında olduğu saptanmıştır. Bu durumda hakkaniyet seviyesinde iyileşme olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Gelir düzeyine göre katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, 0-500TL gelir grubunda olan bireylerin 2008 yılında %88,6'sı hastanede yatarak tedavi hizmetlerini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %68,3, 2012 yılında %89,7, 2014 yılında %84,2 ve 2016 yılında %83,7 olmuştur. 0-500TL gelir grubunda 2010 yılında hastanede yatarak tedavi hizmetlerini hiç kullanmayanların oranı azalış gösterirken diğer yıllarda hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanmayanların sayısının arttığı görülmüştür. Gelir düzeyi en düşük olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım sıklığının gelir düzeyi en yüksek olan katılımcılara göre artış gösterdiği saptanmıştır.

Grafik 4. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi

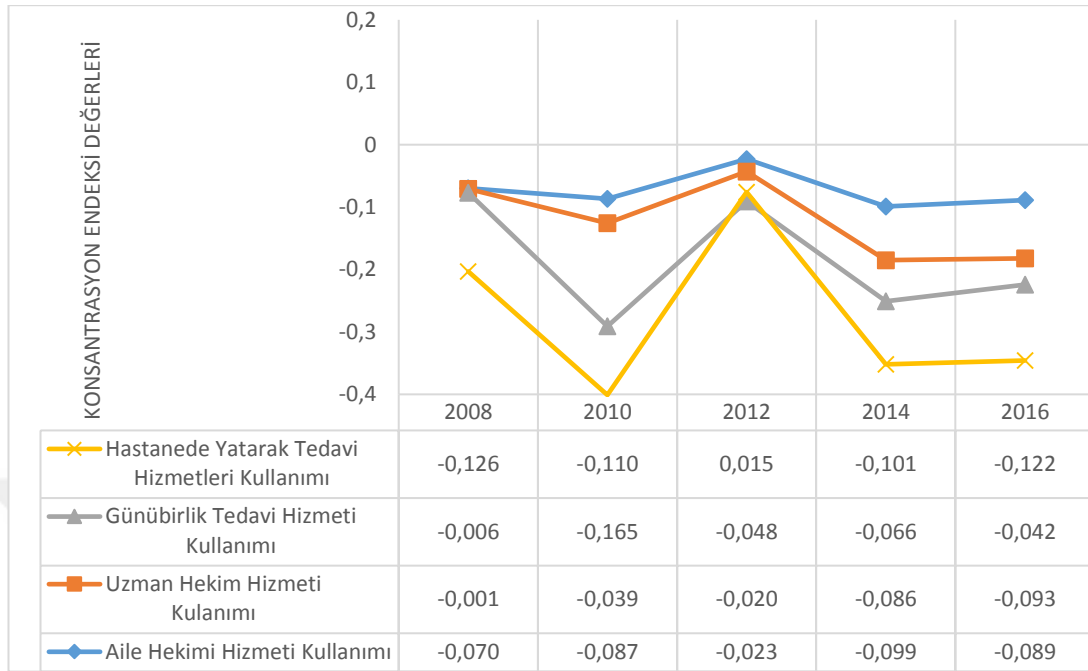


Gelirin hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 4'te verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki gelire ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük

olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Özellikle 2012 yılında belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı grupta 2012 yılında gelir düzeyi yüksek olanlar lehine çok az bir yoğunlaşma varken, diğer yıllarda gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır.

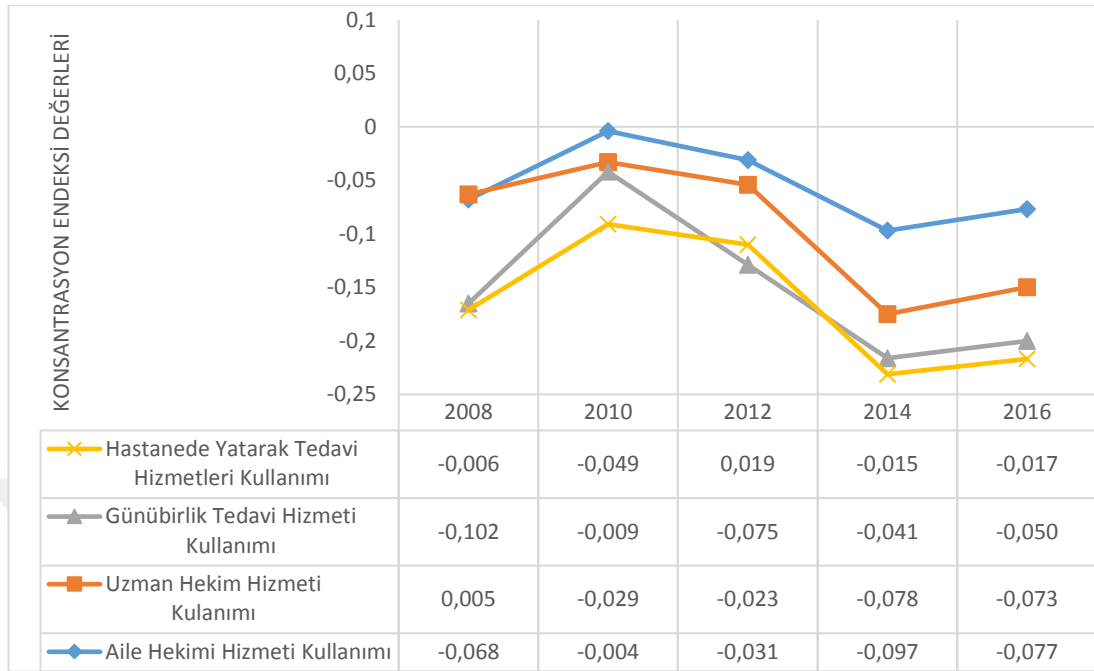
Yıllara göre hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hemde sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, sadece 2012 yılında sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında pozitif değer aldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. Ancak 2012 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısı altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda gelir düzeyi düşük olan katılımcılar lehine çok az bir yoğunlaşma varken, sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı grupta gelir düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının yoğunlaştığı görülmüştür. 2012 yılından sonra gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Grafik 5. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



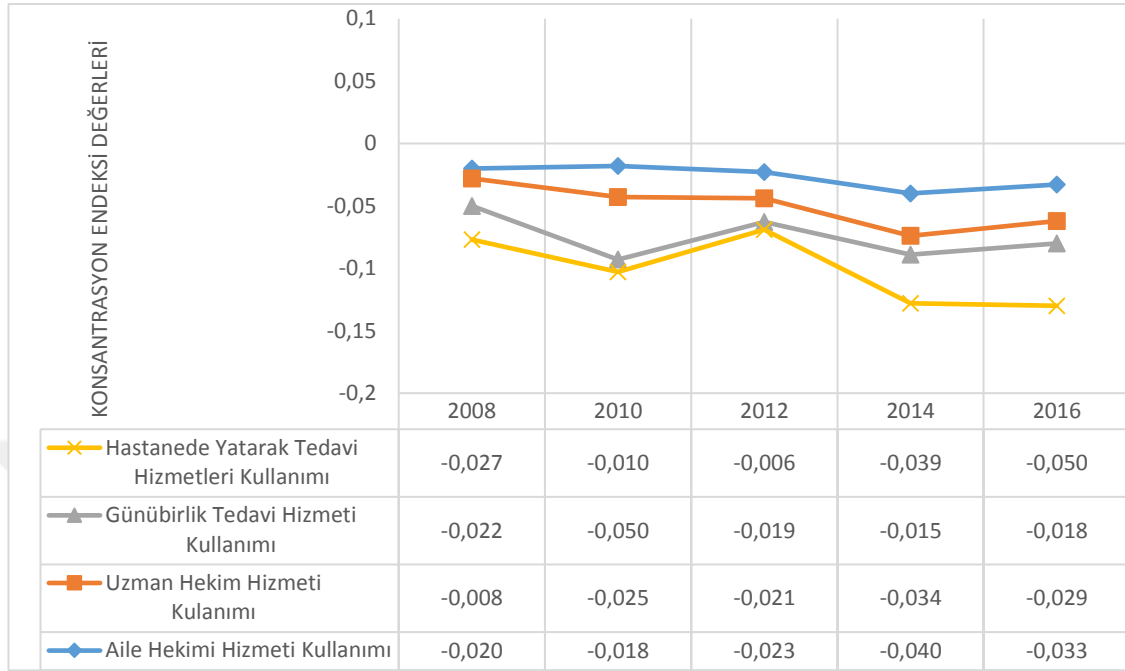
Gelirin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 5’te verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığında konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, sadece 2012 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının pozitif değer aldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında sağlık hizmetleri kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. 2010, 2014 ve 2016 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği ancak 2012 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha az artış gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda hakkaniyetli bir kullanım olduğu ve hakkaniyete iyileşmeler olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Grafik 6. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grupta) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



Gelirin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 6'da verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığında konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, sadece 2012 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının pozitif değer aldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında sağlık hizmetleri kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. 2014 ve 2016 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda hakkaniyetli bir kullanım olduğu ve hakkaniyete iyileşmeler olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Grafik 7. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Gelir Gruplarına Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz Dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



2008-2016 yılları için gelir gruplarına göre seçilen sağlık hizmetleri için hesaplanan konsantrasyon endeksleri Grafik 7’de gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde konsantrasyon endekslerinin sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda genellikle aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaşmayı gösteren tam eşitlik doğrusunun altında yer aldığı görülmektedir. Tahmin edilen gelire yönelik konsantrasyon endeksleri gelirin sağlık hizmetleri kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Bu da bize Türkiye Sağlık Sisteminin gelir açısından dezavantajlı grupları ayırmadığını ve hakkaniyetin gelir açısından sağlandığına işaret etmektedir. Bu bulgulara göre H2: “Türkiye’de yıllara göre, kolaylaştırıcı faktörlerin (gelir için), sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.” şeklinde ifade edilen araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

4.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Eğitimle İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları

Sağlık hizmetlerine ilişkin eğitimle ilgili tanımlayıcı bulgulara Tablo 22, Tablo 23, Tablo 24 ve Tablo 25’te, gelire ilişkin konsantrasyon endeksi değerleri ve grafiklerine Grafik 8, Grafik 9, Grafik 10, Grafik 11, Grafik 12, Grafik 13 ve Grafik 14’te yer verilmiştir.



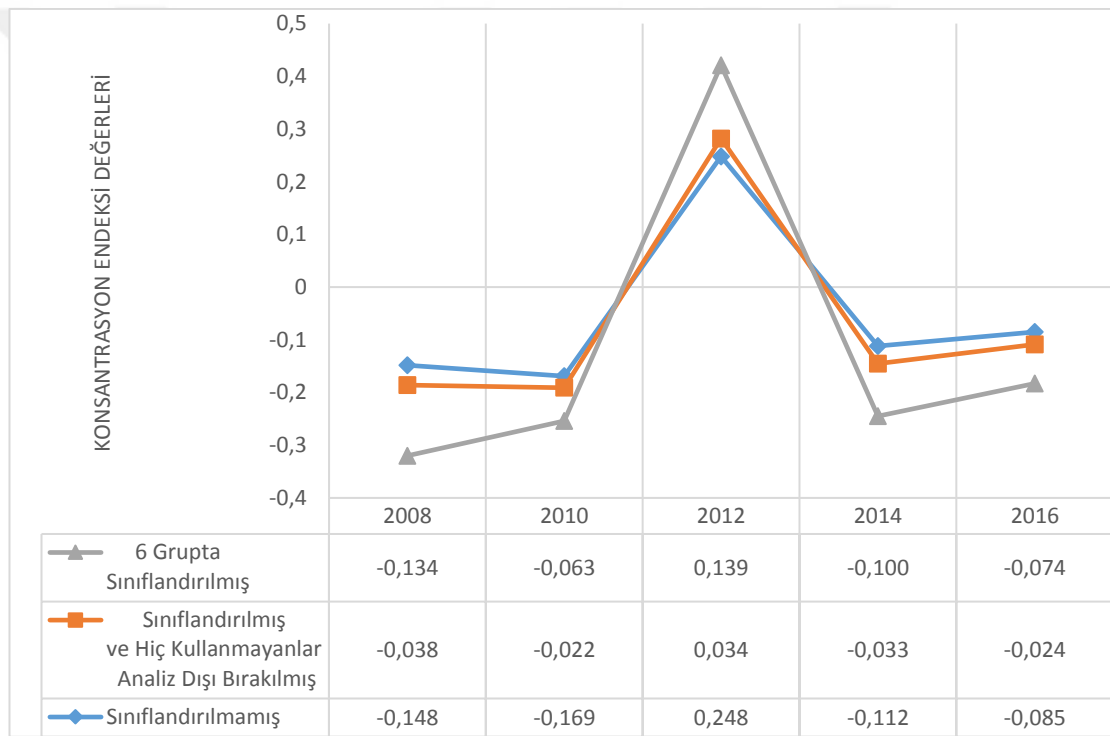
Tablo 22. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu

		Eğitim almamış		İlköğretim		Ortaokul		Lise		Üniversite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı											
2008											
Hiç Kullanmadı	2077	73,4	5519	80,7	953	83,4	2067	84,8	1050	82,8	
Bir Kez	402	14,2	782	11,4	106	9,3	247	10,1	151	11,9	
İki Kez	164	5,8	311	4,5	41	3,6	71	2,9	46	3,6	
Üç Kez	85	3	109	1,6	20	1,7	31	1,3	14	1,1	
Dört Kez	48	1,7	52	0,8	8	0,7	4	0,2	4	0,3	
Beş kez ve Daha Fazla	54	1,9	69	1	15	1,3	18	0,7	3	0,2	
Toplam	2830	100	6842	100	1143	100	2438	100	1268	100	
χ ² =186,838; p<0,001											
2010											
Hiç Kullanmadı	910	57,7	2199	62,1	327	60,1	675	66,8	455	67,2	
Bir Kez	424	26,9	917	25,9	157	28,9	248	24,5	158	23,3	
İki Kez	147	9,3	245	6,9	33	6,1	58	5,7	44	6,5	
Üç Kez	52	3,3	92	2,6	16	2,9	18	1,8	12	1,8	
Dört Kez	20	1,3	43	1,2	6	1,1	4	0,4	2	0,3	
Beş kez ve Daha Fazla	24	1,5	45	1,3	5	0,9	8	0,8	6	0,9	
Toplam	1577	100	3541	100	544	100	1011	100	677	100	
χ ² =52,364; p<0,001											
2012											
Hiç Kullanmadı	1064	53,4	2424	51,8	196	42,9	606	41,6	111	9,3	
Bir Kez	529	26,5	1257	26,8	107	23,4	423	29	712	59,7	
İki Kez	182	9,1	403	8,6	44	9,6	79	5,4	104	8,7	
Üç Kez	76	3,8	204	4,4	29	6,3	62	4,3	13	1,1	
Dört Kez	57	2,9	92	2	13	2,8	37	2,5	11	0,9	
Beş kez ve Daha Fazla	85	4,3	302	6,5	68	14,9	251	17,2	241	20,2	
Toplam	1993	100	4682	100	457	100	1458	100	1192	100	
χ ² =1201,296; p<0,001											
2014											
Hiç Kullanmadı	2496	44,7	1003	54,8	296	57,1	508	61,4	69	63,9	
Bir Kez	1788	32	534	29,2	157	30,3	228	27,6	28	25,9	
İki Kez	588	10,5	148	8,1	43	8,3	55	6,7	5	4,6	
Üç Kez	297	5,3	62	3,4	6	1,2	14	1,7	3	2,8	
Dört Kez	168	3	24	1,3	7	1,4	7	0,8	1	0,9	
Beş kez ve Daha Fazla	251	4,5	58	3,2	9	1,7	15	1,8	2	1,9	
Toplam	5588	100	1829	100	518	100	827	100	108	100	
χ ² =196,742; p<0,001											
2016											
Hiç Kullanmadı	1935	39,4	823	48,5	242	50,4	411	51,1	64	59,3	
Bir Kez	1673	34	528	31,1	139	29	262	32,5	29	26,9	
İki Kez	519	10,6	161	9,5	43	9	59	7,3	6	5,6	
Üç Kez	283	5,8	86	5,1	22	4,6	31	3,9	5	4,6	
Dört Kez	202	4,1	41	2,4	12	2,5	15	1,9	3	2,8	
Beş kez ve Daha Fazla	303	6,2	59	3,5	22	4,6	27	3,4	1	0,9	
Toplam	4915	100	1698	100	480	100	805	100	108	100	
χ ² =121,431; p<0,001											

Eğitim düzeyine göre katılımcıların aile hekimi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, eğitim almamış bireylerin 2008 yılında %73,4'ü aile hekimi

hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %57,7, 2012 yılında %53,4, 2014 yılında %44,7 ve 2016 yılında %39,4 olmuştur. Eğitim almamış bireylerde aile hekimi hizmetini kullanmayanların sayısının yıllar içerisinde azaldığı saptanmıştır. 2012 yılı hariç eğitim almamış katılımcıların aile hekimi hizmeti kullanım sıklığının üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcılara göre artış gösterdiği saptanmıştır. 2012 yılında ise üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların eğitim almamış katılımcılara göre aile hekimi hizmetini daha sık kullandıkları görülmüştür.

Grafik 8. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi



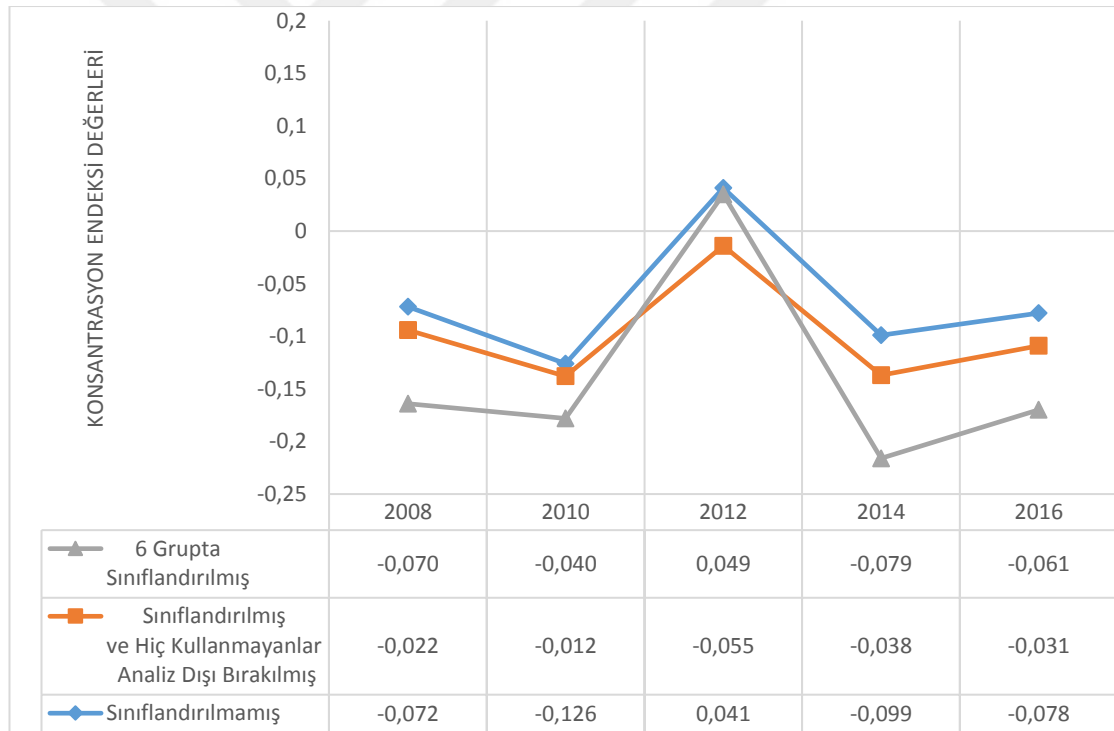
Eğitimin aile hekimi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 8’de verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki eğitime ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda aile hekimi hizmeti kullanımının 2012 yılı hariç eğitim düzeyi düşük olan

katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. 2012 yılında ise eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür.

Yıllara göre aile hekimi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, 2012 yılı hariç aile hekimi hizmeti kullanımının eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. 2012 yılında ise aile hekimi hizmeti kullanımının eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Eğitim düzeyi açısından 2012 yılında adaletsiz bir dağılım söz konusu iken incelenen diğer yıllarda eğitimin aile hekimi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanımın söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ile açıklanabilmektedir.

Eğitim düzeyine göre katılımcıların uzman hekim hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, eğitim almamış bireylerin 2008 yılında %71,2'si uzman hekim hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %58,3, 2012 yılında %50, 2014 yılında %46,9 ve 2016 yılında %44,2 olmuştur. Eğitim almamış bireylerde uzman hekim hizmetini kullanmayanların yıllar içerisinde sayısının azaldığı saptanmıştır. 2012 yılı hariç eğitim almamış katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanım sıklığının üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcılara göre artış gösterdiği tespit edilmiştir. 2012 yılında ise üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların eğitim almamış katılımcılara göre uzman hekim hizmetini daha sık kullandıkları görülmüştür.

Grafik 9. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi



Eğitimin uzman hekim hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 9'da verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki eğitime ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı

durumda uzman hekim hizmeti kullanımının 2012 yılı hariç eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. 2012 yılında ise sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı ve sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı durumda uzman hekim hizmeti kullanımının eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda ise uzman hekim hizmeti kullanımının eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür.

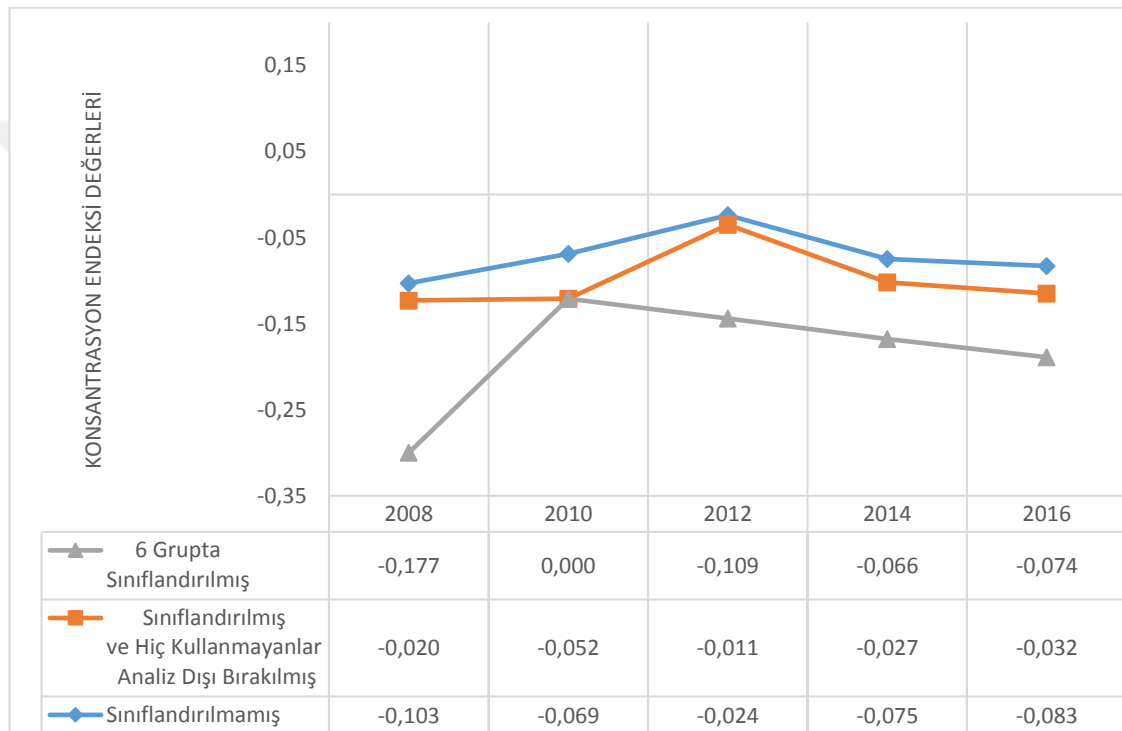
Yıllara göre uzman hekim hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, uzman hekim hizmeti kullanımının 2012 yılı hariç eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Eğitim düzeyi açısından 2012 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı ve sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı durumda adaletsiz bir dağılım söz konusu iken incelenen diğer yıllarda eğitimin uzman hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanımın söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla uzman hekim hizmetine ihtiyaç duyması ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ile açıklanabilmektedir.

Tablo 24. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu

		Eğitim almamış		İlköğretim		Ortaokul		Lise		Üniversite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı											
2008											
Hiç Kullanmadı	1425	53,4	3879	58,5	658	59,2	1467	61,4	714	57,5	
Bir Kez	272	10,2	723	10,9	118	10,6	254	10,6	151	12,2	
İki Kez	202	7,6	459	6,9	81	7,3	173	7,2	95	7,6	
Üç Kez	169	6,3	393	5,9	69	6,2	141	5,9	85	6,8	
Dört Kez	124	4,6	265	4,0	49	4,4	81	3,4	50	4,0	
Beş kez ve Daha Fazla	479	17,9	913	13,8	137	12,3	272	11,4	147	11,8	
Toplam	2671	100	6632	100	1112	100	2388	100	1242	100	
χ²=75,372; p<0,001											
2010											
Hiç Kullanmadı	2390	86,8	6298	91,9	985	91,5	2100	92,1	1370	92,1	
Bir Kez	70	2,5	142	2,1	25	2,3	58	2,5	41	2,8	
İki Kez	48	1,7	82	1,2	13	1,2	33	1,4	29	2,0	
Üç Kez	35	1,3	68	1,0	14	1,3	18	0,8	13	0,9	
Dört Kez	27	1,0	37	0,5	9	0,8	13	0,6	9	0,6	
Beş kez ve Daha Fazla	183	6,6	224	3,3	30	2,8	58	2,5	25	1,7	
Toplam	2753	100	6851	100	1076	100	2280	100	1487	100	
χ²=126,409; p<0,001											
2012											
Hiç Kullanmadı	2775	65,9	8799	69,3	1069	67,4	3303	69,9	2193	68,7	
Bir Kez	345	8,2	1078	8,5	117	7,4	460	9,7	287	9,0	
İki Kez	243	5,8	739	5,8	97	6,1	256	5,4	152	4,8	
Üç Kez	191	4,5	560	4,4	86	5,4	184	3,9	140	4,4	
Dört Kez	160	3,8	373	2,9	56	3,5	129	2,7	102	3,2	
Beş kez ve Daha Fazla	499	11,8	1154	9,1	161	10,2	393	8,3	316	9,9	
Toplam	4213	100	12703	100	1586	100	4725	100	3190	100	
χ²=76,559; p<0,001											
2014											
Hiç Kullanmadı	3047	33,8	1248	37,1	310	35,0	490	33,2	87	36,0	
Bir Kez	1141	12,7	507	15,1	121	13,7	239	16,2	39	16,1	
İki Kez	847	9,4	400	11,9	114	12,9	172	11,7	39	16,1	
Üç Kez	824	9,2	325	9,7	87	9,8	180	12,2	23	9,5	
Dört Kez	596	6,6	191	5,7	54	6,1	90	6,1	12	5,0	
Beş kez ve Daha Fazla	2549	28,3	691	20,6	199	22,5	303	20,6	42	17,4	
Toplam	9004	100	3362	100	885	100	1474	100	242	100	
χ²=159,455; p<0,001											
2016											
Hiç Kullanmadı	3115	40,8	1415	45,6	349	43,0	637	41,8	97	42,4	
Bir Kez	880	11,5	422	13,6	93	11,5	244	16,0	38	16,6	
İki Kez	659	8,6	310	10,0	93	11,5	174	11,4	21	9,2	
Üç Kez	626	8,2	272	8,8	85	10,5	165	10,8	21	9,2	
Dört Kez	481	6,3	145	4,7	44	5,4	71	4,7	19	8,3	
Beş kez ve Daha Fazla	1881	24,6	542	17,5	147	18,1	233	15,3	33	14,4	
Toplam	7642	100	3106	100	811	100	1524	100	229	100	
χ²=180,799; p<0,001											

Eğitim düzeyine göre katılımcıların gününbirlik tedavi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, eğitim almamış bireylerin 2008 yılında %53,4'ü gününbirlik tedavi hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %86,8, 2012 yılında %65,9, 2014 yılında %33,8 ve 2016 yılında %40,8 olmuştur.

Grafik 10. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Gününbirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi



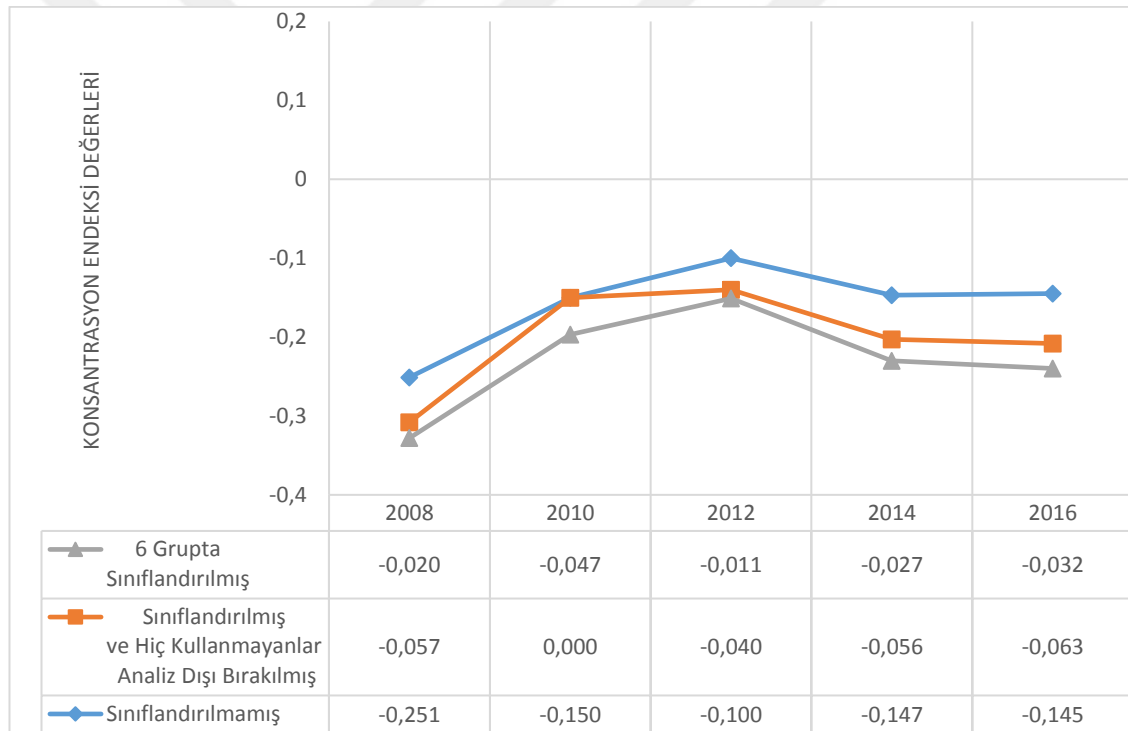
Eğitimin gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 10'da verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki eğitime ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda gününbirlik tedavi hizmeti kullanımının eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sadece 2010 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının

altı grupta sınıflandırıldığı durumda günübirlik tedavi hizmeti kullanımının eēitim düzeyine göre herhangi bir farklılık g stermediēi saptanmıştır.

Yıllara göre günübirlik tedavi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eēitim açısından bakıldığı zaman saēlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem saēlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de saēlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif deēerler aldığı, günübirlik tedavi hizmeti kullanımının eēitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoēunlařtığı görülmüştür. Eēitim düzeyi açısından incelenen tüm yıllarda eēitimin günübirlik tedavi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediēi ve hakkaniyetli bir kullanımın söz konusu olduēu sonucuna saptanmıştır.

Eğitim düzeyine göre katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, eğitim almamış bireylerin 2008 yılında %86,9'u hastanede yatarak tedavi hizmetlerini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %65,6, 2012 yılında %87,7, 2014 yılında %85,3 ve 2016 yılında %85,2 olmuştur. 2010 yılında eğitim almamış bireylerde hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanmayanların sayısının azaldığı, diğer yıllarda ise bu oranın yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim almamış katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım sıklığının üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcılara göre artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Grafik 11. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi

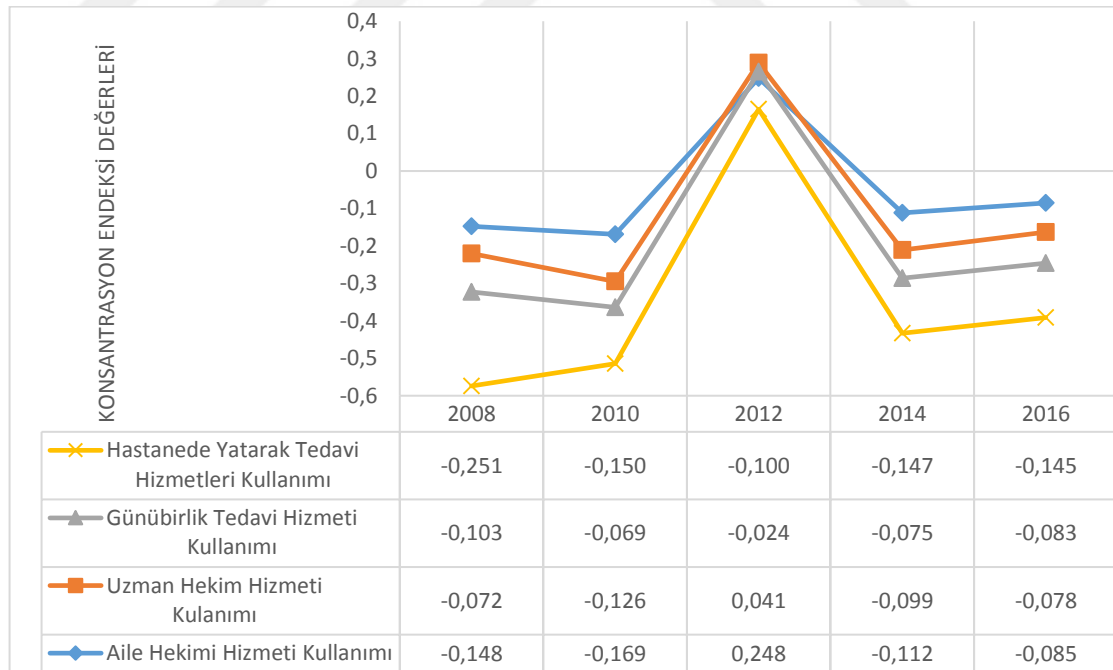


Eğitimin hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 11’de verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki eğitime ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının eğitim düzeyi

düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sadece 2010 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda hastane yatarak tedavi hizmetleri kullanımının eğitim düzeyine göre herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Yıllara göre hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hemde sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Eğitim düzeyi açısından incelenen tüm yıllarda eğitimin hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanımın söz konusu olduğu sonucuna saptanmıştır. Bu durum eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla hastalanması ile açıklanabilmektedir.

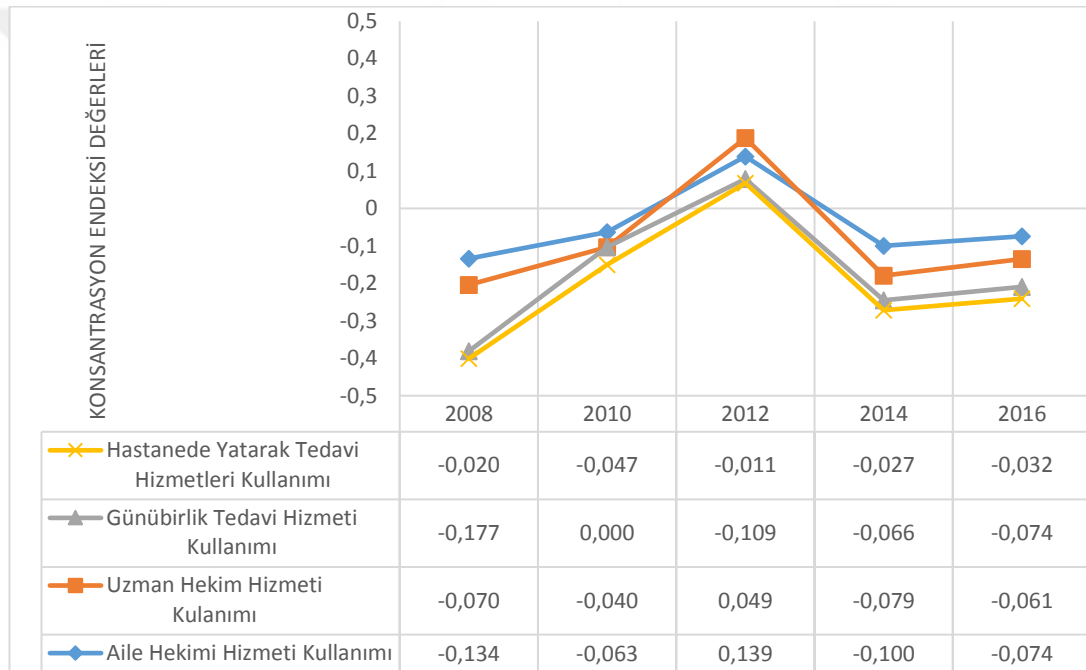
Grafik 12. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



Eğitimin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 12’de verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete eğitim açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti

kullanım sayısı sınıflandırılmadığında konsantrasyon endeksi katsayılarının negatif değerler aldığı, sadece aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımının pozitif değerler aldığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında sağlık hizmetleri kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre eğitimin 2010 yılında aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil ettiğini ancak incelenen diğer yıllarda hakkaniyetli bir kullanım olduğu ve hakkaniyete iyileşmeler olduğu sonucuna ulaşılabilir.

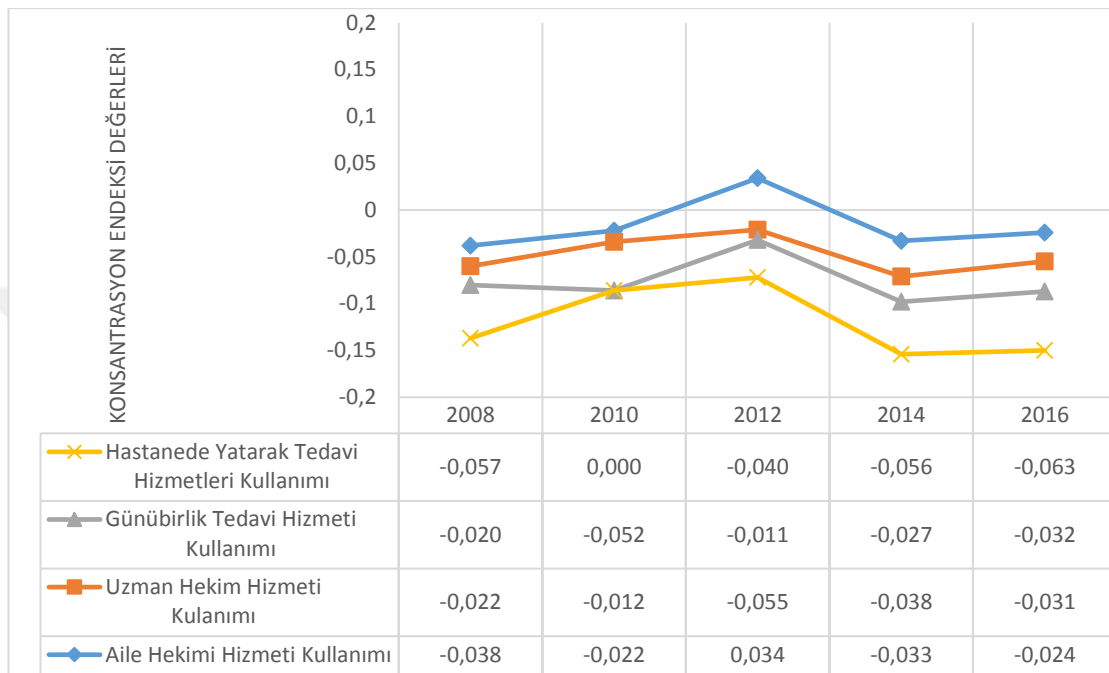
Grafik 13. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grup) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



Eğitimin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 13'te verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete eğitim açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısı altı grupta sınıflandırıldığında konsantrasyon endeksi katsayılarının genellikle negatif değerler aldığı ve eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Fakat 2010 yılında günübirlik tedavi hizmeti kullanımının eğitim düzeyine göre herhangi bir farklılık göstermediği, 2012 yılında ise eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre eğitimin 2012 yılında aile hekimi ve uzman

hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil ettiği ancak incelenen diğer yıllarda hakkaniyetli bir kullanım olduğu ve hakkaniyete iyileşmeler olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Grafik 14. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz Dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



2008-2016 yılları için eğitim düzeylerine göre seçilen sağlık hizmetleri için hesaplanan konsantrasyon endeksleri Grafik 14'te gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde konsantrasyon endekslerinin sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda genellikle eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaşmayı gösteren tam eşitlik doğrusunun altında yer aldığı görülmektedir. Fakat 2010 yılında hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımının eğitim düzeyine göre herhangi bir farklılık göstermediği, 2012 yılında ise eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında aile hekimi hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. Tahmin edilen eğitime yönelik konsantrasyon endeksleri eğitimin sağlık hizmetleri kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre eğitimin 2012 yılında aile hekimi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil ettiği ancak incelenen

diğer yıllarda hakkaniyetli bir kullanım olduğu ve hakkaniyete iyileşmeler olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Bu da bize Türkiye Sağlık Sisteminin eğitim açısından 2012 yılında aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımı hariç dezavantajlı grupları ayırmadığını ve hakkaniyetin eğitim düzeyi açısından sağlandığına işaret etmektedir. Bu bulgulara göre H1: “Türkiye’de yıllara göre, eğilim faktörlerinin, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.” şeklinde ifade edilen araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

4.3.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Hastalık Sayısıyla İlişkili Tanımlayıcı ve Konsantrasyon Endeksi Bulguları

Sağlık hizmetlerine ilişkin hastalık sayısı ile ilgili tanımlayıcı bulgulara Tablo 26, Tablo 27, Tablo 28 ve Tablo 29’da, hastalık sayısına ilişkin konsantrasyon endeksi değerleri ve grafiklerine Grafik 15, Grafik 16, Grafik 17, Grafik 18, Grafik 19, Grafik 20 ve Grafik 21’de yer verilmiştir.

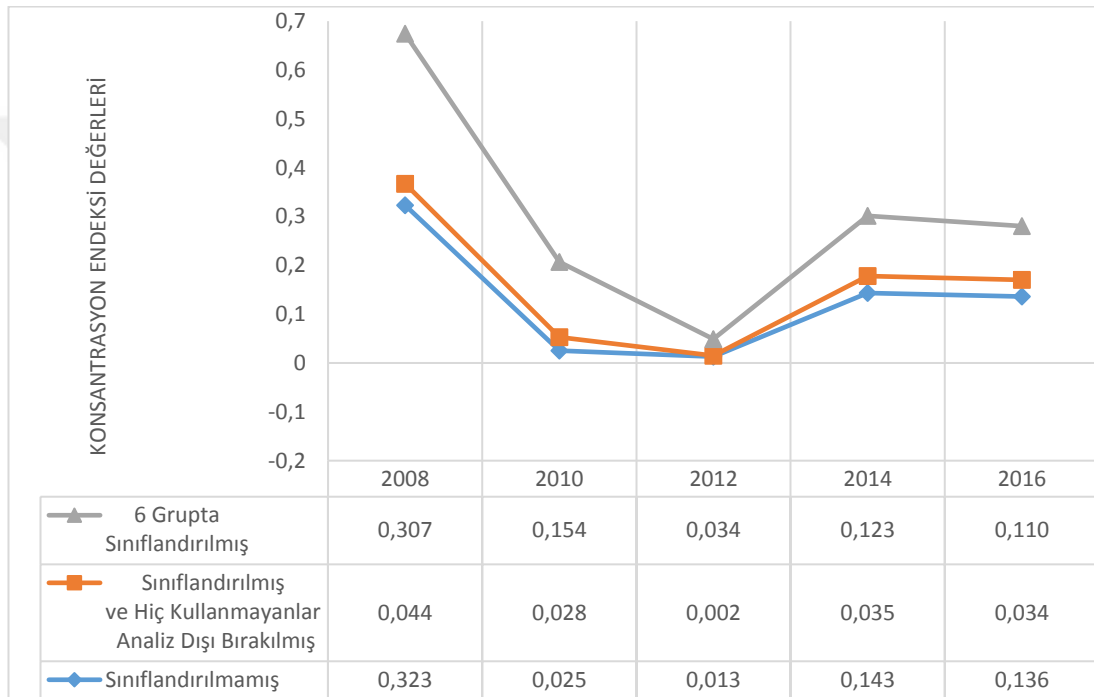
Tablo 26. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 4 Hafta İçerisinde Aile Hekimi/Pratisyen Hekim Hizmetini Kullanma Durumu

	Hiç Hastalık Yok		1 Hastalık		2 Hastalık		3 Hastalık		4 Hastalık		5 Hastalık ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı												
2008												
Hiç Kullanmadı	4667	91,1	2087	81	1665	78,4	851	74,8	703	72,9	1693	65,3
Bir Kez	307	6	321	12,5	289	13,6	162	14,2	159	16,5	450	17,3
İki Kez	91	1,8	104	4	95	4,5	62	5,5	59	6,1	222	8,6
Üç Kez	35	0,7	28	1,1	36	1,7	30	2,6	19	2	111	4,3
Dört Kez	9	0,2	16	0,6	19	0,9	12	1,1	11	1,1	49	1,9
Beş kez ve Daha Fazla	16	0,3	22	0,9	19	0,9	20	1,8	13	1,3	69	2,7
Toplam	5125	100	2578	100	2123	100	1137	100	964	100	2594	100
$\chi^2=899,404; p<0,001$												
2010												
Hiç Kullanmadı	1631	73,5	1156	63,2	644	57,1	426	56,3	246	52,9	463	48,5
Bir Kez	437	19,7	481	26,3	345	30,6	225	29,8	140	30,1	276	28,9
İki Kez	92	4,1	107	5,9	81	7,2	68	9,0	44	9,5	135	14,1
Üç Kez	31	1,4	49	2,7	24	2,1	21	2,8	22	4,7	43	4,5
Dört Kez	8	0,4	16	0,9	17	1,5	9	1,2	9	1,9	16	1,7
Beş kez ve Daha Fazla	19	0,9	20	1,1	16	1,4	7	0,9	4	0,9	22	2,3
Toplam	2218	100,0	1829	100,0	1127	100,0	756	100,0	465	100,0	955	100,0
$\chi^2=317,133; p<0,001$												
2012												
Hiç Kullanmadı	2966	47,5	930	42,4	302	39,2	109	34,5	52	36,1	42	35
Bir Kez	1833	29,4	742	33,8	266	34,5	113	35,8	45	31,3	29	24,2
İki Kez	503	8,1	186	8,5	69	9	33	10,4	14	9,7	7	5,8
Üç Kez	224	3,6	100	4,6	35	4,5	12	3,8	7	4,9	6	5
Dört Kez	125	2	45	2,1	26	3,4	8	2,5	2	1,4	4	3,3
Beş kez ve Daha Fazla	587	9,4	191	8,7	72	9,4	41	13	24	16,7	32	26,7
Toplam	6238	100	2194	100	770	100	316	100	144	100	120	100
$\chi^2=115,252; p<0,001$												
2014												
Hiç Kullanmadı	2029	59,5	1221	52,7	830	47,6	563	44,3	364	40,3	553	36,7
Bir Kez	887	26	713	30,8	596	34,2	430	33,8	337	37,3	501	33,2
İki Kez	274	8	212	9,2	150	8,6	124	9,7	86	9,5	184	12,2
Üç Kez	98	2,9	69	3	67	3,8	59	4,6	45	5	117	7,8
Dört Kez	55	1,6	42	1,8	31	1,8	30	2,4	28	3,1	65	4,3
Beş kez ve Daha Fazla	68	2	58	2,5	69	4	66	5,2	44	4,9	88	5,8
Toplam	3411	100	2315	100	1743	100	1272	100	904	100	1508	100
$\chi^2=398,668; p<0,001$												
2016												
Hiç Kullanmadı	1677	52,7	1049	46,6	694	42,3	419	38	270	34,6	385	29,6
Bir Kez	912	28,7	712	31,6	551	33,6	401	36,4	274	35,1	505	38,8
İki Kez	304	9,6	196	8,7	147	9	109	9,9	81	10,4	168	12,9
Üç Kez	147	4,6	117	5,2	90	5,5	51	4,6	53	6,8	73	5,6
Dört Kez	68	2,1	73	3,2	63	3,8	47	4,3	42	5,4	60	4,6
Beş kez ve Daha Fazla	72	2,3	105	4,7	97	5,9	76	6,9	61	7,8	110	8,5
Toplam	3180	100	2252	100	1642	100	1103	100	781	100	1301	100
$\chi^2=341,561; p<0,001$												

Hastalık sayısına göre katılımcıların aile hekimi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, hiç hastalığı olmayan bireylerin 2008 yılında %91,1'i aile hekimi

hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %73,5, 2012 yılında %47,5, 2014 yılında %59,5 ve 2016 yılında %52,7 olmuştur. Hiç hastalığı olmayan bireylerde aile hekimi hizmetini kullanmayanların yıllar içerisinde sayısının azaldığı saptanmıştır. Hiç hastalığı olmayan katılımcıların aile hekimi kullanım sıklığının 5 hastalık ve üzeri olan katılımcılara göre azaldığı görülmüştür.

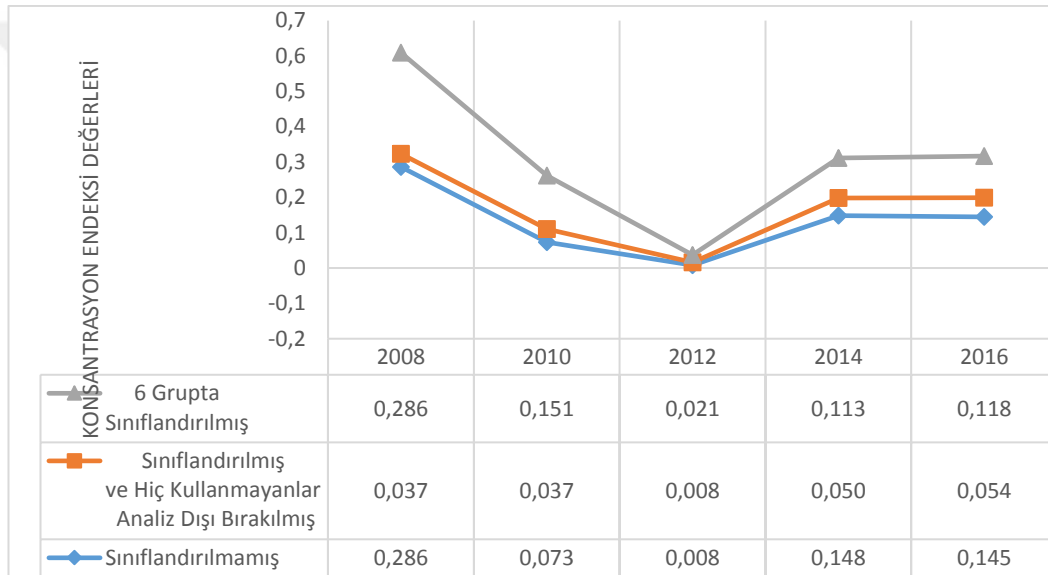
Grafik 15. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Aile Hekimi Hizmeti Kullanım Eğrisi



Hastalık sayısının aile hekimi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 15'te verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki hastalık sayısına ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı, hastalık sayısı arttıkça aile hekimi hizmeti kullanımının hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Hastalık sayısı açısından incelenen tüm yıllarda hastalık sayısı artan katılımcıların ihtiyaç duydukları hizmeti aldıkları ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaştırabilmektedir.

Hastalık sayısına göre katılımcıların uzman hekim hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, hiç hastalığı olmayan bireylerin 2008 yılında %88,7'si uzman hekim hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %72,3, 2012 yılında %38,7, 2014 yılında %56,1 ve 2016 yılında %53,6 olmuştur. Hiç hastalığı olmayan bireylerde uzman hekim hizmetini kullanmayanların yıllar içerisinde özellikle 2012 yılında sayısının azaldığı saptanmıştır. Hiç hastalığı olmayan katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanım sıklığının 5 hastalık ve üzeri olan katılımcılara göre azaldığı görülmüştür.

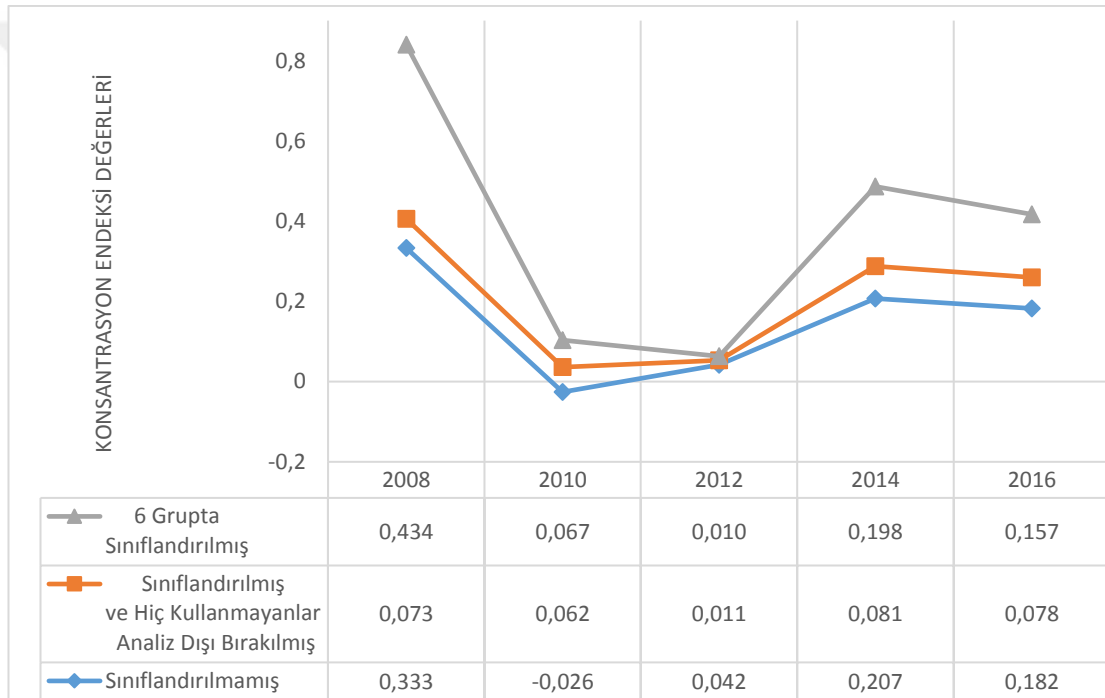
Grafik 16. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Uzman Hekim Hizmeti Kullanım Eğrisi



Hastalık sayısının uzman hekim hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 16'da verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki hastalık sayısına ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı, hastalık sayısı arttıkça uzman hekim hizmeti kullanımının hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Hastalık sayısı açısından incelenen tüm yıllarda hastalık sayısı artan katılımcıların ihtiyaç duydukları hizmeti aldıkları ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaştırabilmektedir.

Hastalık sayısına göre katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, hiç hastalığı olmayan bireylerin 2008 yılında %74,2'si günübirlik tedavi hizmetini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %95,3, 2012 yılında %69,5, 2014 yılında %48,1 ve 2016 yılında %55,7 olmuştur. 2010 yılı hariç diğ r yıllarda hiç hastalığı olmayan bireylerde günübirlik tedavi hizmetini kullanmayanların sayısının azaldığı saptanmıştır. Hiç hastalığı olmayan katılımcıların günübirlik tedavi hizmeti kullanım sıklığının 5 hastalık ve üzeri olan katılımcılara göre azaldığı görülmüştür.

Grafik 17. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanım Eğrisi



Hastalık sayısının günübirlik tedavi hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 16'da verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki hastalık sayısına ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı, hastalık sayısı arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanımının hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sadece 2010 yılında

sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı grupta konsantrasyon endeksi katsayısının negatif değer aldığı ve hastalık sayısı az olan katılımcılar arasında gününbirlik tedavi hizmeti kullanımının yoğunlaştığı görülmüştür. Hastalık sayısı açısından incelenen tüm yıllarda hastalık sayısı artan katılımcıların ihtiyaç duydukları hizmeti aldıkları ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaştırabilmektedir.

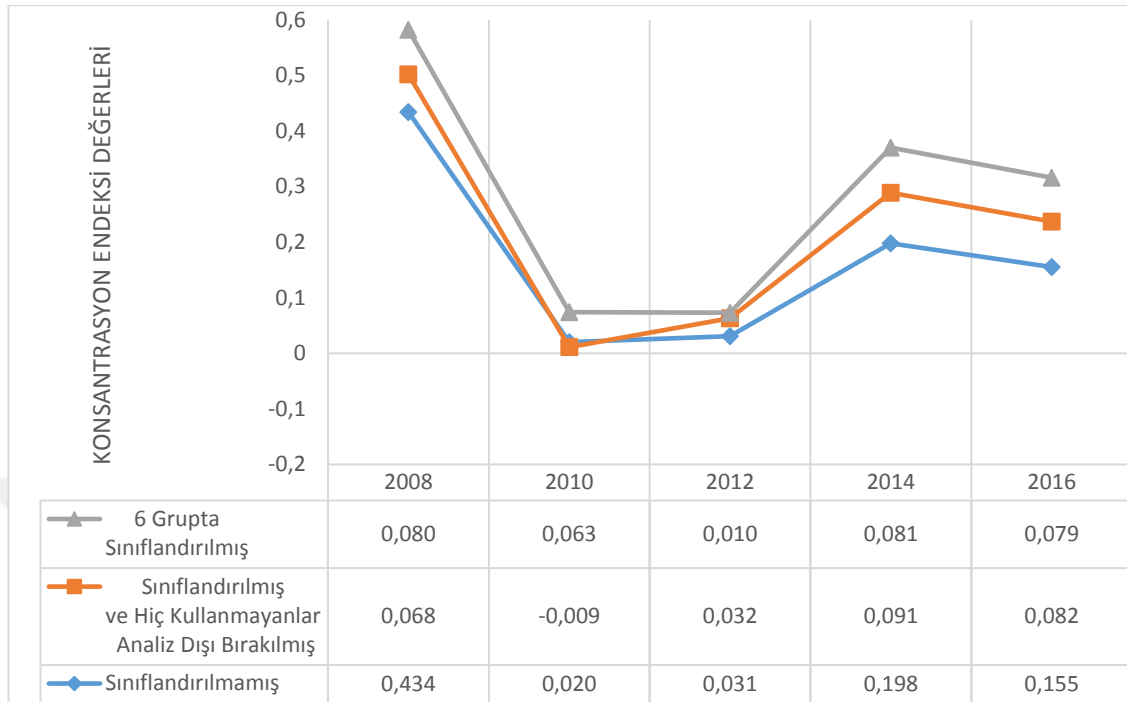


Tablo 29. (Devam) Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına ve Yıllara Göre Son 12 ay içerisinde Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu

	Hiç Hastalık Yok		1 Hastalık		2 Hastalık		3 Hastalık		4 Hastalık		5 Hastalık ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2016												
Hiç Kullanmadı	6326	93,4	3416	89,5	2091	85,7	1301	83,9	817	79,5	1177	72,0
Bir Kez	193	2,8	149	3,9	119	4,9	77	5,0	41	4,0	89	5,4
İki Kez	102	1,5	71	1,9	49	2,0	33	2,1	31	3,0	62	3,8
Üç Kez	52	0,8	31	0,8	33	1,4	28	1,8	21	2,0	51	3,1
Dört Kez	21	0,3	25	0,7	22	0,9	10	0,6	14	1,4	23	1,4
Beş kez ve Daha Fazla	78	1,2	124	3,2	126	5,2	102	6,6	104	10,1	233	14,3
Toplam	6772	100	3816	100	2440	100	1551	100	1028	100	1635	100
$\chi^2=896,822$; $p<0,001$												

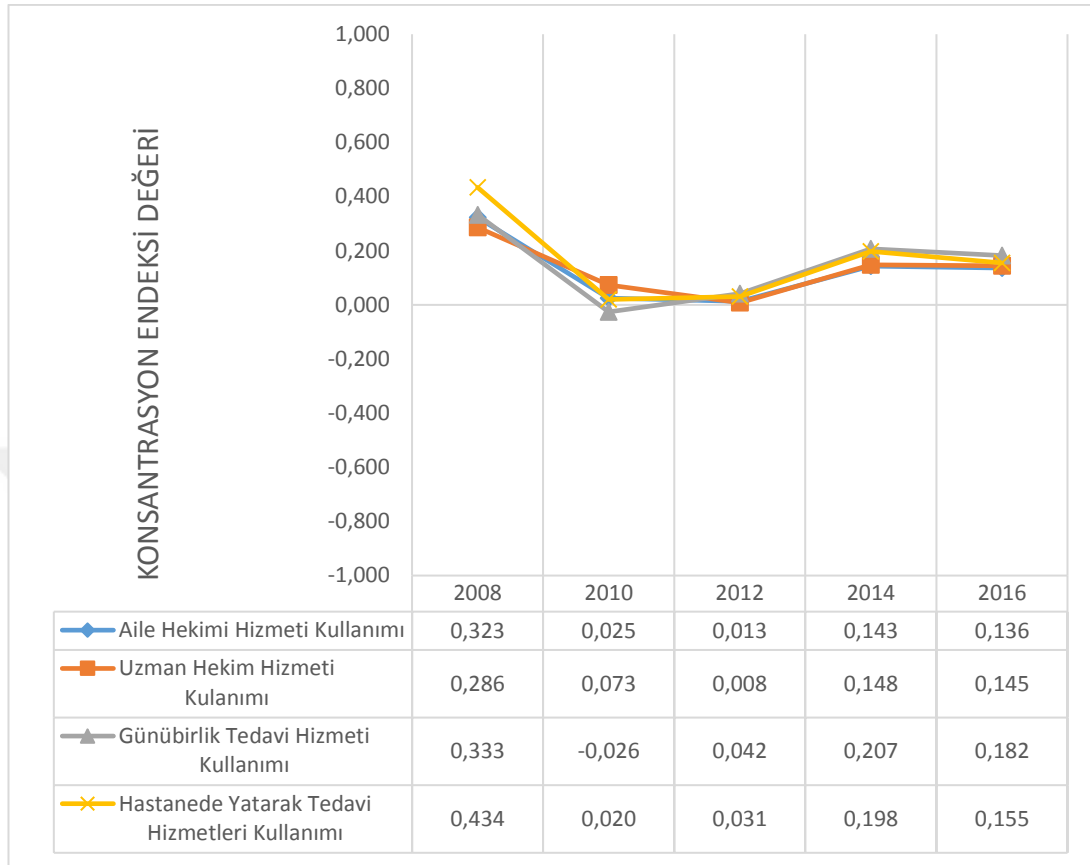
Hastalık sayısına göre katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma durumları yıllara göre incelendiğinde, hiç hastalığı olmayan bireylerin 2008 yılında %95,6'sı hastanede yatarak tedavi hizmetlerini hiç kullanmamış iken bu oran 2010 yılında %79,1, 2012 yılında %91,9, 2014 yılında %93,1 ve 2016 yılında %93,4 olmuştur. 2010 yılı hariç diğer yıllarda hiç hastalığı olmayan bireylerde hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanmayanların sayısının arttığı saptanmıştır. Hiç hastalığı olmayan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım sıklığının 5 hastalık ve üzeri olan katılımcılara göre azaldığı görülmüştür.

Grafik 18. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanım Eğrisi



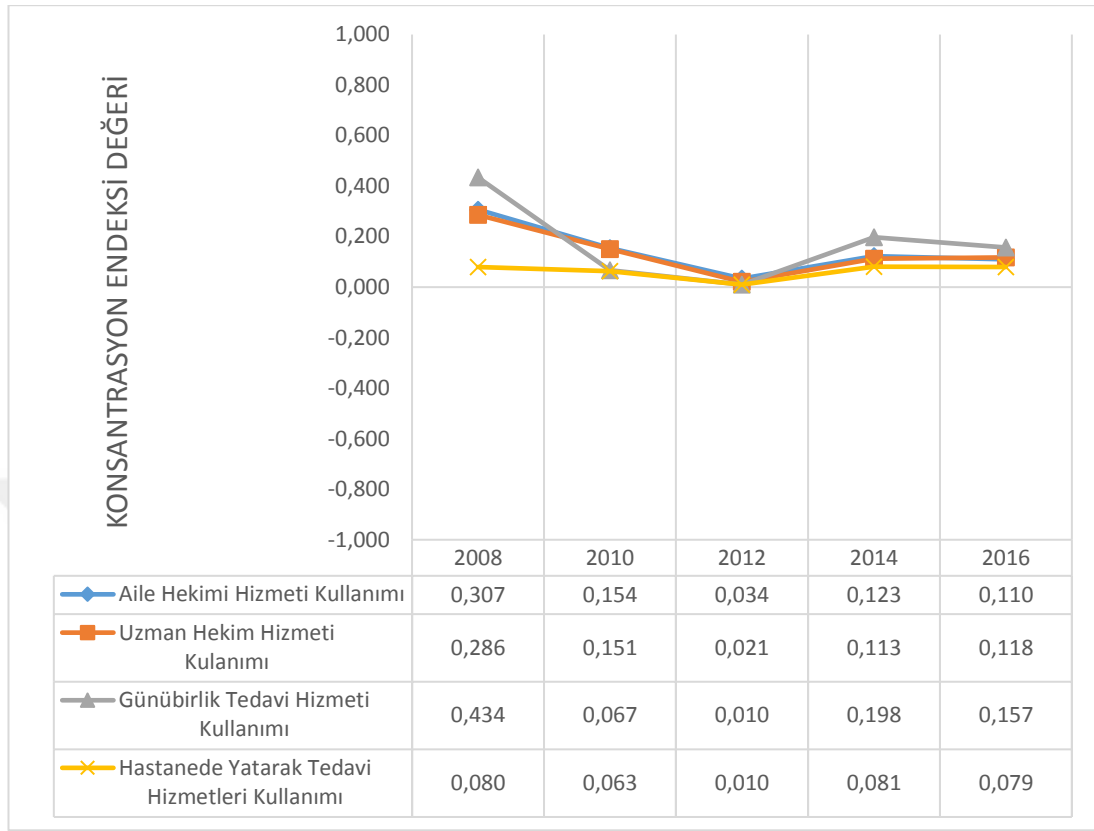
Hastalık sayısının hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 18’de verilmiştir. Yıllar itibarı ile sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki hastalık sayısına ilişkin konsantrasyon endeksi bulguları incelendiğinde sağlık hizmeti kullanım sayısının sınıflandırılmadığı, hem sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı hem de sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı, hastalık sayısı arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Sadece 2010 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda konsantrasyon endeksi katsayısının negatif değer aldığı ve hastalık sayısı az olan katılımcılar arasında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının yoğunlaştığı görülmüştür. Hastalık sayısı açısından incelenen tüm yıllarda hastalık sayısı artan katılımcıların ihtiyaç duydukları hizmeti aldıkları ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaştırabilmektedir.

Grafik 19. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmamış Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



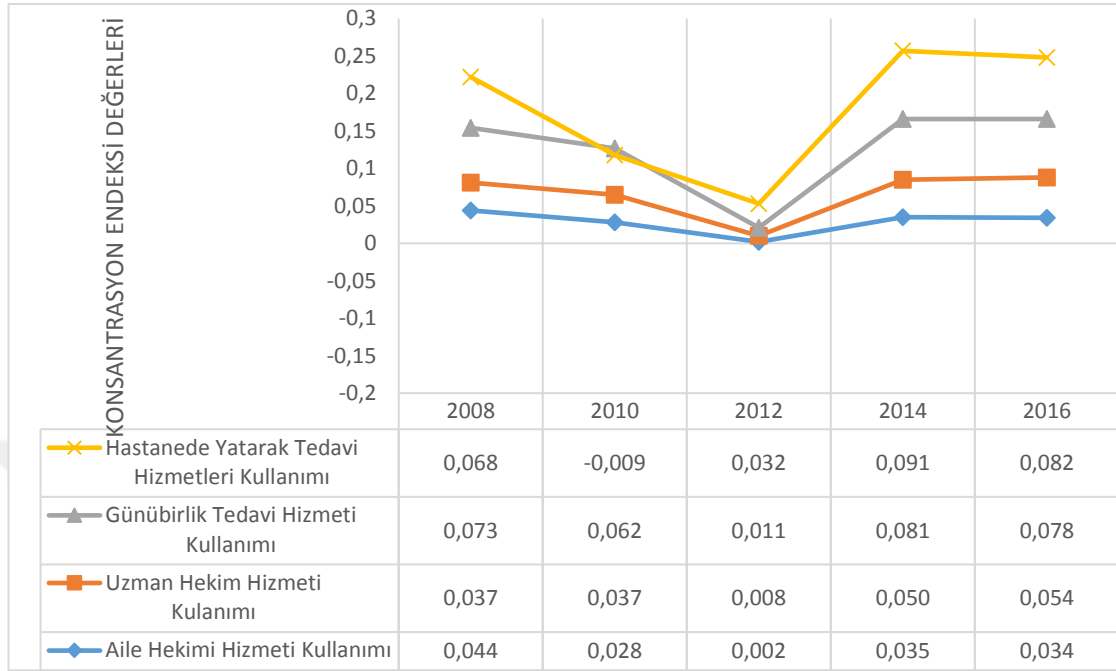
Hastalık sayısının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 19’da verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete hastalık sayısı açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısı sınıflandırılmadığında konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı, sadece 2010 yılında günübirlik tedavi hizmeti kullanımının negatif değer aldığı saptanmıştır. Hastalık sayısı yüksek olan katılımcılar arasında sağlık hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır. İncelenen yıllarda hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Grafik 20. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmış Gruplarda (Altı Grup) Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



Hastalık sayısının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak için konsantrasyon endeksleri hesaplanmış ve sonuçlar Grafik 20’de verilmiştir. Yıllara göre sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyete gelir grupları açısından bakıldığı zaman sağlık hizmeti kullanım sayısı altı grupta sınıflandırıldığında konsantrasyon endeksi katsayılarının pozitif değerler aldığı saptanmıştır. Hastalık sayısı yüksek olan katılımcılar arasında sağlık hizmeti kullanımının daha fazla yoğunlaştığı fakat 2012 yılında hastalık sayısı yüksek olan katılımcılar arasındaki yoğunlaşmanın daha az artış gösterdiği saptanmıştır. İncelenen yıllarda hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Grafik 21. Türkiye Sağlık Araştırmasına Katılan Bireylerin Hastalık Sayısına Göre Sınıflandırılmış ve Hiç Kullanmayanların Analiz dışı Bırakıldığı Gruplarda Sağlık Hizmeti Kullanım Eğrisi



2008 ve 2016 yılları için hastalık sayısına göre seçilen sağlık hizmetleri için hesaplanan konsantrasyon endeksleri Grafik 21’de gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde konsantrasyon endekslerinin sağlık hizmeti kullanım sayısının altı grupta sınıflandırıldığı ve hiç kullanmayan katılımcıların analiz dışı bırakıldığı durumda genellikle hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaşmayı gösteren tam eşitlik doğrusunun üstünde yer aldığı görülmektedir. Tahmin edilen hastalık sayısına yönelik konsantrasyon endeksleri hastalık sayısının sağlık hizmetleri kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Bu bulgular bize Türkiye Sağlık Sisteminin hastalık sayısı açısından dezavantajlı grupları ayırmadığını ve hakkaniyetin hastalık sayısı açısından sağlandığına işaret etmektedir. Bu bulgulara göre H3: “Türkiye’de yıllara göre, ihtiyaç faktörlerinin, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.” şeklinde ifade edilen araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Türkiye Sağlık Sisteminin gelir, eğitim ve hastalık sayısı açısından hakkaniyetin sağlandığına ve yıllar içerisinde hakkaniyet seviyesinde iyileşmeler olduğuna işaret

etmektedir. Bu bulgulara dayanarak H4: “Türkiye’de yıllara göre, bu çalışma kapsamında değerlendirilen sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet seviyesinde iyileşme vardır.” şeklinde ifade edilen araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Hipotezlerin yıllara göre kabul/ret durumlarına ilişkin bilgiler Ek 6’da bulunan tabloda yer almaktadır.

4.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI GÖSTEREN DEĞİŞKENLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN REGRESYON BULGULARI

2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılına ait sağlık hizmetleri kullanımını gösteren değişkenleri etkileyen faktörlere ilişkin regresyon bulgularına Tablo 30, Tablo 31, Tablo 32, Tablo 33 ve Tablo 34’te yer verilmiştir.

Tablo 30. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2008)

	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı			Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı			Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı			Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı		
	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t
(Constant)	-0,102	0,040	-2,555	-,298	,043	-6,883	-,181	,084	-2,137	-,060	,030	-2,013
Eğilim Faktörleri												
Yaş	0,017	0,006	2,969*	,004	,006	,624	-,049	,012	-3,979*	-,001	,004	-,151
Medeni Durum												
Evli	Referans			Referans			Referans			Referans		
Bekâr	-0,006	0,020	-0,314	-,046	,022	-2,108*	-,225	,042	-5,310*	-,041	,015	-2,691*
Eşi Ölmüş	0,037	0,032	1,132	-,012	,035	-,353	-,031	,069	-,447	-,005	,024	-,195
Boşanmış	0,036	0,055	0,653	,139	,060	*2,322	-,059	,118	-,502	,030	,041	,728
Cinsiyet												
Erkek	Referans			Referans			Referans			Referans		
Kadın	0,100	0,015	6,778*	,112	,016	6,999*	,262	,031	8,386*	-,005	,011	-,475
Eğitim	-0,009	0,010	-0,921	,019	,011	1,768	,040	,021	1,875	-,007	,008	-,887
Kolaylaştırıcı Faktörler												
Sosyal Güvence Durumu												
GSS	Referans			Referans			Referans			Referans		
Sosyal Güvence Diğer	-0,140	0,021	-6,773*	-,172	,022	-7,695*	-,554	,043	-12,744*	-,066	,016	-4,275*
Aylık Gelir	-0,008	0,006	-1,367	,026	,006	4,108*	,057	,012	4,632*	-,006	,004	-1,452
İhtiyaç Faktörleri												
Genel Sağlık Durumu	0,121	0,010	11,758*	,190	,011	17,159*	,449	,022	20,625*	,097	,008	12,649*
Hastalık Sayısı	0,057	0,004	12,726*	,060	,005	12,432*	,166	,010	17,423*	,021	,003	6,315*
	R=0,268 R²=0,072 F=111,521*			R=0,292 R²=0,085 F=33,645*			R=0,362 R²=0,131 F=209,985*			R=0,191 R²=0,037 F=54,947*		

*p<0,005

Tablo 30’da 2008 yılı için sağlık hizmetleri kullanımının önemli belirleyicileri Anderson Modeli’nde yer alan üç ana kategoride (eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri) gruplanarak ve çok değişkenli regresyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Çok değişkenli regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve aile hekimi hizmeti kullanımı için modelde kullanılan değişkenlerin toplam varyansın %7’sini, uzman hekim hizmeti için %8’ini, gününbirlik tedavi hizmeti için %13’ünü ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı için varyansın %3’ünü açıkladığı belirlenmiştir. Eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Artan yaş ile birlikte aile hekimi hizmeti kullanım eğilimi artarken, gününbirlik tedavi hizmeti kullanım eğilimi azalma göstermiştir. Kadın olmanın aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını arttırdığı görülmüştür. Medeni duruma bakıldığında ise bekâr olmak uzman hekim hizmeti, gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Eğitimin sağlık hizmetleri kullanımına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Sosyal güvence durumu ve aylık gelir, kolaylaştırıcı faktörler olarak regresyon analizine tabi tutulmuş ve GSS sahip olmak aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti, gününbirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde etkileyip arttırma eğilimindeyken, özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamak incelenen sağlık hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ayrıca aylık gelirin uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyerek arttırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

İhtiyaç faktörü olarak kullanılan genel sağlık statüsünün bozulması ve artan hastalık sayısının bu sağlık hizmetleri kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

2008 yılı için ihtiyaç faktörleri ve eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet ve medeni durumun anlamlı ve beklenen yönde etkiye sahip oldukları, ancak kolaylaştırıcı değişkenler altında yer alan sosyal güvenceye sahip olmama durumunun incelenen sağlık hizmetlerini azaltma yönünde etkisinin olması ve aylık gelir arttıkça uzman hekim hizmeti ve

günübirlik tedavi hizmeti kullanım eğiliminin artması bu sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik olabileceği yönünde bulgulara işaret etmektedir.



Tablo 31. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2010)

	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı			Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı			Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı			Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı		
	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t
(Constant)	,216	,062	3,481	-,059	,062	-,946	1,292	,188	6,875	3,141	,047	67,507
Eğilim Faktörleri												
Yaş	,005	,009	,563	-,002	,009	-,191	,007	,023	,307	-,031	,007	-4,511*
Medeni Durum												
Evli	-,025	,035	-,712	,057	,035	1,652	Referans			Referans		
Bekâr	Referans			Referans			,163	,116	1,408	-,325	,023	-14,206*
Eşi Ölmüş	-,032	,060	-,528	-,038	,059	-,638	,171	,116	1,481	,004	,038	,101
Boşanmış	,147	,090	1,624	,072	,084	,857	-,125	,209	-,596	-,226	,057	-3,974*
Cinsiyet												
Erkek	Referans			Referans			Referans			Referans		
Kadın	,015	,025	,607	,026	,024	1,085	-,179	,072	-2,506*	-,380	,017	-22,320*
Eğitim	-,013	,013	-,966	,027	,013	2,088*	,001	,037	,021	-,193	,009	-21,548*
Kolaylaştırıcı Faktörler												
Sosyal Güvence Durumu												
GSS	Referans			Referans			Referans			Referans		
Sosyal Güvence Diğer	,037	,035	1,054	-,022	,035	-,632	-,023	,102	-,221	-,030	,025	-1,237
Aylık Gelir	,000	,009	,047	,004	,009	,410	-,056	,025	-2,262*	-,123	,006	-19,563*
İhtiyaç Faktörleri												
Genel Sağlık Durumu	,108	,016	6,620*	,173	,016	10,809*	,108	,016	6,620*	,081	,012	6,610*
Hastalık Sayısı	,069	,008	8,413*	,061	,008	7,542*	,001	,021	,043	,010	,006	1,604
	R=0,195 R²=0,038 F=28,743*			R=0,210 R²=0,044 F=38,350*			R=0,209 R²=0,044 F=6,049*			R=0,394 R²=0,155 F=221,747*		

*p<0,005

Tablo 31’de 2010 yılı için sağlık hizmetleri kullanımının önemli belirleyicileri verilmiştir. Çok değişkenli regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve aile hekimi hizmeti kullanımı için modelde kullanılan değişkenlerin toplam varyansın %3’ünü, uzman hekim hizmeti, gñübirlık tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı için varyansın %4’ünü açıkladığı belirlenmiştir. Eğilim faktörlerinden yaşı, cinsiyet, medeni durum ve eğitim değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Artan yaşı ile birlikte hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı azalma eğilimi göstermiştir. Kadın olmanın gñübirlık tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azalttığı görñlmüştür. Bekâr ve boşanmış olmanın hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azalttığı saptanmıştır. Eğitimin uzman hekim hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyip arttırma eğilimindeyken, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Kolaylaştırıcı faktörlerden aylık gelir regresyon analizine tabi tutulmuş ve aylık gelirin gñübirlık tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

İhtiyaç faktörü olarak kullanılan genel sağlık statüsünün bozulması incelenen sağlık hizmetlerinin kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Artan hastalık sayısının ise aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

2010 yılı için eğilim faktörlerinden yaşı ve cinsiyetin beklenmeyen bir etkiye sahip oldukları ancak medeni durumun anlamlı ve beklenen yönde etkiye sahip oldukları görñlmüştür. Eğitim düzeyinin yüksek olmasının uzman hekim hizmetini kullanma eğilimini artırıcı yönde etkisi olurken, hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma eğilimini azaltma yönünde etkisinin olması eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmetine erişiminde eşitsizlik olabileceği yönünde bulgulara işaret etmektedir. İhtiyaç faktörlerinin anlamlı ve beklenen yönde etkiye sahip oldukları ancak kolaylaştırıcı değişkenler altında yer alan aylık gelir arttıkça gñübirlık tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının azaldığı görñlmüştür yani aylık gelir

düzeyi düşük olan katılımcıların gününbirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandığı görülmektedir. Bu durum düşük gelirli grupların sağlık bakımına daha fazla ihtiyaç duyması ile açıklanabilmektedir.



Tablo 32. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2012)

	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı			Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı			Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı			Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı		
	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t
(Constant)	,397	,089	4,482	,311	,087	3,573	,476	,119	3,994	,162	,044	3,683
Eğilim Faktörleri												
Yaş	,012	,010	1,182	-,011	,011	-,965	,105	,014	7,458*	,034	,005	6,490*
Medeni Durum												
Evli	Referans			Referans			Referans			Referans		
Bekâr	-,051	,038	-1,358	-,128	,042	-3,033*	-,044	,049	-,895	,001	,018	,061
Eşi Ölmüş	-,021	,043	-,481	-,065	,046	-1,405	-,021	,062	-,335	,040	,023	1,754
Boşanmış	,089	,092	,961	-,032	,102	-,311	-,138	,136	-1,014	-,022	,049	-,446
Cinsiyet												
<i>Erkek</i>	Referans			,006	,047	,130	Referans			Referans		
<i>Kadın</i>	-,070	,040	-1,726	Referans			-,028	,049	-,577	-,003	,018	-,173
Eğitim	-,015	,014	-1,048	-,001	,016	-,065	-,019	,020	-,954	-,044	,007	-6,090*
Kolaylaştırıcı Faktörler												
Sosyal Güvence Durumu												
GSS	Referans			Referans			Referans			Referans		
Sosyal Güvence Diğer	,085	,047	1,817	,071	,053	1,359	-,231	,061	-3,774*	-,032	,023	-1,400
Aylık Gelir	-,028	,009	-3,183*	-,011	,010	-1,066	-,017	,012	-1,380	-,028	,005	-6,110*
İhtiyaç Faktörleri												
Genel Sağlık Durumu	,131	,017	7,731*	,158	,019	8,476*	,019	,023	,827	,010	,009	1,196
Hastalık Sayısı	,064	,012	5,115*	,083	,013	6,312*	,009	,019	,493	-,010	,007	-1,404
	R=0,177 R²=0,031 F=23,190*			R=0,186 R²=0,035 F=24,076*			R=0,145 R²=0,021 F=22,708*			R=0,158 R²=0,025 F=28,807*		

*p<0,005

Tablo 32’de 2012 yılı için sağlık hizmetleri kullanımının önemli belirleyicileri verilmiştir. Çok değişkenli regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımı için modelde kullanılan değişkenlerin toplam varyansın %3’ünü, günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı için varyansın %2’sini açıkladığı belirlenmiştir. Eğilim faktörlerinden yaş, medeni durum ve eğitim değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Artan yaşın günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bekâr olmak uzman hekim hizmeti kullanımını ve eğitim düzeyi ise hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Sosyal güvence durumu ve aylık gelir kolaylaştırıcı faktörler olarak regresyon analizine tabi tutulmuş ve GSS sahip olmak günübirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyip artırma eğilimindeyken, özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamak günübirlik tedavi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ayrıca aylık gelirin aile hekimi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

İhtiyaç faktörü olarak kullanılan genel sağlık statüsünün bozulması ve artan hastalık sayısını naile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

2012 yılı için eğilim faktörlerinden yaş, medeni durum, eğitimin ve ihtiyaç faktörlerinin anlamlı ve beklenen yönde bir etkiye sahip oldukları görülmüştür. Kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence ve aylık gelir incelendiğinde; özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamanın günübirlik tedavi hizmeti kullanımını azaltma yönünde etkisinin olması bu sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik olabileceği yönünde bulgulara işaret etmektedir. Aylık gelir arttıkça günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının azaldığı görülmüştür yani aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandığı görülmektedir. Bu durum düşük gelirli grupların sağlık bakımına daha fazla gereksinim duyması ile açıklanabilmektedir.

Tablo 33. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2014)

	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı			Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı			Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı			Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı		
	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t
(Constant)	,407	,072	5,661	,576	,075	7,637	2,079	,084	24,614	1,306	,209	6,238
Eğilim Faktörleri												
Yaş	,051	,010	5,390*	-,039	,010	-3,842*	-,066	,011	-5,797*	,241	,026	9,432*
Medeni Durum												
Bekâr	Referans			Referans			Referans			Referans		
Evli	-,032	,036	-,870	,092	,037	2,480*	,133	,042	3,195*	-,355	,118	-3,018*
Eşi Ölmüş	-,101	,080	-1,265	,008	,080	,095	,152	,089	1,709	-,352	,234	-1,504
Boşanmış	-,019	,063	-,298	,078	,066	1,180	,072	,075	,971	-,475	,177	-2,684
Cinsiyet												
Erkek	Referans			Referans			Referans			Referans		
Kadın	,097	,025	3,905*	,129	,026	5,013*	,286	,029	9,792*	-,219	,073	-3,017*
Eğitim	-,030	,016	-1,892	-,027	,016	-1,682	,035	,018	1,882	-,100	,046	-2,194*
Kolaylaştırıcı Faktörler												
Sosyal Güvence Durumu												
GSS	Referans			Referans			Referans			Referans		
Sosyal Güvence Diğer	-,147	,050	-2,920*	-,091	,054	-1,693	-,317	,059	-5,353*	-,261	,146	-1,782
Aylık Gelir	-,064	,009	-7,211*	-,048	,009	-5,176*	,008	,010	,728	-,040	,026	-1,552
İhtiyaç Faktörleri												
Genel Sağlık Durumu	,132	,016	8,039*	,223	,017	12,971*	,326	,019	16,845*	,328	,043	7,599*
Hastalık Sayısı	,037	,008	4,365*	,051	,009	5,620*	,187	,010	18,400*	,027	,023	1,160
	R=0,230 R²=0,053 F=62,393*			R=0,216 R²=0,046 F=62,734*			R=0,346 R²=0,120 F=168,173*			R=0,427 R²=0,183 F=51,830*		

*p<0,005

Tablo 33’te 2014 yılı için sağlık hizmetleri kullanımının önemli belirleyicileri verilmiştir. Çok değişkenli regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, aile hekimi hizmeti için modelde kullanılan değişkenlerin toplam varyansın %5’ini, uzman hekim hizmeti kullanımı için %4’ünü, günübirlik tedavi hizmeti kullanımı için %12’sini ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı için varyansın %18’ini açıkladığı belirlenmiştir. Eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Artan yaşın aile hekimi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu ancak uzman hekim hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Kadın olmak aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyip artırma eğilimindeyken, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Medeni durum incelendiğinde evli olmanın uzman hekim hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını ise negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ise hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Sosyal güvence durumu ve aylık gelir kolaylaştırıcı faktörler olarak regresyon analizine tabi tutulmuş ve GSS sahip olma kaile hekimi hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyip artırma eğilimindeyken, özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamak aile hekimi hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ayrıca aylık gelir aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

İhtiyaç faktörü olarak kullanılan genel sağlık statüsünün bozulması incelenen sağlık hizmetlerinin kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Artan hastalık sayısının ise aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve günübirlik tedavi hizmeti kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

2014 yılı için eğilim faktörlerinden eğitimin ve ihtiyaç faktörlerinin anlamlı ve beklenen yönde bir etkiye sahip oldukları görülmüştür. Kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvence ve aylık gelir incelendiğinde; özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamanın aile hekimi hizmeti kullanımını azaltma yönünde etkisinin olması bu sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik olabileceği yönünde bulgulara işaret etmektedir. Aylık gelir arttıkça aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımının azaldığı görülmüştür yani aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların bu hizmetleri daha fazla kullandığı görülmektedir. Bu durum düşük gelirli grupların sağlık bakımına daha fazla gereksinim duyması ile açıklanabilmektedir.



Tablo 34. Sağlık Hizmeti Kullanımının Önemli Belirleyicileri (2016)

	Aile Hekimi Hizmeti Kullanımı			Uzman Hekim Hizmeti Kullanımı			Günübirlik Tedavi Hizmeti Kullanımı			Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetleri Kullanımı		
	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t	B	Standart Hata	t
(Constant)	,648	,081	7,978	,591	,081	7,262	2,259	,095	23,814	1,231	,280	4,399
Eğilim Faktörleri												
Yaş	,046	,012	3,813*	-,041	,012	-3,459*	-,055	,014	-3,892*	,212	,030	7,066*
Medeni Durum												
Evli	,056	,046	1,224	,167	,044	3,798*	,272	,052	5,223*	-,011	,128	-,088
Bekâr	Referans			Referans			Referans			,482	,198	2,431*
Eşi Ölmüş	-,090	,090	-,995	,111	,087	1,280	,160	,103	1,555	,509	,244	2,083*
Boşanmış	,008	,076	,106	,147	,076	1,948	,217	,089	2,437*	Referans		
Cinsiyet												
Erkek	Referans			Referans			-,272	,034	*-7,941	Referans		
Kadın	,110	,030	3,716*	,156	,029	5,343*	Referans			-,023	,079	-,290
Eğitim	-,010	,016	-,644	-,005	,016	-,311	-7,91	,019	-,004	-0,44	,043	-1,023
Kolaylaştırıcı Faktörler												
Sosyal Güvence Durumu												
GSS	Referans			Referans			Referans			Referans		
Sosyal Güvence Diğer	,121	,049	2,499*	,072	,047	1,532	-,068	,054	-1,252	,169	,111	1,517
Aylık Gelir	-,072	,011	6,743*	-,063	,010	-5,983*	8,52	,012	,007	-,062	,028	-2,224*
İhtiyaç Faktörleri												
Genel Sağlık Durumu	,096	,021	4,565*	,184	,021	8,819*	,283	,025	11,489*	,363	,050	7,240*
Hastalık Sayısı	,060	,011	5,698*	,084	,011	7,880*	,181	,012	14,635*	,027	,026	1,018
	R=0,204 R²=0,042 F=41,213*			R=0,213 R²=0,045 F=51,974*			R=0,322 R²=0,104 F=104,024*			R=0,401 R²=0,161 F=37,193*		

*p<0,005

Tablo 34’te 2016 yılı için sağlık hizmetleri kullanımının önemli belirleyicileri verilmiştir. Çok değişkenli regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımı için modelde kullanılan değişkenlerin toplam varyansın %4’ünü, gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı için %10’unu ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı için varyansın %16’sını açıkladığı belirlenmiştir.

Eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Artan yaşın aile hekimi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu ancak uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Kadın olmak aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Evli olmanın uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu, bekâr olmanın ise hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Boşanmış olmak gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyerek artırma eğiliminde olduğu, eşin ölmüş olması hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını pozitif yönde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Sosyal güvence durumu ve aylık gelir kolaylaştırıcı faktörler olarak regresyon analizine tabi tutulmuş ve GSS sahip olmak aile hekimi hizmeti kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğilimindeyken, özel sağlık sigortasına sahip olmak veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmamak aile hekimi hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyip artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Aylık gelir olması aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını negatif yönde etkileyerek azaltma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

İhtiyaç faktörü olarak kullanılan genel sağlık statüsünün bozulması incelenen sağlık hizmetlerinin kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Artan hastalık sayısının ise aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve gününbirlik tedavi hizmeti kullanımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

2016 yılı için eğilim faktörlerinden yaş, cinsiyetin ve ihtiyaç faktörlerinin anlamlı ve beklenen yönde bir etkiye sahip oldukları görülmüştür. Fakat medeni durum

incelendiğinde bekâr olmanın hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını artırma eğiliminde olması beklenilen yönde bir etki değildir.



5. TARTIŞMA

Bu araştırma 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılında Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörlerinin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıklar, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet ve hakkaniyetsizlikler mevcut ise yıllar içerisindeki değişiminin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın bulguları ve bu bulgulara yönelik tartışmalar aşağıda belirtilmiştir.

5.1. EĞİLİM FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

5.1.1. Yaş Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Eğilim faktörlerinden biri olan yaş hakkaniyet çalışmalarında sıklıkla kullanılan bir değişkendir. Bu çalışmada yaştan farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri ki-kare ve regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları için yaş ilerledikçe incelenen tüm sağlık hizmetleri kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Fakat 75 yaş ve üstü olan katılımcıların 2008, 2012 ve 2016 yılında aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminde, 2008, 2010, 2012 ve 2016 yılında uzman hekim hizmeti, 2008 yılında gününbirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu görülmüştür. 65-74 yaş grubu ve 75 yaş ve üstü olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çok değişkenli bir analiz olan regresyon analizi ile de test edilmiş ve 2008, 2014 ve 2016 yılları için artan yaştan aile hekimi hizmetleri, 2014 ve 2016 yılları için uzman hekim hizmetleri kullanım eğilimini arttırdığı saptanmıştır. 2008, 2014 ve 2016 yılları için artan yaş gününbirlik tedavi hizmeti kullanım eğilimini azaltırken, 2012 yılı için artan yaştan gününbirlik tedavi hizmeti kullanım eğilimini artırdığı tespit edilmiştir. 2010 yılı için artan yaş hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım eğilimini azaltırken, 2012, 2014 ve 2016 yılı için artan yaş hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım eğilimini arttırdığı görülmüştür.

Yaşlanmanın doğal sonucu olarak ilerleyen yaşla birlikte hastalık sıklığının artması, kronik ve dejeneratif hastalıkların artması (Kardiyovasküler hastalıklar, kanser vb.) ve bağışıklık sistemindeki değişiklikler yaşlıları enfeksiyonlara karşı daha güçsüz hâle getirmektedir. Dolayısıyla ilerleyen yaşla birlikte sağlık hizmeti kullanımının artması

beklenen bir durumdur. Fakat 75 yaş ve üstündeki bireylerin sağlık hizmeti kullanma eğilimindeki azalmanın bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı için evde bakım hizmetleri vb. gibi farklı hizmetleri kullanmasından kaynaklanabilir. Bazı durumlarda ilerleyen yaşla birlikte ve sosyal izolasyondan dolayı var olan sağlık sorunları benimsenip bireyler herhangi bir hizmet arayışına gitmeyebilmektedir.

Gerçekleştirilen birçok çalışma bu araştırmanın bulgularını desteklemekte ve yaş ile sağlık hizmeti kullanımı arasında bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; 55 yaş ve üstü bireylerin, hekim hizmetlerini ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıklarını göstermektedir (Park, 2016:7). Alcan tarafından Erzurum’da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında yaş arttıkça özellikle 45-64, 65-74 ve 75 yaş ve üstü gruplarının günübirlik/ayakta sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Ancak ileri yaşlar için hastane yatışlarında bir adaletsizlik olduğu gözlenmektedir (Alcan, 2015:35). Belek tarafından Antalya’da seçilmiş iki bölgede yapılan çalışmada; sağlık hizmeti kullanım sıklığı 15-24 yaş grubundan 35-44 yaş grubuna doğru artış göstermekte ve sonra azalmaya başlamaktadır. 15-44 ve 55-64 yaş grupları arasındaki katılımcıların sağlık hizmetini daha fazla kullandıkları, 25-44 ve 65 ve üzeri yaş grupları arasındaki katılımcıların ise daha az kullandıkları saptanmıştır (Belek, 2004:71-73). Titus vd., tarafından Nijerya’da yapılan çalışmada 50 yaş ve altındaki katılımcıların sağlık hizmetine yaşlılardan daha fazla erişim sağladığı ve kullandığı görülmüştür (Titus vd., 2015:197).

Turgu vd., tarafından Edirne’de yapılan çalışmada yaş ilerledikçe aile hekimi hizmeti kullanımının arttığı, hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımının ise azaldığı görülmüştür. Bu durum yaşlı hastaların aile hekimlerine daha kolay ulaşabilmelerinden özellikle yaş ilerledikçe kronik hastalıkların artış göstermesi ve bu nedenle sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan hastaların ilaç yazdırmak ve kontrol gibi amaçlarla aile hekimleri hizmetlerini daha fazla kullanmalarını destekler niteliktedir (Turgu vd., 2018:87).

Dou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan yaşlı hastalarda sağlık hizmeti kullanımının nispeten düşük olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça günübirlik tedavi hizmeti kullanımının artış gösterdiği görülmüştür. Buna karşın yataklı tedavi hizmetleri kullanımına bakıldığında 50-59 yaş grubundan 70-79 yaş

grubuna doğru kullanımda bir artış olduğu fakat 80 yaş ve üzerindeki en yaşlı hastaların ihtiyaçlarına rağmen bu hizmeti kullanımlarının sınırlı olduğu ve 70-79 yaş grubundaki hastalardan daha az kullandıkları görülmüştür (Dou vd., 2015:5-7).

Anand tarafından Hindistan'da 50 yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, gününbirlik tedavi hizmetinin hastanede yatarak tedavi hizmetlerinden çok daha fazla kullanıldığı görülmüştür (Anand, 2016:10).

Manzoor vd., tarafından yapılan çalışmada ilerleyen yaşla birlikte 40-49 yaş grubundaki katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (Manzoor vd., 2009:102).

Macinko vd., tarafından Brezilya'da 50 yaş ve üstü katılımcılarda yapılan çalışmada pratisyen hekim ve uzman hekim hizmeti kullanımının benzer olduğu görülmüştür (ortalama olarak üç ziyaretten biraz fazla) (Macinko vd., 2018:4).

Penning ve Zheng tarafından Kanada'da (British Colombia) 50 yaş ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmasında yaş arttıkça aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerinin daha fazla kullandığı görülmüştür (Penning ve Zheng, 2016:59-61).

Blázquez-Fernández vd., tarafından krizden önce (2006) ve ekonomik kriz sırasında (2011-2012) İspanya'da sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmada, yaş arttıkça sağlık hizmeti kullanımının artış gösterdiği tespit edilmiştir (Blázquez-Fernández vd., 2014:11).

Angel-Urdinola vd., tarafından Nikaragua'da yapılan çalışmada, 60-69 yaş grubu ve 70 yaş grubundaki hastaların gençlere göre gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Angel-Urdinola vd., 2008:22).

Türkiye'de Sözmen ve Ünal tarafından Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması anketlerinin 2008 yılı kullanılarak konsantrasyon endeksi ve yatay hakkaniyetsizlik endeksi (horizontal inequity index) kullanılarak yapılan çalışmada; yaş gruplarına göre aile hekimi hizmeti kullanımında herhangi bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:105).

5.1.2. Cinsiyet Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Eğilim faktörlerinden cinsiyetin farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri ki-kare ve regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre kadın katılımcıların 2012 yılı hariç diğer yıllarda tutarlı bir şekilde aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında ise kadın katılımcıların aile hekimi hizmetini daha az kullanma yönünde bir eğilim sergilediği saptanmıştır. Bu sonuçlar çoklu bir analiz olan regresyon analizi ile de test edilmiş ve 2008, 2014 ve 2016 yıllarında kadın katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010 ve 2012 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Ki-kare analizi sonuçlarına göre uzman hekim hizmeti kullanımında kadın katılımcıların 2012 yılı hariç diğer yıllarda tutarlı bir şekilde uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında ise kadın katılımcıların uzman hekim hizmetini daha az kullanma yönünde bir eğilim sergilediği saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2008, 2014 ve 2016 yıllarında kadın katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010 ve 2012 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımı ki-kare analiziyle test edildiğinde 2012 yılı hariç (istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır) incelenen diğer yıllarda kadın katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2008, 2014 ve 2016 yılında kadın katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010 yılında erkek katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır 2012 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı ki-kare analiziyle test edildiğinde incelenen bütün yıllarda kadın katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2010 ve 2014 yılında erkek katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2012 ve 2016 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu çalışma bulgularına göre genel olarak bakıldığında 2012 yılı hariç aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti, gününbirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kadınların erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmektedir. Literatüre bakıldığında gelişmiş ülkelerde kadınların sağlık hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadırlar. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamakla birlikte daha fazla hastalık riski taşımakta ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bu çalışma bulgularında da kadınların daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmektedir. Kadınların üreme biyolojilerinden dolayı (gebelik, doğum ve lohusalık süreci vb. gibi) sağlık hizmetini daha çok kullandığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınlar yoksullukla daha fazla karşı karşıya kalmakta, yaşadıkları eşitsizlik ve ayrımcılık nedeniyle daha fazla depresyon ve strese maruz kalmaktadır. Yapılan ulusal çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Sözmen ve Ünal tarafından Türkiye’de yapılan çalışmada kadın katılımcıların erkeklere göre aile hekimi hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür. Arefnya tarafından yapılan çalışmada kadınların aile hekimi hizmetini, gününbirlik tedavi hizmetini ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmüştür. Belek tarafından Antalya’da seçilmiş iki bölgede yapılan çalışmada ise kadınların erkeklere göre sağlık hizmetini daha az kullandıkları görülmüştür (Belek, 2004:71; Sözmen ve Ünal, 2016:105; Arefnya, 2018:162).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Or vd., tarafından yapılan araştırmaya göre Belçika, Danimarka, İngiltere, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Hollanda, Portekiz ve Norveç genelinde kadınların hem aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti hem de uzman hekim hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür (Or vd., 2008:2).

Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; kadınların hekim hizmetlerini ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları göstermektedir (Park, 2016:7).

Dou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan kadınların erkeklerden daha fazla gününbirlik tedavi hizmetini kullandığı görülmüştür, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının ise benzer olduğu görülmüştür (Dou vd., 2015:7).

Titus vd., tarafından Nijerya'da yapılan çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmüştür (Titus vd., 2015:197).

Manzoor vd., tarafından yapılan çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullandığı görülmüştür (Manzoor vd., 2009:103).

Penning ve Zheng tarafından Kanada'da (British colombia) 50 yaş ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmasında kadınların aile hekimi ve uzman hekim hizmetini erkeklerden daha fazla kullandığı ancak erkeklerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kadınlara göre daha fazla kullandığı görülmüştür (Penning ve Zheng, 2016:59-61).

Angel-Urdinola vd., tarafından Nikaragua'da yapılan çalışmada kadınların erkeklere göre gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Angel-Urdinola vd., 2008:22).

Grasdal ve Monstad tarafından Norveç'te yapılan çalışmada 45-59 yaş grubundaki kadınların uzman hekim hizmeti kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür (Grasdal ve Monstad, 2011:7).

Etemad vd., tarafından İran'da yapılan çalışmaya göre; cinsiyet ile hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görülmüştür (Etemad vd., 2015:4).

5.1.3. Medeni Durum Değişkeninin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Ki-kare analizi sonuçlarına göre eğilim değişkenlerinden medeni durumun farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri incelendiğinde; boşanmış katılımcıların bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre, değerlendirilen bütün yıllar için tutarlı bir şekilde aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bekâr katılımcıların aile hekimi hizmeti kullanım eğiliminin düşük olduğu tespit edilmiştir.

2008 ve 2010 yılında eşi ölmüş katılımcıların bekâr, evli ve boşanmış katılımcılara göre uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012, 2014 ve 2016 yılında boşanmış katılımcıların bekâr, evli ve eşi ölmüş katılımcılara göre uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Bekâr katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanım eğiliminin düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile test edildiğinde boşanmış katılımcıların 2008 yılında uzman

hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. 2014 ve 2016 yıllarında evli katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu tespit edilmiş ve bekâr katılımcıların 2008 ve 2012 yılında uzman hekim hizmeti kullanım eğiliminin düşük olduğu bulunmuştur.

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımı incelendiğinde 2008 ve 2010 yılında eşi ölmüş katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında evli katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2014 ve 2016 yılında boşanmış katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar regresyon analizi ile test edildiğinde 2008 yılında bekâr katılımcıların günübirlik tedavi hizmeti kullanım eğiliminin düşük olduğu görülmüştür. Evli katılımcıların 2014 ve 2016 yıllarında günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu tespit edilmiş ve boşanmış katılımcıların 2016 yılında günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı ki-kare analizi kullanılarak incelendiğinde 2008, 2010 ve 2012 yılında eşi ölmüş katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2014 ve 2016 yılında evli katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar regresyon analizi ile test edildiğinde evli katılımcıların 2014 yılında, boşanmış katılımcıların 2010 yılında hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha az kullanma eğiliminde olduğu tespit edilmiş ve eşi ölmüş katılımcıların 2016 yılında hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha az kullanma eğiliminde olduğu bulunmuştur.

Genel olarak bakıldığında boşanmış, evli ve eşi ölmüş katılımcıların bekârlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu durum bu bireylerin daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ile açıklanabilmektedir. Özellikle boşanmış ve eşi ölmüş bireylerin stres, şiddet, toplumsal baskı, yalnızlık vb. gibi nedenlerden dolayı daha fazla sağlık hizmeti kullanımına ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir.

Medeni durum ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, boşanmış bireylerin evli meslektaşlarına göre daha fazla ölümcül ve ölümcül olmayan kronik hastalıklara ve subjektif sağlık şikâyetlerine, sahip oldukları, algılanan genel sağlıklarının

daha zayıf olduğu, daha uzun süreli iş sakatlıklarına, daha yüksek özürlü olma prevalansına ve daha işlevsel kısıtlamalara sahip oldukları görülmüştür. Evli bireylerle karşılaştırıldığında boşanmış bireylerin, koroner kalp hastalığı, felç, zatürre, pek çok kanser türü, karaciğer sirozu, otomobil kazaları, cinayet ve intihar gibi nedenlerden ölüm oranları daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür, boşanmanın genel sağlık durumu, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, sağlık davranışı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ve boşanmış bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla yararlandığını göstermektedir (Bronselaer vd., 2008:168-171; Joung vd., 1995:569-575).

Etemad vd., tarafından İran’da yapılan çalışmaya göre; eşi ölmüş ve boşanmış bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları, ancak bekar bireylerin daha az yararlandıkları görülmüştür. Boşanmış bireylerin evli bireylere göre daha sık hastaneye yatırıldıkları görülmüştür (Etemad vd., 2015:3-5).

Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; evlilerin hekim hizmeti kullanımı ve yatarak tedavi hizmetlerini daha az kullandıklarını ve bu hizmetlere erişimde engellerle karşılaştığını göstermektedir (Park, 2016:7).

Titus vd., tarafından Nijerya’da yapılan çalışmada evlilerin bekar ve boşanmışlara göre daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmüştür (Titus vd., 2015:198).

Manzoor vd., tarafından yapılan çalışmada evli olmayan katılımcıların aile hekimi hizmetini evli olan katılımcılara göre daha çok kullanma eğilimi olduğu, evli olan katılımcıların ise uzman hekim hizmetini evli olmayanlara göre daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, görülmüştür (Manzoor vd., 2009:103).

Türkiye’de Arefnya tarafından yapılan çalışmada evli kadınların aile hekimi hizmetini, gününbirlik tedavi hizmetini ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bekârlara daha fazla kullandıkları görülmüştür. Sözmen ve Ünal tarafından yapılan çalışmada bekâr olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha az kullandığı görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:103; Arefnya, 2018:166).

5.1.4. Eğitim Durumu Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Eğilim faktörlerinden eğitimin farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri ki-kare ve regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre 2012 yılında eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha

fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Diğer yıllarda ise eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Ancak veriler regresyon analizi ile test edildiğinde eğitim ile aile hekimi hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Ki-kare analizi sonuçlarına 2012 yılında eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Diğer yıllarda ise eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2010 yılı için eğitim düzeyi arttıkça uzman hekim hizmeti kullanım eğiliminin arttığı saptanmıştır.

Ki-kare analizi sonuçlarına göre bütün yıllar için eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların gününbirlik tedavi hizmeti daha fazla kullandıkları saptanmıştır. 2008, 2010 ve 2012 yılında eğitim düzeyi arttıkça aile hekimi hizmetini kullanma eğiliminde azalma olduğu saptanmıştır. 2014 yılında lise düzeyinde eğitim almış ve eğitim almamış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2016 yılında ise eğitim almamış ve lise düzeyinde eğitim almış katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Veriler regresyon analizi ile de incelendiği zaman artan eğitimin gününbirlik tedavi hizmetlerini kullanmada istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışma kapsamında incelenen bütün yıllar için eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile test edildiğinde 2010 ve 2012 yılları için eğitim düzeyi arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım eğiliminin azaldığı saptanmıştır.

Genel olarak bakıldığında 2012 yılında aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanımı hariç eğitim düzeyi düşük olanların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bireylerin aldığı eğitim arttıkça daha bilinçli ve sağlıklı davranışlar sergilenmekte ve koruyucu sağlık hizmetleri daha fazla kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu durum eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanması ile açıklanabilir.

Belek tarafından Antalya’da seçilmiş iki bölgede yapılan çalışmada; eğitim düzeyi 9 yıl ve üzerinde olanların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı, 6 yıl ve altında olan katılımcıların dezavantajlı olup daha az kullandıkları görülmüştür (Belek, 2004:73).

Anand tarafından Hindistan’da 50 yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, artan eğitimin gününbirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı üzerinde çok fazla etkiye sahip olmadığı görülmüştür (Anand, 2016:16).

Agyemang ve Asibey tarafından Gana’da kırsal alanlarda yaşayan insanlar arasında eğitim düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, yükseköğrenim düzeyine sahip katılımcıların sağlık hizmetlerini orta, temel düzeyde eğitim alanlardan ve eğitimsiz olan katılımcılardan daha fazla kullandıkları görülmüştür (Agyemang ve Asibey, 2018:123-125).

Titus vd., tarafından Nijerya’da yapılan çalışmada İlköğretim düzeyinde eğitim alanların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür (Titus vd., 2015:198).

5.2. KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

5.2.1. Sosyal Güvence Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Kolaylaştırıcı faktörlerden sosyal güvencenin farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri ki-kare ve regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre 2008, 2010 ve 2014 yılında GSS’ye sahip katılımcıların özel sağlık sigortası olan veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcılara göre aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012- 2016 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Veriler regresyon analizi ile test edilmiş ve 2008, 2014 ve 2016 yılında GSS’ye sahip katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, özel sağlık sigortası olan veya herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha az kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. 2010 ve 2012 yılında sosyal güvence ile aile hekimi hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

2008 ve 2010 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların GSS’ye sahip olan ve sosyal güvencesi olmayan katılımcılara göre uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma

eğiliminde olduğu, 2014 yılında GSS'ye sahip olan katılımcıların, 2012 ve 2016 yılında sosyal güvencesi olmayan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edilmiş ve 2008 yılında özel sağlık sigortası olan ve sosyal güvencesi olmayan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha az kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Diğer yıllarda ise sosyal güvence ile uzman hekim hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Günübirlik tedavi hizmeti kullanımı incelendiğinde 2008 ve 2010 yılında GSS'ye sahip olan katılımcıların, özel sağlık sigortası olan ve sosyal güvencesi olmayan katılımcılara göre günübirlik tedavi hizmeti daha çok kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 ve 2014 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha çok kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Veriler regresyon analizi ile test edildiğinde 2008, 2012 ve 2014 yıllarında GSS'ye sahip olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2010-2016 yılında sosyal güvence ile günübirlik tedavi hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı ki-kare analizi kullanılarak incelendiğinde 2008 ve 2014 yılında GSS'ye sahip olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullanma eğiliminde olduğu, 2010 ve 2012 yılında özel sağlık sigortası olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullanma eğiliminde olduğu, 2016 yılında ise yılında sosyal güvencesi olmayan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ancak veriler regresyon analizi ile de test edildiğinde 2008 yılında özel sağlık sigortası olan ve sosyal güvencesi olmayan katılımcıların bu hizmeti daha az kullanma eğiliminde olduğu fakat GSS'ye sahip katılımcıların bu hizmeti daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Diğer yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Regresyon analizine göre GSS'ye sahip katılımcıların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır.

GSS ve özel sağlık sigortasına sahip olmak bireyleri sağlık sorunlarına karşı finansal risklerden korumaktadır. Dolayısıyla sağlık sigortasına sahip olmak bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullanımı davranışını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca koruyucu

sağlık hizmetleri kullanımına teşvik etmektedir. Bazı yıllarda sigortası olmayan bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmektedir. Bu oran çok az olmakla birlikte bu bireylerin daha fazla hasta olmaları ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duymaları ile açıklanabilmektedir.

Türkiye’de Sözmen ve Ünal tarafından Türkiye İstatistik Kurumu’ndan elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması anketlerinin 2008 yılı kullanılarak konsantrasyon endeksi ve yatay hakkaniyetsizlik endeksi (horizontal inequity index) kullanılarak yapılan çalışmada; sigortaya sahip olmamakla birlikte, yeşil kartlı olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerinde en yüksek kullanıma sahip olduğu görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:105).

Belek tarafından Antalya’da seçilmiş iki bölgede yapılan çalışmada; sosyal güvencesi olmayan katılımcıların sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, Sözmen ve Ünal tarafından yapılan çalışmada; sigortaya sahip olmamakla birlikte, yeşil kartlı olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerinde en yüksek kullanıma sahip olduğu görülmüştür (Belek, 2004:71; Sözmen ve Ünal, 2016:105).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; ABD’de Shin ve Kim’in çalışmasına göre sağlık sigortası veya herhangi bir bakım kaynağı olmayanların, diğer tüm faktörler eşit olduğunda günübirlik tedavi hizmetlerini daha az kullandığı belirlenmiştir (Shin ve Kim, 2010:6).

Yiengprugsawan vd., tarafından Tayland’da genel sağlık sigortasından önce ve sonra günübirlik tedavi hizmetleri kullanımında eşitsizliğin araştırılması için yapılan çalışmada; sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması için 2001 yılında uygulamaya konulan ulusal sağlık sigortası ile kayda değer gelişmeler göstermiştir (Yiengprugsawan vd., 2011:105-113).

Liu vd., tarafından Çin ve Vietnam’ın karşılaştırıldığı çalışmada; Vietnam’da düşük gelir grubunda sağlık sigortasına sahip bireylerin, sağlık sigortasına sahip olmayan bireylerden daha fazla günübirlik tedavi hizmetini kullandığı ve orta ve yüksek gelirli grupta ise, sağlık sigortasına sahip bireyler ile sağlık sigortası olmayan bireyler arasında günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Kırsal sağlık sigortasına sahip bireylerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğu, ancak özellikle Çin’de günübirlik tedavi (poliklinik

hizmeti, ayaktan tedavi) hizmetleri kullanımı üzerinde çok sınırlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (Liu vd., 2012:4-7).

Zhou vd., tarafından Çin'de yapılan çalışmada; hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımında aynı ihtiyaca sahip olsalar bile, zengin bireylerin yoksul bireylerden daha fazla yatarak tedavi hizmetlerinden yararlandığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte artan sağlık sigortası kapsamı, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımında fiyatların artmasına rağmen, hastanede yatan hastalardaki adaletsizliği azaltmıştır (Zhou vd., 2011:1).

Van Doorslaer vd., tarafından Avustralya'da yapılan çalışmaya göre; Özel sağlık sigortasının hem daha yüksek gelir hem de uzman hekim hizmetinin daha fazla kullanımıyla ilişkili olduğundan, gelir düzeyi yüksek olanlar lehine dağılımına güçlü pozitif bir katkısı vardır (Van Doorslaer vd., 2008:105-106).

OECD ülkelerinden genel sağlık sigortası kapsamının olmadığı ABD ve Meksika'da, hekim hizmeti kullanımı gelir düzeyi yüksek olanlar lehine adaletsizliğin derecesi en yüksek düzeyde bulunmuştur (Van Doorslaer vd., 2006:180).

Dou vd., tarafından Çin'de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda sağlık sigortası olan hastaların, sağlık hizmetini sağlık sigortası olmayanlardan daha fazla kullanma olasılıkları olduğu görülmüştür (Dou vd., 2015:7).

Anand tarafından Hindistan'da 50 yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, sağlık sigortası olanların olmayanlara göre günlük tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandığı görülmüştür (Anand, 2016:16).

Angel-Urdinola vd., tarafından Nikaragua'da yapılan çalışmada, sağlık sigortası olan katılımcıların, sigorta kapsamı dışında kalanlara göre günlük tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Angel-Urdinola vd., 2008:22).

Hastalık sürecinde katlanılacak maliyetin belirsizliği ve cepten yapılacak ödemeleri azaltması nedeniyle sağlık güvencesinin/sağlık sigortasının varlığı bireyleri sağlık hizmetlerinin fiyatları konusunda daha az duyarlı yapmakta ve sağlık hizmetleri kullanımını arttırıcı yönde bir etki yapmaktadır.

Etemad vd., tarafından İran'da yapılan çalışmada sağlık sigortası kapsamının, sağlık hizmetlerinin kullanımı için önemli bir gösterge olarak bilinmekte ve sağlık sigortası

kapsamındaki bireylerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerine daha fazla erişim sağladıkları ve kullandıkları belirtilmektedir (Etemad vd., 2015:4).

5.2.2. Çalışma Durumu Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Ki-kare analizi sonuçlarına göre; 2008, 2010 ve 2014 yılında son bir hafta çalışmayanların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012 yılında ise aile hekimi hizmetini daha az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında son bir hafta çalışmayanların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu, 2012 yılında ise daha az kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında son bir hafta çalışmayanların gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu bulunmuştur. İncelenen bütün yıllarda son bir hafta çalışmayanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında son bir haftadır çalışmayanların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Türkiye’de Arefnya tarafından yapılan çalışmayanların aile hekimi hizmetini, gününbirlik tedavi hizmetini ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini bekârlara daha fazla kullandıkları görülmüştür. Alcan tarafından Erzurum’da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında çalışmayan ve gelir düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmektedir. Bu durum çalışmayanların büyük ölçüde ev kadınlarından oluşması ve ev kadınlarının sağlık ocağı gibi birinci basamak sağlık kurumlarını daha fazla kullanmasından, hastalık durumundaki tutum ve davranış farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmayanların boş zamanlarının daha fazla olması sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmasına neden olabilir (Alcan, 2015:35).

5.2.3. Aylık Gelir Düzeyi Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi

2008 ve 2014 yılında aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Diğer yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2012, 2014 ve 2016 yılında aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların 2012, 2014 ve 2016 yıllarında uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2008 yılında aylık gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullandıkları, 2014 ve 2016 yılında ise aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları bulunmuştur.

2008 ve 2016 yılında aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. 2012 yılında ise aylık gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2008 yılında aylık gelir arttıkça gününbirlik tedavi hizmeti kullanım eğilimi artarken 2010 yılında aylık gelir arttıkça bu hizmeti kullanma eğiliminin azaldığı saptanmıştır.

İncelenen bütün yıllarda aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde 2010, 2012 ve 2016 yıllarında aylık gelir arttıkça bu hizmeti kullanma eğiliminin azalma gösterdiği saptanmıştır. Diğer yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Genel olarak bakıldığında aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların incelenen sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu durum gelir düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine yeteri kadar önem vermemesinden ve daha fazla hastalanmasından kaynaklanabilir.

Türkiye’de Arefnya tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük bireylerin acil ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür. Belek tarafından Antalya’da seçilmiş iki bölgede yapılan çalışmada; gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür (Arefnya, 2018:168; Belek, 2004: 71).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında Dou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda sosyo-ekonomik durumu iyi olan hastaların gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullandıkları ve düzenli sağlık bakımına ihtiyaç duyan kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı hastaların farklı sosyal ekonomik

grupları arasında günübirlik tedavi hizmeti kullanımındaki e itsizli i göstermektedir. Yataklı tedavi hizmeti kullanımında ise herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anand tarafından Hindistan’da 50 ya  ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, gelir düzeyinin yüksek olmasının günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı üzerinde çok fazla etkiye sahip olmadığı görülmüştür (Anand, 2016:16; Dou vd., 2015:7).

5.3. İHTİYAÇ FAKTÖRLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

5.3.1. Genel Sağlık Durumu De i keninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı  zerindeki Etkisi

İncelenen bütün yıllar için genel sağlık durumu k t le tik e sağlık hizmeti kullanım eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde bütün yıllar için genel sağlık durumu k t le tik e aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanım eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. 2012 yılı hariç (istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır) incelenen diğer bütün yıllarda genel sağlık durumu k t le tik e günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Genel olarak bakıldığında genel sağlık durumu k t le tik e sağlık hizmeti kullanım eğilimin arttığı saptanmıştır.

Alcan tarafından Erzurum’ da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında algılanan sağlık durumu çok iyi ve orta olan bireylerin günübirlik/ayakta tedavi hizmetleri ve yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları, iyi ve kötü olanların daha az kullandıkları, Sözmen ve  nal tarafından yapılan çalışmada; genel sağlık durumu kötü olan katılımcıların aile hekimi hizmeti ve uzman hekim hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür (Alcan, 2015:35-37; Sözmen ve  nal, 2016:103).

Penning ve Zheng tarafından Kanada’da (British colombia) 50 ya  ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmasında genel sağlık durumu kötü olan katılımcıların aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini genel sağlık durumu iyi olan katılımcılara göre daha fazla kullandığı görülmüştür. Grasd l ve Monstad tarafından Norveç’te yapılan çalışmada genel sağlık durumu kötü ve çok kötü olanların uzman hekim hizmetini daha çok kullandığı görülmüştür (Grasd l ve Monstad, 2011:7; Penning ve Zheng, 2016:59-61).

5.3.2. Hastalık Sayısı Değişkeninin Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerindeki Etkisi

İhtiyaç faktörlerinden hastalık sayısının farklı sağlık hizmeti türlerini kullanma üzerindeki etkileri ki-kare analizi kullanılarak incelenmiştir. İncelenen bütün yıllar için hastalık sayısı arttıkça sağlık hizmeti kullanım eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar regresyon analizi ile de test edildiğinde bütün yıllar için hastalık sayısı arttıkça aile hekimi ve uzman hekim hizmeti kullanım eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. 2008, 2014 ve 2016 yılları için hastalık sayısı arttıkça gününbirlik tedavi hizmeti kullanım eğiliminin arttığı saptanmıştır. 2008 yılında hastalık sayısı arttıkça hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım eğiliminin arttığı saptanmıştır. Diğer yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Genel olarak bakıldığında hastalık sayısı arttıkça sağlık hizmeti kullanım eğiliminin arttığı saptanmıştır. Kronik hastalıklar uzun dönemli, yavaş ilerleyen ve sürekli bakım gerektiren hastalıklar olduğu için bu hastalıklara sahip bireyler daha fazla sağlık hizmeti kullanımına gereksinim duymaktadır.

5.4. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ VE HAKKANİYET

Sağlık hizmeti kullanımı ve hakkaniyet konsantrasyon endeksi ile değerlendirildiğinde sağlık hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük olanlar arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Özellikle düşük gelir grubunda olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandığı saptanmıştır. Bu durum düşük gelirli grupların sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyması ile açıklanabilmekte ve diğer sağlık hizmetleri ile hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımında adaletsizlik olmadığı aksine adaletli bir erişimin söz konusu olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmeti kullanımı eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde sağlık hizmeti kullanımının eğitim düzeyi düşük olanlar arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Fakat 2012 yılında eğitim düzeyi yüksek olanlar lehine kullanım sıklığında belirgin bir artış saptanmıştır. Bu durum 2012 yılında eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmetine erişimde adaletsizlik olduğunu göstermektedir. 2012 yılından sonra sağlık hizmetleri kullanımının eğitim düzeyi düşük olanlar arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu da yıllar itibarıyla eğitim düzeyi açısından adaletsizliklerin ortadan kalktığını ve hakkaniyetin iyileştiğini göstermektedir.

Sağlık hizmeti kullanımı hastalık sayısı açısından değerlendirildiğinde hastalık sayısı arttıkça sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Ancak 2010 yılında hastalık sayısı az olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür. Hastalık sayısı fazla olan katılımcıların daha fazla sağlık hizmeti kullanımı sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyması ile açıklanabilmekte ve sağlık hizmetleri kullanımında adaletsizlik olmadığı aksine adaletli bir erişimin söz konusu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma kapsamında gelir düzeyi, eğitim durumu ve hastalık sayısı seçilen sağlık hizmeti türleri kullanımı üzerindeki hakkaniyet açısından etkisi konsantrasyon endeksi ile değerlendirildiğinde incelenen bütün yıllarda sağlık hizmeti kullanımının ya gelir düzeyi düşük gruplar arasında yoğunlaştığı yada konsantrasyon endeksi değerinin mutlak eşitliği gösteren sifıra (0) çok yakın değerler aldığı görülmüştür. Bu da yıllar itibarıyla gelir açısından Türkiye Sağlık Sisteminde hakkaniyetin iyileştiğini en azından radikal bir şekilde kötüleşmediği göstermektedir.

5.4.1. Aile Hekimi Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet

Aile hekimliği hizmetlerinin kullanımının hem sınıflandırılmadığı, hem altı grupta sınıflandırıldığı hem de aile hekimliği hizmetlerini hiç kullanmayanların analiz dışı tutulduğu ve kullanımın sınıflandırıldığı durumlar için hesaplanan konsantrasyon endeks değerleri, aile hekimi hizmeti kullanımının gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlar ile hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Tahmin edilen gelire yönelik konsantrasyon endeksleri, gelirin aile hekimliği hizmetleri kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir.

5.4.1.1. Gelir

Yıllara göre aile hekimi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında aile hekimi hizmeti kullanım sıklığının gelir düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu, gelirin aylık hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Bu

durum gelir düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ile açıklanabilmektedir.

Öztürk vd., tarafından Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması anketlerinin 2008, 2010 ve 2012 yılları kullanılarak Gini Endeksiyle yapılan çalışmada; 2008 yılında gelir düzeyi yüksek olan bireylerin birinci basamak hizmetlerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur. 2010 ve 2012 yılında ise hakkaniyetsizlik derecesinde azalma yönünde bir eğilim görüldüğü tartışılmıştır (Öztürk vd., 2017:115). Sözmen ve Ünal tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada; bu çalışmayı destekler nitelikte gelir düzeyi düşük olan bireylerin aile hekimi hizmetini daha fazla kullandıkları görülmektedir. Bu durum kronik hastalıkların gelir düzeyi düşük olanlarda fazla olması gerçeği ve genel sağlık durumunun daha kötü olması ile açıklanabilir (Sözmen ve Ünal, 2016:101).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Or vd., tarafından Avrupa'nın on üç ülkesinde (Belçika, Danimarka, İngiltere, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Hollanda, Portekiz ve Norveç) yapılan çalışmada, İrlanda ve İngiltere'de, aile hekimi/pratisyen hekim hizmetinin kullanımında gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir farklılık söz konusu iken, Portekiz ve Finlandiya'da ise gelir düzeyi yüksek olan bireyler lehine bir farklılık söz konusudur (Or vd., 2008:2).

Van Doorslaer vd., tarafından OECD ülkelerinde yapılan çalışmada, aile hekimi/pratisyen hekim hizmetleri kullanımının ihtiyaca göre standartlaştırılmış dağılımları, çoğu ülkede önemli bir ölçüde gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine dağılım gösterirken, sadece bir ülkede, Finlandiya'da gelir düzeyi yüksek olan bireyler lehine bir dağılım göstermektedir. OECD ülkelerin çoğunun hekim hizmeti kullanma olasılığı birkaç istisna hariç olmak üzere gelir düzeyi yüksek olanlar lehine bir dağılım göstermektedir. Ancak, genel olarak aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini kullanma olasılığının ihtiyaca göre dağıldığı ve gelirden çok fazla etkilenmediği görülmektedir. Aile hekimi hizmetinin eşit dağılmadığı durumlarda, genellikle yoksullar lehine bir eşitsizliği işaret etmektedir. Hemen hemen her OECD ülkesinde, Aile hekimi/Pratisyen hekim hizmetlerini kullanma olasılığı, gelir grupları arasında oldukça eşit bir şekilde dağılmaktadır, ancak düşük gelirli hastaların, pratisyen hekime bir kez gittikten sonra, daha sık ziyaret etme olasılıkları daha yüksektir (Van Doorslaer vd., 2006a:178-180).

Bago d'Uva vd., tarafından yapılan çalışmada; Belçika, Fransa, Yunanistan ve İspanya'da aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımı genel olarak gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir dağılım göstermektedir (Bago d'Uva vd., 2010:16-17). Park tarafından Kore'de yapılan çalışmada da birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı, düşük gelir düzeyine sahip gruplar lehine bir dağılım göstermiştir. Çalışmanın bulguları düşük gelir düzeyine sahip grupların aile hekimi/pratisyen hekim hizmetlerini çok daha fazla kullandığını göstermektedir (Park, 2016:7).

Lostao vd., tarafından İspanya ve İngiltere'de yapılan çalışmada sağlık ihtiyacı kontrol edildikten sonra, bir aile hekimine başvurma sosyo-ekonomik açıdan gruplara göre farklılık göstermediği ya da daha düşük sosyo-ekonomik gruplara mensup kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür (Lostao vd., 2014:19).

Yiengprugsawan vd., tarafından Tayland'da yapılan çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının gelir düzeyi düşük olanlar arasında daha yoğunlaştığı, farklı sosyo-ekonomik gruplar tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerine makul ölçüde adil bir erişim sağlandığı görülmüştür (Yiengprugsawan vd., 2011:105-113).

Glorioso ve Subramanian tarafından İtalya'da yapılan çalışmada, genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir dağılım göstermiştir. İtalya'da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımında gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir eşitsizlik görülmüştür (Glorioso ve Subramanian, 2016:950).

Asada vd., tarafından Kanada'da yapılan çalışmada, gelir hem aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımının yoğunluğu hem de hekim ziyareti ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili görülmüştür. Daha düşük gelir düzeyine sahip bireyler, aile hekimlerini gelir düzeyi yüksek bireylere göre daha az ziyaret etmekte ancak ilk ziyaretten sonra aile hekimi hizmetini daha fazla kullanmaktalar (Asada vd., 2007:5).

Van Doorslaer vd., tarafından OECD ülkelerinde yapılan çalışmaya göre; İrlanda'da gelir düzeyi düşük olanların aile hekimliği hizmetini daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Avustralya'da ise Avustralyalıların son 12 aydaki hekim hizmeti kullanımı azda olsa gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir eşitsizlik göstermektedir. Aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımı genellikle gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir dağılım

gösterdiği görülmektedir. Asada vd., tarafından Kanada’da yapılan çalışmada aile hekimi hizmeti kullanımı daha düşük gelir düzeyine sahip gruplar arasında daha yoğun olduğu belirlenmiştir. Penning ve Zheng tarafından Kanada’da (British Colombia) 50 yaş ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmasında orta gelir düzeyine sahip katılımcıların yüksek gelir düzeyine sahip katılımcılara göre aile hekimi hizmetini daha fazla kullandığı bu alanda eşitsizlik olduğu görülmüştür. Grasdall ve Monstad tarafından Norveç’te yapılan çalışmada 2000, 2002 ve 2005 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmeti kullanımının daha fazla olduğu, kullanımın gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında yoğunlaştığı görülmüştür (Van Doorslaer vd., 2002:239; Van Doorslaer vd., 2008:103-105; Asada vd., 2007:9; Grasdall ve Monstad, 2011:5; Penning ve Zheng, 2016:60).

Regidor vd., tarafından İspanya’da yapılan çalışmada, gelir düzeyi düşük olanların aile hekimliği hizmetini daha yoğun olarak kullandıkları görülmüştür. Fakat bu durum sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bireylerin özel sağlık hizmetlerini kullanmayı tercih etmeleri ile açıklanabilmektedir. Crespo-Cebada ve Urbanos-Garrido tarafından yapılan çalışmada da, aile hekimi/pratisyen hekim hizmetlerinde hem erişim hem de kullanım sıklığında yoksullar lehine eşitsizlikler görülmektedir. Bu durum ihtiyaç faktörlerinin eşit olmayan dağılımı ile açıklanmaktadır (Regidor vd., 2008:5; Crespo-Cebada, E., ve Urbanos-Garrido, 2012:6).

Mohammadbeigi vd., tarafından İran’da yapılan çalışmada, gelir düzeyi yüksek olanların aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür. Özellikle konsantrasyon endeksi uzman hekim hizmeti için en yüksektir. Bu çalışmalar İran’da sağlık hizmeti kullanımında adaletsizliğin mevcut olduğunu göstermiştir (Mohammadbeigi vd., 2013:665).

Fijaer vd., tarafından Avrupa’da yapılan çalışmada aile hekimi hizmeti kullanımı sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanların aile hekimi hizmetini kullanma olasılıkları daha yüksektir (Fijaer vd., 2017:73).

Turgu vd., tarafından Edirne’de yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların aile hekimi hizmeti kullanımının gelir düzeyi yüksek olan hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum hastaların aile sağlığı merkezlerine rahat ulaşabilmelerinden ve

kesinti payının hastanelere oranla düşük olmasından kaynaklanmış olabilir (Turgu vd., 2018:88).

Manzoor vd., tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük olan katılımcıların pratisyen hekim/aile hekimi hizmeti kullanımı daha fazladır (Manzoor vd., 2009:102).

5.4.1.2. Eğitim

Eğitim her ne kadar eğilim faktörleri içerisinde yer alsada eğitim ve gelir arasında çok yakın bir korelasyon olduğundan eğitim durumu değişkeni bu çalışma kapsamında kolaylaştırıcı bir faktör olarak düşünülmüş ve bu değişkene ait konsantrasyon endeksi de hesaplanmıştır.

Sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında eğitim durumuna göre aile hekimi hizmeti kullanım yoğunluğunun 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu, 2012 yılında ise eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılarda daha fazla (ancak mutlak eşitlik seviyesine çok yakın) olduğu saptanmıştır. Bu bulgular yıllar içerisinde aile hekimi hizmeti kullanımı hakkaniyet seviyesinde iyileşme olduğu ve eğitimin aile hekimi hizmeti kullanımında engel olmadığı tespit edilmiştir.

Sözmen ve Ünal tarafından yapılan çalışmada; eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların aile hekimi hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:103).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Or vd., tarafından Avrupa'nın on üç ülkesinde (Belçika, Danimarka, İngiltere, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Hollanda, Portekiz ve Norveç) yapılan çalışmada Fransa, Portekiz, Macaristan ve Estonya'da ilkokul mezunlarına göre, üniversite mezunlarının aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini kullanma olasılığının önemli ölçüde yüksek olduğu, eğitim düzeyi yüksek olanlar lehine güçlü bir adaletsizlik olduğu belirlenmiştir. İngiltere, Almanya, Norveç ve İtalya'da ise tam tersi ilkokul mezunlarının üniversite mezunlarına göre aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini kullanma olasılığının önemli ölçüde yüksek olduğu ve çalışmamızı desteklediği belirlenmiştir. Belçika, Danimarka, İrlanda, Letonya ve Hollanda'da ise aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımı ile ilgili farklı eğitim kategorileri arasında önemli bir fark bulunmamıştır (Or vd., 2008:2).

Fijaer vd., tarafından Avrupa’da yapılan çalışmada aile hekimi hizmeti kullanımında önemli eşitsizlikler görülmüştür. Eğitimin altı ülkede belirleyici bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Portekiz, Litvanya ve İrlanda’da eğitim düzeyi yüksek olanların aile hekimliği hizmetini kullanma olasılığı daha düşükken, Estonya, Polonya ve Slovenya’da eğitim düzeyi yüksek olanların aile hekimliği hizmetini kullanma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bago d’Uva vd., tarafından yapılan çalışmada; Hollanda’da eğitim düzeyi yüksek olanların aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini daha fazla kullandığı ve eğitime bağlı bir eşitsizliğin olduğu görülmüştür. Bu bulguların, bu çalışmanın bulgularını desteklemediği görülmüştür. Stirbu vd., tarafından 9 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların eğitim düzeyleri yüksek olanlarla karşılaştırıldıklarında aile hekimi hizmeti kullanımı Belçika ve Almanya hariç eşit oranda bir kullanıma sahip oldukları görülmüştür. Blázquez-Fernández vd., tarafından krizden önce (2006) ve ekonomik kriz sırasında (2011-2012) İspanya’da sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmada, eğitim düzeyi düşük olanların genel pratisyen hekim hizmetini daha çok kullandıkları görülmüştür (Fijaer vd., 2017:75; Bago d’Uva vd., 2010:16-17; Stirbu vd., 2011:1-8; Blázquez-Fernández vd., 2014:11).

Asada vd., tarafından Kanada’da yapılan çalışmada aile hekimi hizmeti kullanımı daha düşük eğitim düzeyine sahip gruplar arasında daha yoğun olduğu belirlenmiştir (Asada vd., 2007:9).

Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, hekim hizmetlerini daha fazla kullandıklarını göstermektedir (Park, 2016:7).

Manzoor vd., tarafından Pakistan’da yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların pratisyen hekim/aile hekimi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Manzoor vd., 2009:102).

5.4.1.3. Hastalık Sayısı

Hastalık ihtiyaç faktörleri içerisinde yer alsa da hastalık sayısı arttıkça sağlık hizmeti kullanımının artış göstermesi beklendiğinden ve ihtiyaç duyanların gerekli hizmeti alıp almadığı hakkaniyetin değerlendirilmesi açısından önemli bir konu olduğundan bu değişkene ait konsantrasyon endeksi de hesaplanmıştır.

Sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında aile hekimi hizmeti kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı fazla olan katılımcılarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgular sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların aile hekimi hizmetini kullanabildiklerini göstermektedir.

Uğrak vd., tarafından yapılan çalışmada kronik hastalıklarına göre son altı ay içerisinde katılımcıların sağlık kuruluşlarına gitme sıklıkları incelendiğinde kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla sağlık kuruluşuna gittiği görülmüştür. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların %52,6'sının sadece bir kez, kronik hastalığı olan katılımcıların ise %51,9'unun 2-5 kez arasında hekime başvurdıkları görülmüştür (Uğrak vd., 2016:160).

Asada vd., tarafından Kanada'da yapılan çalışmada, yüksek tansiyon, migren, diyabet, kalp hastalığı, kanser, göz problemi ve felç gibi kronik hastalık değişkenlerinin çoğu, hem pratisyen hekim ziyareti hem de pratisyen hekim hizmetlerinin kullanım yoğunluğu ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı belirleyiciler olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, topluma ait olma hissi, sigara, artrit ve tiroid hastalığı, yalnızca pratisyen hekimlerle iletişim ile ilişkilirken, son 5 yılda doğum yapmış olma, aşırı kilolu, gıda alerjileri ve diğer alerjiler, mide veya bağırsak ülserleri sadece aile hekimi hizmeti kullanım yoğunluğu ile ilişkili bulunmuştur (Asada vd., 2007:9).

Van Oostrom vd., tarafından Hollanda 55 yaş ve üstü bireylerde yapılan çalışmada kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür. Kronik hastalığı olmayanlar için pratisyen hekim ziyareti yılda 6,1 iken, tek bir kronik hastalığı olanlar için 11,7 ve birden fazla hastalığı olan hastalar için 18,3'tür. Kronik hastalık sayısı arttıkça beklenenin aksine aile hekimi hizmet/pratisyen hekim hizmeti kullanımı azalma göstermiştir. Tek kronik hastalığı olan hastalar yılda 9 ile 17 arasında pratisyen hekim hizmeti kullanırken, beş ve daha fazla kronik hastalığı olan hastalar da bu kullanım yılda 5 ile 6 arasında değişmektedir. Hopman vd., tarafından Hollanda'da yapılan çalışmada birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin, bir kronik hastalığı olanlara göre aile hekimi/pratisyen hekim hizmeti kullanımı biraz daha yüksektir (Van Oostrom vd., 2014:1-9; Hopman vd., 2015:45). Hansen vd. tarafından Norveç'te yapılan çalışmada pratisyen hekim hizmeti

kullanımının devamlılığı, uzman hekim ve hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımını azalttığı görülmüştür (Hansen vd., 2013:482).

Starfield vd., tarafından ABD’de yapılan çalışmada birden fazla kronik hastalığı olanların aile hekimi hizmetini uzman hekim hizmetinden daha fazla kullandığı görülmüştür (Starfield vd., 2003). Avusturalya, ABD ve İsveç’te yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerin aile hekimi/pratisyen hekim hizmetini kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla kullandığı görülmüştür (McPhail, 2016:143 Huntley, 2012:134-141; Zulman vd., 2015:4). Kronik hastalıklar uzun süreçli hastalıklar olup bu süreç içerisinde vücut fonksiyonlarında kayıplara neden olan farklı semptomların yaşandığı ve sağlık durumunun değişken olmasından dolayı sağlık kuruluşlarını kullanma sıklığını etkilediği varsayılmaktadır (Hacıhasanoğlu vd., 2010:210; Bilir, 2006:3).

5.4.2. Uzman Hekim Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet

Uzman hekim hizmetlerinin kullanımının hem sınıflandırılmadığı, hem altı grupta sınıflandırıldığı hem de uzman hekim hizmetlerini hiç kullanmayanların analiz dışı tutulduğu ve kullanımın sınıflandırıldığı durumlar için hesaplanan konsantrasyon endeks değerleri, uzman hekim hizmeti kullanımının gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlar ile hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Tahmin edilen gelire, eğitime ve hastalık sayısına yönelik konsantrasyon endeksleri, gelirin uzman hekim hizmetinin kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir.

5.4.2.1. Gelir

Yıllara göre uzman hekim hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının 2008 yılında sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında çok azda olsa daha fazla olduğu (CI:-0,001; CI:-0,008), sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ise uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi yüksek olan katılımcılar arasında çok azda olsa daha fazla olduğu (CI:0,005) görülmüştür. Diğer yıllara bakıldığında sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan

katılımcılar analiz dışı bırakıldığında uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında daha fazla olduğu saptanmıştır. Gelir açısından uzman hekim hizmeti kullanımında hakkaniyet açısından bir iyileşme olduğu ve gelirin uzman hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği görülmüştür.

Öztürk vd., tarafından Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması anketlerinin 2008, 2010 ve 2012 yılları kullanılarak Gini endeksiyle yapılan çalışmada; Türkiye'de 2008 yılında hakkaniyetsizliklerin mevcut olduğu görülmektedir. Özellikle ikinci basamak ayakta bakım hizmetlerinde hakkaniyetsizliğin derecesi birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerinden daha fazla olduğu görülmüştür. 2010 ve 2012 yılında hakkaniyetsizliğin derecesinde azalma olduğu görülmektedir (Öztürk vd., 2017:115-120).

Sözmen ve Ünal tarafından konsantrasyon endeksi ve yatay hakkaniyetsizlik endeksi (horizontal inequity index) kullanılarak yapılan çalışmada; gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Fakat kullanımda yalnızca ihtiyaç faktörleri göz önüne alındığında gelir düzeyi düşük olanlar lehine bir yoğunlaşma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sözmen ve Ünal, 2016:101).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Van Doorslaer vd., tarafından OECD ülkelerinde yapılan çalışmada, uzman hekim hizmeti kullanımı için durum, aile hekimi hizmeti kullanımından çok farklıdır. Tüm ülkelerde, uzman hekim hizmeti kullanma olasılığı gelir düzeyi yüksek olanlar lehine önemli derecede adaletsizlik göstermektedir. Ülkeler arasında, bunun gerçekleşme düzeyinde önemli farklılıklar olsa da, genel olarak, uzman hekim hizmetlerine erişim gelir grupları arasında eşit ve adil bir dağılım göstermemektedir. Gelir düzeyi yüksek olanlar lehine adaletsizlik özellikle Portekiz, Finlandiya ve İrlanda'da en yüksek derecededir. Çoğu ülke için bir hekimi ziyaret etme olasılığı zenginler lehine bir dağılım göstermektedir. Kanada, Finlandiya, İtalya, Meksika, Hollanda, Norveç, Portekiz, İsveç ve ABD olmak üzere endeksler sıfırdan farklıdır (pozitiftir). Özellikle ABD ve Meksika'da, hekim kullanımının zenginler lehine adaletsizliğinin derecesi, en yüksek düzeydedir. Genel sağlık sigortası kapsamının olmadığı bu iki ülkeyi bu anlamda Finlandiya, Portekiz ve İsveç izlemektedir. Diğer 12 ülkede (Avusturya, Avusturalya, Belçika, Danimarka, Fransa, Yunanistan, Macaristan, Almanya, İrlanda, İspanya ve İsviçre, İngiltere) yatay hakkaniyet ilkesi ihlal edilmemiştir.

Bu, sadece incelenen ülkelerin yaklaşık yarısında, ihtiyaç değişkeni kontrol edildikten sonra dağılımlar, daha yüksek gelir grubundaki bireylerin düşük gelir grubundaki bireylerden daha fazla hekim hizmetlerini kullandığı (doktor ziyareti) anlamına gelmektedir. Uzman hekime yapılan ziyaretlerin dağılımları çok farklı bir tablo göstermektedir. İhtiyaç değişkeni kontrol edildikten sonra, hemen hemen tüm dağılımlar, yüksek gelirli gruplar lehine önemli ölçüde adaletsizliği göstermektedir. İstisnalar ise Norveç, Hollanda ve İngiltere'dir. Yatay Hakkaniyet endeksleri pozitifdir fakat sıfırdan önemli ölçüde farklı değildir. Hekim ziyaretlerinin sayısında değişiklik sağlık, gelir ve diğer faktörler kullanılarak açıklanmaktadır. Ayrıca Lüksemburg, uzman hekim hizmeti kullanımında, çok azda olsa yoksullar lehine farklılık göstermektedir. Lüksemburg'da her türlü sağlık hizmeti kullanımı yoksullar lehine farklılık göstermektedir (Van Doorslaer vd., 2006a:179-180; Van Doorslaer vd., 2002:239; Van Doorslaer vd., 2008:97-105).

Fijaer vd., tarafından Avrupa'da yapılan çalışmada uzman hekim hizmeti kullanımı ile ilgili önemli eşitsizlikler vardır. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanların uzman hekim hizmetini kullanma olasılıkları daha yüksektir (Fijaer vd., 2017:73).

Penning ve Zheng tarafından Kanada'da (British colombia) 50 yaş ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmada orta üst gelir grubundan daha düşük düzeyde gelire sahip olan katılımcıların, uzman hekim hizmetini kullanma olasılıkları en yüksek gelir grubundaki katılımcılardan önemli ölçüde daha az olduğu görülmüştür (Penning ve Zheng, 2016:60). Asada vd., tarafından Kanada'da yapılan çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip grupların gelir düzeyi yüksek bireylere göre uzman hekim hizmetini daha az kullandıkları görülmüş ancak gelir, uzman hekim hizmetlerini kullanma yoğunluğu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemiştir (Asada vd., 2007:9).

Lostao vd., tarafından İspanya ve İngiltere'de yapılan çalışmada uzman hekim hizmeti kullanımı, daha yüksek gelir düzeyine sahip gruplar arasında daha yüksektir (Lostao vd., 2014:19). Regidor vd., tarafından İspanya'da yapılan çalışmada ise, gelir düzeyi düşük olanların uzman hekim hizmetini daha yoğun olarak kullandıkları görülmüştür (Regidor vd., 2008:5). Glorioso ve Subramanian tarafından İtalya'da yapılan çalışmada uzman hekim hizmeti kullanımının gelir düzeyi yüksek olan bireyler lehine adaletsiz bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Glorioso ve Subramanian, 2016:950). Grasdal ve Monstad tarafından Norveç'te yapılan çalışmada gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman

hekim hizmeti kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak 2005 yılında eşitsizliklerde azalma görülmesine rağmen hala mevcuttur (Grasdal ve Monstad, 2011:5).

Mohammadbeigi vd., tarafından İran'da yapılan çalışmada, uzman hekim hizmeti kullanımı sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda fazladır. Özellikle konsantrasyon endeksi uzman hekim hizmeti için en yüksek değere sahiptir. Bu çalışmalar İran'da sağlık hizmeti kullanımında adaletsizliklerin mevcut olduğunu göstermiştir (Mohammadbeigi vd., 2013:665). Manzoor vd., tarafından Pakistan'da yapılan çalışmada gelir düzeyinin artmasıyla katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanımının artış gösterdiği görülmüştür (Manzoor vd., 2009:102).

5.4.2.2. Eğitim

Yıllara göre uzman hekim hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim durumu açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun 2008, 2010, 2014 ve 2016 yılında eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu, 2012 yılında ise sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılarda daha fazla olduğu, sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında ise eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre eğitimin uzman hekim hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği görülmektedir.

Sözmen ve Ünal tarafından Türkiye 2008 Sağlık Araştırması verileri kullanılarak ve konsantrasyon endeksi ve yatay hakkaniyetsizlik endeksi (horizontal inequity index) hesaplanarak yapılan çalışmada; eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür (Sözmen ve Ünal, 2016:103).

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde; Or vd., tarafından Avrupa'nın on üç ülkesinde (Belçika, Danimarka, İngiltere, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Hollanda, Portekiz ve Norveç) yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve ikamet yeri değişkenleri kontrol edildikten sonra yüksek eğitim düzeyine sahip

olmanın uzman hekim hizmetlerine erişim üzerinde önemli bir etkisi olduğu, uzman hekim hizmeti kullanımının eğitim düzeyiyle artış gösterdiği, üniversite mezunu bireylerin uzman hekim hizmetini kullanma oranlarının çok daha yüksek olduğu ve bu çalışma bulgularını desteklemediği belirlenmiştir (Or vd., 2008:2).

Bago d'Uva vd., tarafından Avrupa'da yapılan çalışmada; uzman hekim hizmetine erişimde yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler lehine bir eşitsizlik olduğu görülmektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireyler faydalanabilecekleri uzman bakım türü hakkında bilgi sahibi olmadıklarından bir uzman hekimle iletişim kurmamaktadırlar (Bago d'Uva vd., 2010:16-17). Lostao vd., tarafından İspanya ve İngiltere'de yapılan çalışmada, uzman hekim hizmeti kullanımının daha fazla eğitime sahip gruplar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lostao vd., 2014:19). Fijaer vd., tarafından Avrupa'da yapılan çalışmada ülkelerin çoğunda uzman hekim hizmeti kullanımında önemli eşitsizlikler vardı. Eğitim düzeyi yüksek olanların 11 ülkede uzman hekim hizmeti kullanma olasılıkları daha yüksekti. Bu ülkeler sırasıyla İngiltere, İsveç, Avusturya, Norveç, Finlandiya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, İspanya, Polonya ve Portekiz. Polonya ve Portekiz uzman hekim hizmeti kullanımı ve eğitim ile ilgili en yüksek eşitsizliğe sahipti (Fijaer vd., 2017:75). Stirbu vd., tarafından 9 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların Hollanda hariç tüm ülkelerde uzman hekim hizmetini önemli ölçüde daha sık kullandıkları görülmüştür. Uzman hekim hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler, eşitsizliklerin daha fazla olduğu Letonya hariç Doğu Avrupa ve Batı Avrupa ülkelerinde eşit derecede büyüklüğe sahip olduğu görülmüştür (Stirbu vd., 2011:1-8).

Blázquez-Fernández vd., tarafından krizden önce (2006) ve ekonomik kriz sırasında (2011-2012) İspanya'da sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olanların uzman hekim hizmetini daha çok kullandıkları görülmüştür (Blázquez-Fernández vd., 2014:11). Grasdál ve Monstad tarafından Norveç'te yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman hekim hizmeti kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür (Grasdál ve Monstad, 2011:5).

Alguwaihes ve Shah tarafından Kanada'da yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan diyabetli hastaların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanmalarının olası olduğu görülmüştür (Alguwaihes ve Shah, 2009:26). Asada vd., tarafından Kanada'da yapılan

çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip grupların uzman hekim hizmetini daha az kullandıkları görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Asada vd., 2007:9).

Manzoor vd., tarafından Pakistan’da yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların uzman hekim hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Manzoor vd., 2009:102).

5.4.2.3. Hastalık Sayısı

Yıllara göre uzman hekim hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere hastalık sayısı açısından bakıldığı zaman konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı fazla olan katılımcılarda daha fazla olduğu, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların uzman hekim hizmetini kullanabildiklerini göstermektedir.

Uğrak vd., tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların olmayanlara göre daha sık hekime başvurdıkları ve çalışmamızı desteklediği görülmüştür (Uğrak vd., 2016:160).

Asada vd., tarafından Kanada’da yapılan çalışmada, topluma ait olma, stres, fiziksel aktivite ve bazı kronik hastalıklar (artrit, idrar tutamama, diyabet, tiroid durumu, epilepsi, kronik yorgunluk sendromu ve felç), uzman hekim ziyareti veya uzman hekim hizmeti kullanım yoğunluğu ile ilişkili bulunmamıştır (Asada vd., 2007:9).

Stirbu vd., tarafından 9 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada kronik hastalıkları, diyabeti ve hipertansiyonu olan hastaların uzman hekim hizmeti kullanımında büyük eşitsizlikler olduğu görülmüştür. Kronik hastalıkları olanların uzman hekim hizmetine daha çok ihtiyaç duymasına rağmen daha az kullandıkları ve önemli eşitsizliklerin olduğu görülmüştür (Stirbu vd., 2011:1-8). McPhail tarafından Avusturalya’da yapılan çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin uzman hekim hizmetini kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla kullandığı görülmüştür (McPhail, 2016:143).

Starfield vd., tarafından ABD’de yapılan çalışmada birden fazla kronik hastalığı olanlar uzman hekim hizmetini aile hekimi hizmetinden daha fazla kullandıkları görülmüştür (Starfield vd., 2005:216-217).

5.4.3. Günübirlik Tedavi Hizmetleri Kullanımının Belirleyicileri ve Hakkaniyet

Günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımının hem sınıflandırılmadığı, hem altı grupta sınıflandırıldığı hem de günübirlik tedavi hizmetlerini hiç kullanmayanların analiz dışı tutulduğu ve kullanımın sınıflandırıldığı durumlar için hesaplanan konsantrasyon endeks değerleri, uzman hekim hizmeti kullanımının gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlar ile hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Tahmin edilen gelire, eğitime ve hastalık sayısına yönelik konsantrasyon endeksleri, kolaylaştırıcı faktörlerin günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir ve eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir.

5.4.3.1. Gelir

Yıllara göre günübirlik tedavi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında günübirlik tedavi hizmeti kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi düşük olan katılımcılar arasında daha fazla olduğu, gelirin günübirlik tedavi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Bu durum gelir düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ile açıklanabilmektedir.

Alcan tarafından Erzurum’da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında gelir düzeyi yüksek olanların günübirlik/ayakta sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmektedir (Alcan, 2015:29).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Zhou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmaya göre; günübirlik tedavi hizmetleri 2008 yılında günübirlik tedavi hizmetleri kullanımı kırsal Çin’de de gelir düzeyi düşük olanlar lehine dağılım göstermiştir. Günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımı ile karşılaştırıldığında, yatarak tedavi hizmetlerinin kullanımında

daha fazla adaletsizlik görülmektedir. Günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımındaki adaletsizlik 1993'ten 2008'e kadar aşamalı olarak azalmıştır. 2008 yılında günübirlik tedavi hizmetlerinin kullanımı daha adil hale gelmiş ve gelir düzeyi düşük olanlar lehine dağılım göstermeye başlamıştır. Çin'de, artan sigorta kapsamı ve temel sağlık hizmetleri nedeniyle, günübirlik tedavi hizmetleri kullanımı konusundaki adaletsizlikler önemli ölçüde azalmıştır (Zhou vd., 2013:1-8).

Shin ve Kim tarafından ABD'de yapılan çalışmada; ihtiyaç değişkeni kontrol edilmeden önce günübirlik tedavi hizmetleri kullanımının (Ayakta tedavi -poliklinik hizmetleri) gelir düzeyi düşük olanlar arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Bununla birlikte, ayrışma ve yatay hakkaniyet analizlerinin sonucunda, gelir düzeyiyle ilişkili gelir eşitsizliğinde gelir düzeyi düşük olanlar lehine sağlık hizmetleri kullanımının yoğunlaşmasının nedeninin düşük gelirli grupların daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacına sahip olmasından kaynaklandığını göstermiştir. Sağlık ihtiyacı göz önüne alındığında, günübirlik tedavi hizmetleri kullanımının orantısız olarak yüksek gelirli gruplarda yoğunlaştığı görülmüştür (Shin ve Kim, 2010:2-8).

Glorioso ve Subramanian tarafından İtalya'da yapılan çalışmada günübirlik tedavi hizmeti kullanımının gelir düzeyi yüksek olan bireyler lehine adaletsiz bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Glorioso ve Subramanian, 2016:950). Grasdall ve Monstad tarafından Norveç'te yapılan çalışmada 2000, 2002 ve 2005 yılında gelir düzeyi düşük olan katılımcıların günübirlik tedavi hizmeti kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür (Grasdall ve Monstad, 2011:5).

Yiengprugsawan vd., tarafından Tayland'da genel sağlık sigortasından önce ve sonra günübirlik tedavi hizmetleri kullanımında eşitsizliğin araştırılması için yapılan çalışmada; sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması için 2001 yılında uygulamaya konulan ulusal sağlık sigortası ile kayda değer gelişmeler sağlandığı görülmüştür. 2001 ve 2005 yılları arasında il ve ilçe hastanelerinde günübirlik tedavi hizmetleri kullanımının gelir düzeyi düşük olanlar arasında daha yoğun bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Yiengprugsawan vd., 2011:105-113).

Ghosh tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada, gelir düzeyi ile ilgili farklılıklar eyaletten eyalete büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Hindistan'da incelenen on beş kentten sadece iki kentte Pencap, Kerala ve Kuzey-Doğu bölgesinde günübirlik tedavi

hizmeti kullanımında hakkaniyetin sağlandığı görülmüştür. Adaletsizlik kırsal alanlarda kentsel alanlardan çok daha fazladır (Ghosh, 2014:36).

Angel-Urdinola vd., tarafından Nikaragua'da yapılan çalışmada yoksul olmayanların gününbirlik tedavi hizmeti kullanım oranı yoksul olanlara göre 13,2 daha yüksektir (Angel-Urdinola vd., 2008:22).

5.4.3.2. Eğitim

Yıllara göre gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim durumu açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında gününbirlik tedavi hizmeti kullanım yoğunluğunun eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat 2010 yılında sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında gününbirlik tedavi hizmeti kullanım yoğunluğunun eğitim düzeyine göre herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Eğitimin gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği görülmüştür.

Shin ve Kim tarafından ABD'de yapılan çalışmaya göre lise düzeyinden fazla eğitim almış bireylerin yüksek gelir gruplarında yoğunlaştığı ve gününbirlik tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları, buna karşılık lise düzeyinin altında eğitimine sahip bireylerin düşük gelir gruplarında orantısız olarak yoğunlaştığı ve gününbirlik tedavi hizmetlerini daha az kullandıkları belirlenmiştir (Shin and Kim, 2010:6).

Dou vd., tarafından Çin'de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda eğitim ile gününbirlik tedavi hizmeti kullanımı arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir (Dou vd., 2015:7).

Angel-Urdinola vd., tarafından Nikaragua'da yapılan çalışmada ilk ve orta öğretim düzeyinde eğitim alan katılımcıların, eğitim almamış katılımcılara göre gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür (Angel-Urdinola vd., 2008:22).

5.4.3.3. Hastalık Sayısı

Yıllara göre gününbirlik tedavi hizmetini kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere hastalık sayısı açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında gününbirlik tedavi hizmetini kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı fazla olan katılımcılarda daha fazla olduğu, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların gününbirlik tedavi hizmetini kullanabildiklerini göstermektedir. 2010 yılında sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında gününbirlik tedavi hizmetini kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı az olan katılımcılarda çok az da olsa (CI:-0,026) daha fazla olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında 2012 yılında konsantrasyon endeksi katsayılarının daha düşük olduğu yani diğer yıllara göre kullanımın daha az olduğu görülmüştür.

Huntley vd., tarafından İngiltere’de yapılan çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin gününbirlik/ayakta tedavi hizmetlerini kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla kullandığı görülmüştür (Huntley vd., 2012:134-141).

Anand tarafından Hindistan’da 50 yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, tek kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre gününbirlik tedavi hizmetini daha fazla kullandığı görülmüştür. Benzer şekilde, birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı erişkinlerin, kronik hastalığı olmayan yaşlı erişkinlere kıyasla, iki ya da üç kat daha fazla gününbirlik tedavi hizmetini kullandığı görülmüştür (Anand, 2016:16).

5.4.4. Hastanede Yatarak Tedavi Hizmeti Kullanmanın Belirleyicileri ve Hakkaniyet

Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının hem sınıflandırılmadığı, hem altı grupta sınıflandırıldığı hem de hastanede yatarak tedavi hizmetlerini hiç kullanmayanların analiz dışı tutulduğu ve kullanımın sınıflandırıldığı durumlar için hesaplanan konsantrasyon endeks değerleri, hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlar ile hastalık sayısı fazla olan katılımcılar arasında yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Tahmin edilen gelire, eğitime ve hastalık sayısına yönelik konsantrasyon endeksleri, kolaylaştırıcı faktörlerin hastanede yatarak tedavi

hizmetlerinin kullanımında bir engel teşkil etmediği aksine aylık gelir ve eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar lehine bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir.

5.4.4.1. Gelir

Yıllara göre hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere gelir grupları açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu görülmüştür. Sadece 2012 yılında sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım yoğunluğunun gelir düzeyi yüksek olan katılımcılarda çok azda olsa daha fazla olduğu (CI:0,015) görülmüştür. Bu sonuçlara göre gelirin hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği ve hakkaniyetli bir kullanım olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Ayrıca gelir düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla hasta olduğunu göstermektedir.

Öztürk vd., tarafından 2008, 2010 ve 2012 Türkiye Sağlık Araştırması verileri kullanılarak Gini endeksiyle yapılan çalışmada; 2008 yılında ikinci basamak yataklı tedavi hizmetlerinde hakkaniyetsizliklerin olduğu görülmektedir. 2008 yılında gelir düzeyi yüksek olan bireylerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmektedir. 2010 yılında hakkaniyetsizlik azalma yönünde bir eğilim göstererek en düşük seviyede iken 2012 yılında artma şeklinde bir eğilim göstermiştir. 2012 yılında en fazla hakkaniyetsizliğin ikinci basamak yataklı bakım hizmetlerinde olduğu görülmektedir (Öztürk vd., 2017:115-118). Sözmen ve Ünal tarafından 2008 Türkiye Sağlık Araştırması verileri kullanılarak ve konsantrasyon endeksi ve yatay hakkaniyetsizlik endeksi (horizontal inequity index) hesaplanarak yapılan çalışmada; yataklı tedavi hizmeti kullanımının gelir düzeyi düşük olan bireyler arasında yoğunlaştığı bulunmuştur ve bu bulgular bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir (Sözmen ve Ünal, 2016:101).

Alcan tarafından Erzurum’da yapılan çalışmada; 2002-2003 yılında gelir düzeyi yüksek olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmektedir (Alcan, 2015:29). Turgu vd., tarafından Edirne’de yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük

olan hastaların hastaneye başvuru sayıları gelir düzeyi yüksek olan hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Turgu vd., 2018:88).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Van Doorslaer vd., tarafından Avustralya’da yapılan çalışmaya göre; Avustralyalıların hastane ziyareti (hastanede tedavi hizmetleri) olasılığı azda olsa gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir eşitsizlik göstermektedir. Hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım olasılıkları ihtiyaç değişkeni kontrol edildikten sonra bile çok az gelir düzeyi düşük olan bireyler lehine bir dağılım göstermektedir. Düşük gelir dilimindeki bireylerin kamu hastanelerini kullanma olasılıkları yüksekken, yüksek gelir dilimindeki bireylerin, özel hastaneleri kullanma olasılıkları daha yüksektir (Van Doorslaer vd., 2008:102-105).

Glorioso ve Subramanian tarafından İtalya’da yapılan çalışmaya göre; hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının adil bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Glorioso ve Subramanian, 2016:950). Lostao vd., tarafından İspanya ve İngiltere’de yapılan çalışmada sağlık ihtiyacı kontrol edildikten sonra, hastaneye yatma olasılığının sosyo-ekonomik açıdan gruplara göre farklılık göstermediği ya da daha düşük sosyo-ekonomik gruplara mensup kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür (Lostao vd., 2014:19). Regidor vd., tarafından İspanya’da yapılan çalışmada, gelir düzeyi düşük olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha yoğun olarak kullandığı görülmüştür (Regidor vd., 2008:5).

Penning ve Zheng tarafından Kanada’da (British colombia) 50 yaş ve üstü yetişkinlerde 1992-2002 yıllarını kapsayan çalışmada orta ve üst gelir grubuna giren katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kullanma olasılıkları en yüksek gelir grubundaki katılımcılara oranla kayda değer bir şekilde daha fazla olduğu fakat süreç içerisinde eşitsizliklerin azalma eğiliminde olduğu görülmüştür (Penning ve Zheng, 2016:61). Asada vd., tarafından Kanada’da yapılan çalışmada, sosyo-ekonomik statünün hastane hizmetleri/yatarak tedavi hizmetlerinin kullanımı ya da kullanılmaması ve kullanım yoğunluğu (hastanede kalış süresi/ hastanede geçirilen toplam gün sayısı) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ne gelir, ne de eğitimin, hastane kullanımı ya da kullanılmaması ve kullanım yoğunluğu ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır (Asada vd., 2007:9).

Macinko ve Lima-Costa tarafından Brezilya’da yapılan çalışmada; hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı gelir düzeyi düşük olanlar lehine eşitsizlik göstermektedir (Macinko ve Lima-Costa, 2012:6).

Zhou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmada; 2003 ve 2008 yıllarında, kırsal Çin’de hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımının gelir düzeyi yüksek olanlar lehine ciddi bir eşitsizlik olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde aynı ihtiyaçlara sahip olan gelir düzeyi yüksek olan kırsal bölge sakinleri, gelir düzeyi düşük olan kırsal bölge sakinlerinden daha fazla sağlık hizmeti kullanmıştır. Bu yataklı tedavi kaynaklarının büyük payının orantısız bir şekilde gelir düzeyi yüksek bireyler tarafından kullanıldığını göstermektedir Hastanede yatarak tedavi hizmet kullanımının adaletsizliği 1993’ten 2003’e kadar önemli ölçüde artmış ve 2003’ten 2008’e kadar önemli ölçüde düşüş göstermiştir (Zhou vd., 2011:6-8; Zhou vd., 2013:1-8).

Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımında adaletli bir dağılımın olmadığı görülmüştür (Park, 2016:7). Yiengprugsawan vd., tarafından Tayland’da yapılan çalışmada, il/ilçe hastanelerinin kullanımı gelir düzeyi yüksek olan gruplar arasında daha fazla yoğunlaşmaktadır. 2001 ve 2005 yılları arasında il ve ilçe hastanelerinde yatarak tedavi hizmetleri kullanımı daha varlıklı olanlar arasında yoğunlaşmaktadır. Özel hastane hizmetlerinin kullanımında daha varlıklı olanlar lehine bir dağılım söz konusudur. 2005 yılında yoksullar arasında sağlık merkezlerinin giderek yaygınlaşan kullanımının, düşük gelire sahip olanlar, kuzeydoğu kırsalında ikamet edenler ve genel sağlık sigortasının tanıtımı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (Yiengprugsawan vd., 2011:105-113).

Ghosh tarafından Hindistan’da yapılan çalışmada, kentlerin çoğunda ve kırsal alanlarda hastanede yatarak tedavi hizmeti kullanımının zenginler arasında oldukça yoğun olduğu görülmüştür; ancak adaletsizlik, kırsal alanlarda kentsel alanlardan çok daha fazladır. Çoğu eyalette hastanede ortalama kalış süresi özellikle şehirlerde kırsal alanlara göre fakirleri önemli ölçüde desteklemektedir (Ghosh, 2014:36).

Genel sağlık hizmetleri kullanımının gelir düzeyi düşük olan gruplar lehine bir dağılım göstermesini bekleriz çünkü daha düşük gelir grupları genellikle daha kötü sağlık durumuna ve dolayısıyla daha yüksek bakım gereksinimlerine sahiptir (Van Doorslaer vd., 2008:102-103).

Etemad vd., tarafından İran’da yapılan çalışmaya göre; gelir düzeyi yüksek bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağladıkları ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür (Etemad vd., 2015:4).

5.4.4.2. Eğitim

Yıllara göre hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı/hastanede geçirilen toplam gün sayısı hizmetleri kullanım sıklığının kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere eğitim durumu açısından bakıldığı zaman, konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı yoğunluğunun eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat 2010 yılında sağlık hizmeti kullanım sayısı altı grupta sınıflandırıldığında ve hiç kullanmayanların analiz dışı bırakıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı yoğunluğunun eğitim düzeyine göre herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Eğitimin hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı önünde bir engel teşkil etmediği görülmüştür.

Blázquez-Fernández vd., tarafından krizden önce (2006) ve ekonomik kriz sırasında (2011-2012) İspanya’da sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmada, eğitim düzeyi düşük olanların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullandıkları görülmüştür (Blázquez-Fernández vd., 2014:11).

Dou vd., tarafından Çin’de yapılan çalışmada 50 yaş ve üstü kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda eğitim ile hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir (Dou vd., 2015:7). Park tarafından Kore’de yapılan çalışmaya göre; yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıklarını göstermektedir (Park, 2016:7).

Etemad vd., tarafından İran’da yapılan çalışmaya göre; eğitim düzeyi yüksek bireylerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bu durum yüksek öğrenim düzeyine sahip bireylerin daha iyi sağlık hizmeti arama davranışından kaynaklanmış olabilir (Etemad vd., 2015:4).

5.4.4.3. Hastalık Sayısı

Yıllara göre hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanımı hakkaniyetindeki gelişmelere hastalık sayısı açısından bakıldığı zaman konsantrasyon endeksi katsayılarının sağlık hizmetleri sınıflandırılmadığında ve sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı fazla olan katılımcılarda daha fazla olduğu, ihtiyaç duyanların hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanabildiklerini göstermektedir. 2010 yılında sağlık hizmeti kullanımı altı grupta sınıflandırıldığında ve sınıflandırılan sağlık hizmeti gruplarında hiç kullanmayan katılımcılar analiz dışı bırakıldığında hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım yoğunluğunun hastalık sayısı az olan katılımcılarda çok az da olsa (CI:-0,009) daha fazla olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında 2012 yılında konsantrasyon endeksi katsayılarının daha düşük olduğu yani diğer yıllara göre kullanımın daha az olduğu görülmüştür.

Huntley vd. tarafından İngiltere’de yapılan çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla kullandığı görülmüştür (Huntley vd., 2012:134-141). Avusturalya, ABD ve İsveç’te yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerin hastane yatış sıklığının ve hastanede kalınan gün sayısının kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür (McPhail, 2016:143; Zulman vd., 2015:4; Dong vd., 2013:8). Schneider vd. tarafından ABD’de yapılan çalışmada üç ve daha fazla kronik hastalığı olan hastaların kronik hastalığı olmayanlara göre hastanede yatarak tedavi gün sayısının çok daha fazla olduğu görülmüştür (Schneider vd., 2009).

Hopman vd., tarafından Hollanda’da yapılan çalışmada birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin, tek bir kronik hastalığı olanlara göre hastaneye başvuru sıklıkları ve hastane yatarak tedavi oldukları gün sayısı daha fazladır (Hopman vd., 2015:45).

Anand tarafından Hindistan’da 50 yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan çalışmada, tek kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullandığı görülmüştür. Benzer şekilde, birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı erişkinlerin, kronik hastalığı olmayan yaşlı erişkinlere kıyasla, iki ya

da üç kat daha fazla hastanede yatarak tedavi hizmetini kullandığı görülmüştür (Anand, 2016:16).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılında Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörlerinin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıklar, adaletsizliklerin olup olmadığı ve adaletsizlikler mevcut ise yıllar içerisindeki değişiminin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, TÜİK’ten elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması veri setleri kullanılarak konsantrasyon endeksiyle değerlendirilmiştir.

Sadece gelişmekte olan ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de sağlık sektörüne bakıldığında zaman sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından büyük hakkaniyetsizlikler bulunduğu görülmektedir. Özellikle gelir düzeyi, eğitim, hastalık sayısı gibi faktörler sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu çalışma bulgularına dayanılarak, Türkiye Sağlık Sistemine bu üç değişken açısından bakıldığında zaman sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlandığı ve yıllar içerisinde hakkaniyet seviyesinde iyileşme olduğu görülmektedir.

Dezavantajlı grupların (boşanmış, eşi ölmüş, eğitim düzeyi düşük, gelir düzeyi düşük ve 75 yaş ve üstü grupların) sağlık hizmetini daha fazla kullandığı görülmektedir. Fakat bu durum dezavantajlı grupların hastalık sayısının fazla olması ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duymaları ile açıklanabilmektedir. Bu durum dezavantajlı grupların sağlık hizmetine erişimde herhangi bir engelle karşılaşmadığını göstermektedir. Fakat sağlık sistemine ayrılan kaynaklar ve bu kaynakların sınırlı oluşu göz önünde bulundurulduğunda dezavantajlı grupların hastalıklarının ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması, politikaların oluşturulması ve kaynakların daha dikkatli kullanılması sürdürülebilir bir sistem açısından ve sağlık yatırımı açısından son derece önemlidir.

Çalışma kapsamında yer alan katılımcıların sağlık hizmetleri kullanımını gelir düzeyi, eğitim, hastalık sayısı gibi faktörlerle birlikte yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, çalışma durumu ve genel sağlık durumu gibi faktörler de etkilemektedir.

Bu araştırma sonuçları ve konu ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiğinde hakkaniyet seviyesinin daha fazla artırılması en azından

kötüleşmesinin önüne geçilmesi için aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

- a. Ki-kare analizine göre 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılları için yaş ilerledikçe incelenen tüm sağlık hizmetleri kullanma eğiliminin artış gösterdiği saptanmıştır. Özellikle 65-74 yaş grubu ve 75 yaş ve üstü olan katılımcıların hastanede yatarak tedavi hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Fakat 75 yaş ve üstü olan katılımcıların 2008, 2012 ve 2016 yılında aile hekimi hizmeti kullanma eğiliminde 2008, 2010, 2012 ve 2016 yılında uzman hekim hizmeti, 2008 yılında günübirlik tedavi hizmeti kullanma eğiliminde azalma olduğu görülmüştür. Yaşlanmanın doğal sonucu olarak ilerleyen yaşla birlikte hastalık sıklığının artması, kronik ve dejeneratif hastalıkların artması (Kardiovasküler hastalıklar, kanser vb.) ve bağışıklık sistemindeki değişiklikler yaşlıları enfeksiyonlara karşı daha güçsüz hâle getirmektedir. Dolayısıyla ilerleyen yaşla birlikte sağlık hizmeti kullanımının artması beklenen bir durumdur. Fakat 75 yaş ve üstündeki bireylerin sağlık hizmeti kullanma eğilimindeki azalmanın nedenlerinin araştırılması önemlidir. Bu bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı olmamasından mı kaynaklı yoksa var olan ihtiyaç evde bakım hizmetleri vb. gibi farklı kanallardan mı giderilmektedir? Bazı durumlarda ilerleyen yaşla birlikte ve sosyal izolasyondan dolayı var olan sağlık sorunları benimsenip bireyler herhangi bir hizmet arayışına gitmeyebilmektedir. Bu nedenle özellikle 75 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmeti kullanımını temel alacak çalışmaların yapılması önemlidir. Ayrıca nüfusun gittikçe yaşlanması ve yaşlanan nüfusla birlikte artan hastalık yükü, farklı bakım ihtiyaçlarının doğması ve bunun uzun süreli olması, sağlık hizmeti kullanımının artması sağlık harcamalarında artışa neden olan önemli bir faktördür. Dolayısıyla sürdürülebilir politikaların oluşturulmasında bu faktörlerin göz önünde bulundurulması ve sağlık hedefleri, ihtiyaçları planlanırken yaşlı sağlığına önem verilmesi gerekmektedir.
- b. Bu çalışma bulgularına göre genel olarak bakıldığında 2012 yılı hariç aile hekimi hizmeti, uzman hekim hizmeti, günübirlik tedavi hizmeti ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerini kadınların erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmektedir. Literatüre bakıldığında gelişmiş ülkelerde kadınların sağlık hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmektedir. Ancak gelişmekte olan

lkelerde daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadırlar. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamakla birlikte daha fazla hastalık riski taşımakta ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bu alışma bulgularında da kadınların daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmektedir. Kadınların reme biyolojilerinden dolayı (gebelik, doğum ve lohusalık süreci vb. gibi) sağlık hizmetini daha çok kullandığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınlar yoksullukla daha fazla karşı karşıya kalmakta, yaşadıkları eşitsizlik ve ayrımcılık nedeniyle daha fazla depresyon ve strese maruz kalmaktadır. Bu nedenle öncelikle kadınların sosyo-ekonomik statülerinin yükseltilmesi için gerekli tüm girişimlerin yapılması gerekmektedir. Eğitim ve gelir düzeyinin yükseltilmesi de bunların başında gelmektedir. Çünkü bir ülkedeki eğitim düzeyi, sağlığı ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Eğitim sağlıkla ilgili bilinçli kararlar alınması ve alınan kararların uygulanmasıyla birlikte bireylerin kişisel gelişiminin sağlanması açısından son derece önemlidir. Fakat Türkiye’de eğitim düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınların sağlık statülerinin artırılması için eğitim düzeyleri arasındaki farklılıkları azaltacak önlemlerin alınması, eğitimin yaygınlaştırılması, eğitimin kalitesinin artırılması ve cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması çok önemlidir. Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen önemli faktörlerden birisi de gelir düzeyidir. Gelir bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını artırdığı gibi yoksulluk-hastalık döngüsünün kırılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Çünkü hastalık yoksulluğa ve yoksulluğun şiddetlenmesine neden olduğu gibi sağlık hizmetleri kullanımı önünde de ciddi bir engel teşkil etmektedir. Bu nedenle sağlık statüsünün yükseltilmesi ve hastalıkların önlenebilmesi için toplumun gelir düzeyinde eşitliğin sağlanması gerekmektedir. Bu açıdan gelir düzeyi düşük dezavantajlı bireylerin özellikle kadınların gelir düzeyini artıracak politikaların üretilmesi ve bu politikaların uygulamaya konulması büyük bir önem arz etmektedir.

- c. Boşanmış ve eşi ölmüş bireylerin sağlık hizmeti kullanımının daha fazla olduğu saptanmış olup bunun nedeninin tespit edilmesi yönünde yeni araştırmalar yapılması son derece önemlidir. Bu durum bu bireylerin daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ile açıklanabilmektedir. Ancak hangi faktörlerin (stres,

şiddet, toplumsal baskı vb. gibi) bu bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullanımını tetiklediğinin tespit edilmesi gerekmektedir.

- d. Kronik hastalık sayısı fazla olan bireylerin sağlık hizmetini daha fazla kullandıkları görülmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar ciddi bir ekonomik yük oluşturmakta ve sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Ayrıca ciddi üretim kayıplarına da sebebiyet vermektedir. Kronik hastalıklar sağlık hizmeti kullanımı (teşhis, tedavi vb.) ve bakım masrafları yüzünden bireylerin yoksulluklarının daha da şiddetlenmesine ya da yoksulluk sınırının altına düşmesine neden olabilmektedir. Bireyleri sağlığın katastrofik etkilerinden koruyabilmek için kronik hastalıklara neden olan risk faktörleriyle mücadele etmek gerekmektedir. Bu amaçla ulusal politikaların oluşturulması ve bu politikaların sektörlerarası işbirliğiyle uygulanması gerekmektedir.
- e. Hastalıkların sebep olduğu ekonomik yük düşünüldüğünde koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi son derece önemlidir. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık kontrollerinin yapılması tedavi edici kurumlara müracatı azaltmakta ve herhangi bir hastalığın varlığı durumunda erken teşhis edilmesini sağlamakta böylece sağlık harcamalarının azalmasını ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artmasını sağlayacaktır.
- f. Sağlık okuryazarlığının artırılması sağlığın korunması ve sürdürülmesi için son derece önemlidir. Bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması, sağlık hizmetleri kullanımının daha etkin olması ve tıbbi maliyetlerin azaltılması için sağlık okuryazarlığının artırılması büyük önem arz etmektedir. Yaşlı popülasyonun artması ve dolayısıyla kronik hastalıkların artış göstermesi ve sağlığa ayrılan bütçenin ülke ekonomilerine gittikçe artan bir yük bindirmesi sağlık okuryazarlığının öneminin daha da artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırılması için gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması önem kazanmaktadır.
- g. Türkiye Sağlık Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında yapılan reformlarla 2003 yılından itibaren çok ciddi gelişmeler kaydetmiştir. SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. Reformlarla

sağlık alanında olumlu gelişmeler yaşanmakla birlikte, olumsuz değişimlerde gözlenmiştir. Sağlık harcamalarındaki artış olumsuz değişimlerin başında gelmektedir. Toplumun sağlığa erişimin artması, sağlık sisteminin nüfusun neredeyse tamamını kapsaması, hekime başvuru sayısında artışlar olması, ilaç harcamalarındaki artış trendi sağlık harcamalarında artış olmasına neden olmaktadır. Bu durum kaynakların sınırlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda sistem için finansal sürdürülebilirlik açısından endişe yaratmaktadır. Dolayısıyla bu tür çalışmaların düzenli olarak yapılması son derece önemlidir.

- h. Sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler sağlık sistemiyle ilgili olduğu kadar sağlık sisteminin dışında da bir takım faktörler etkili rol oynamaktadır. Bu nedenle sektörler arası işbirliğini sağlamak ve tüm bu sektörlerde oluşturulan ve uygulanan politikaların hakkaniyet odaklı olmasını, böylece hakkaniyet temelli yaklaşımların kurumsallaşmasını sağlamak adaletin gelişimine önemli bir katkı sağlayacaktır.

İlerde yapılacak çalışmalarda aşağıdaki öneriler göz önünde bulundurulabilir:

- a. Bu çalışmada TÜİK tarafından gerçekleştirilen sağlık araştırması veri setleri kullanılmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda farklı kurumların veri setleri kullanılıp karşılaştırmalar yapılabilir. Ayrıca benzer bir çalışma 15 yaş ve altındakiler için gerçekleştirilebilir.
- b. Benzer bir çalışma kamu ve özel sağlık kurumları için ayrı ayrı yapılarak hakkaniyet açısından karşılaştırmalar yapılabilir.
- c. Coğrafi konumunda sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle ilerde yapılacak çalışmalarda bölgesel farklılıkları ve kent-kır farkını temel alacak çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The Health Belief Model. İçinde Predicting and Changing Health Behavior. (Editors: Conner, M., & Norman, P.), Edition: 3, Publisher: McGraw-Hill.
- Aday, L.A. (1972). The Utilization of Health Services: Indices and Correlates. A Research Bibliography, 73, 1-105.
- Aday, L.A., & Andersen, R. (1974). A Framework for The Study of Access to Medical Care, Health Services Research, (9), 209-218.
- Advancing Health Equity in Minnesota: Report to The Legislature (2014). Minnesota Department of Health.
https://www.health.state.mn.us/communities/equity/reports/ahe_leg_report_020114.pdf
 (Erişim Tarihi:15.06.2017)
- Agyemang, S., & Asibey, B.O. (2018). Effect Of Education on Health Care Utilization in Rural Ghana: Thecase of Selected Communities in The Bekwai Municipality. *KNUST Journal of Geography and Development*, 2(1):114-127.
- Ajzen, I. (2006). Constructing A TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.
- Ajzen, I. (1991). The Theory At Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179 211.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. İçinde Action Control (Editör: J. Kuhl vd.). Springer, Berlin: Heidelberg. 11-39.
- Alcan, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet ve Sağlık-Ücretler İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme. *Yayımlanmış Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Alguwaihes, A., & Shah, B.R. (2009). Educational Attainment is Associated with Health Care Utilization and Self-Care Behavior by Individuals with Diabetes. *The Open Diabetes Journal*, 2:24-28.
- Anand, A. (2016). Inpatient and Outpatient Health Care Utilization and Expenditures among Older Adults Aged 50 Years and Above İn India. *Health Prospect*, 15(2):11-19.

- Andersen, R., (1968). Families' Use of Health Services: A Behavioral Model of Predisposing, Enabling, and Need Components. Purdue University, Ph.D., Sociology, Family, University Microfilms, Inc., Ann Arbor, Michigan.
- Andersen, R.M., Kravits, J., & Odin, A.W. (1975). Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy. Boston, MA: Ballinger Publishing Company.
- Andersen, R. (1995). Revisiting The Behavioral Model And Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R.M., & Davidson, P. L. (2007). Improving Access to Care in America: Individual And Contextual Indicators. İçinde Changing The U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management (Editör: Andersen, R. M., Rice, T.H. ve Kominski, G. F.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. 3-31.
- Andersen, R., & Newman, J. F., (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in The United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 95-124.
- Andersen, R., & Newman, J. F., (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in The United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1–28.
- Anderson, M. M. (2013). Testing The Health Belief Model Using Prostate Cancer Screening Intention: Comparing Four Statistical Approaches Applied to Data from The 2008-09 Nashville Men's Preventive Health Survey. Thesis Submitted to the Faculty of The Graduate School of Vanderbilt University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Sociology. Nashville, Tennessee.
- Angel-Urdinola, D., Cortez, R., & Tanabe, K. (2008). Equity, Access to Health Care Services and Expenditures on Health in Nicaragua. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. The World Bank, Washington, DC 20433.
- Arefnya, N. (2018). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Mikro Veri Analizi. *Yayımlanmış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2000). Social Cognition Models and Health Behaviour: A Structured Review, *Psychology & Health*, 15(2), 173-189.
- Asada, Y., & Kephart, G. (2007). Equity in Health Services Use and Intensity of Use in Canada. *BMC Health Services Research*, 7(41).

- Azfredrick, E.C. (2016). Using Anderson's Model of Health Service Utilization to Examine Use Of Services by Adolescent Girls in Southeastern Nigeria. *International Journal Of Adolescence and Youth*, 21(4), 523-529.
- Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A Systematic Review of Studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, (9) 1–15.
- Bago d'Uva, T., Lindeboom, M., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2010). Education- Related Inequity in Health Care with Heterogeneous Reporting of Health. NETSPAR Discussion Paper No. 11/2010-094.
- Bakanlığı, T. S. (2006). Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Serisi – 2, Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler (1. Baskı). Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2011a). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı, Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2004). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması. Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz.
- Bakanlığı, T. S. (2012a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011).
- Bakanlığı, T. S. (2012b). Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011.
- Bakanlığı, T. S. (2012c). Sağlıkta Dönüşüm Programı.
- Bakanlığı, T. S. (2012d). Stratejik Plan 2013 – 2017.
- Bakanlığı, T.S. (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.
- Bakanlığı, T.S. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni.
- Bakanlığı, T.S. (2018a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara.
- Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S.V. (2011). Health Care and Equity in India. *Lancet*, 377(9764), 505–515.
- Barlas, E., Şantaş, F., & Kar, A. (2014). Türkiye'de Bölgesel Bebek Ölüm Hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi, *Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı*, 1-10.
- Bass, D.M., & Noelker, L.S. (1987). The Influence of Family Caregivers on Elders' Use

- of in-Home Services: An Expanded Conceptual Framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(2), 184-196.
- Belek, İ. (2004). Sağlıkta Eşitsizliklerin Değişimi: Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma, *Toplum ve Hekim*, 19(2).
- Belek, İ., & Hamzaoglu, O. (2000). Son Yirmi Yılda Sağlıktaki Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar, *Toplum ve Hekim*, 15(4), 265-267.
- Betancourt, J.R., Corbett, J., & Bondaryk, M.R. (2014). Addressing Disparities and Achieving Equity: Cultural Competence, Ethics, and Health-Care Transformation. *CHEST*, 145(1), 143-148.
- Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3):1-6.
- Blázquez-Fernández, C., Cantarero-Prieto, D., & Perez-Gonzalez, P. (2014). Health Care Utilization and Unmet Needs in Spain: An Analysis Based on National Health Survey Data. Department of Economics, Universidad de Cantabria. Spain.
- Boyce, T., & Brown, C. (2017). Reducing Health Inequities: Perspectives for Policy-Makers and Planners. Engagement and Participation for Health Equity. World Health Organization.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003a). Defining Equity in Health. *Journal Epidemiol Community Health*, (57), 254–258.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003b). Poverty, Equity, Human Rights and Health. *Bulletin of The World Health Organization*, 81 (7), 539-545.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2004). Fox, D. and Scott-Samuel, A. (2004) Human Rights, Equity and Health. Research Report. Nuffield Trust.
- Braveman P.A. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Review Public Health*, 27(1), 167-194.
- Braveman, P. (2014). What Is Health Equity: And How Does A Life-Course Approach Take Us Further Toward It? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 366–372.
- Bronselaer, J.L.J., De Koker, B.S.M., & Van Peer, C.M.A. (2008). The Impact of Divorce on The Health Status of Ex-Partners. *Arch Public Health*, 66:168-186.
- Cameron, R., Ginsburg, H., Westhoff, M., & Mendez, R. V. (2012). Ajzen’s Theory of Planned Behavior and Social Media Use by College Students. *American Journal of Psychological Research*, 8(1), 1-20.

- Chang, M. K. (1998). Predicting Unethical Behavior: A Comparison of The Theory of Reasoned Action on The Theory of Planned Behavior. *Journal of Business Ethics*, 17(16), 1825-1834.
- Chapman, A. R. (2010). The Social Determinants of Health, Health Equity, and Human Rights. *Health and Human Rights Journal*, 12(2), 17-30.
- Chen, M., & Land, K. C. (1986). Testing The Health Belief Model: LISREL Analysis of Alternative Models of Causal Relationships Between Health Beliefs and Preventive Dental Behavior Source: *Social Psychology Quarterly*, 49(1)1, 45-60.
- Choi, E. (2017). Health Inequalities Among Korean Employees. *Safety And Health at Work*, 8(4), 371-377.
- Cisse, B., Luchini, S., & Moatti, J.P. (2007). Progressivity and Horizontalequity in Health Care Finance and Delivery: What About Africa? *HealthPolicy*, 80(1), 51-68.
- Clark, D.W. (1983). Dimensions of The Concept of Access to Health Care. *Bulletin of The New York Academy of Medicine*, 59(1), 1-8.
- Conner, M. (2010). Cognitive Determinants of Health Behavior. *Handbook of Behavioral Medicine*, (pp 19-30): Springer Science+Business Media, Verlag, New York.
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & David P. French D.P. (2016) Howwell Does The Theory of Planned Behaviour Predict Alcohol Consumption? A Systematic Review and Meta Analysis, *Health Psychology Review*, 10(2), 148-167.
- Crespo-Cebada, E., & Urbanos-Garrido, R.M. (2011). Equity and Equality in The Use of Gp Services for Elderly People: The Spanish Case. *Health Policy*, 104(2), 193-9.
- Culyer, A.J., &Wagstaff, A. (1992). Equity and Equality in Health and Health Care. Centre for Health Economics Health Economics Consortium. Discussion Paper 95. University of York Centre for Health Economics. Pp:1-28.
- Çelik, Y. (1994). Sağlıkta eşitlik. *Toplum ve Hekim*, 63 (9), 12-15.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi* (1. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi* (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çezik, F. M. (2014). Sağlık Hizmet Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.

- Çınaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. *Journal Of Business Research-Turk*, 11(2), 876-897.
- Çınaroğlu, S., & Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 73-86.
- Çenesiz, E. & Atak N. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-434.
- Dadashpoor, H., & Rostami, F. (2017). Measuring Spatial Proportionality Between Service Availability, Accessibility and Mobility: Empirical Evidence Using Spatial Equity Approach in Iran. *Journal of Transport Geography*, (65), 44-55.
- Day, S., Dort, P., & Tay-Teo, K. (2010). Improving Participation in Cancer Screening Programs: A Review of Social Cognitive Models, Factors Affecting Participation, and Strategies to Improve Participation. *Centre for Health Policy, Programs and Economics, University of Melbourne*, 3, 1-173.
- Dedeoğlu, N. (2010). Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hakkı ve Küreselleşme, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4):361-366.
- Demirel, T., & Akin, B. (2014). Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 238-245.
- Denan, Z., Othman, A. A., Ishak, M. N. I., Kamal, M. F. M., & Hasan, H. M. (2015). The Theory of Planned Behavior and Self-Identity Factors Drive Graduates to Be Indebtedness. *International Journal of Social Science and Humanity*, 5(4), 343-346.
- Docteur, E. and Oxley, H. (2003), Health-Care Systems: Lessons From The Reform Experience. OECD Health Working Papers. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-care-systems_884504747522 (Erişim Tarihi: 10.11.2019).
- Dong, H.J., Wressle, E., & Marcusson, J. (2013). Multimorbidity Patterns of and Use Of Health Services by Swedish 85-Year-Olds: An Exploratory Study. *BMC Geriatrics*, 13(120):1-10.
- Dou, L., Liu, X., Zhang, T., & Wu, Y. (2015). Health Care Utilization in Older People with Cardiovascular Disease in China. *International Journal for Equity in Health*, 14(59):1-8.

- Durur, F., Kutlu, G., & Akbulut, Y. (2019). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular. İçinde Ekonomik Büyüme, Kalkınma ve Sağlık Sektörü (Editör: Ağırbaş, İ.), 1-333.
- Erdem, R., & Pirinççi, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(1), 39-41.
- Erdoğan, Ö. N., & Araman A. O. (2017). Health Beliefs and Functional Health Literacy; Interaction with The Pharmaceutical Services. *İstanbul j Pharm*, 47(2), 68-71.
- Erten, S. (2002). Planlanmış Davranış Teorisi ile Uygulamalı Öğretim Metodu. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19(2), 217-233.
- Ertuzun E., Bodurb S., & Karakucuk S. (2013). The Development of Health-Belief Scale on Sportive Recreational Activities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 89, 509 – 516.
- Etemad, K., Yavari, P., Mehrabi, Y., Haghdooost, A., Motlagh, M.E., Kabir, M.J., & Jafari, N. (2015). Inequality in Utilization of In-patients Health Services in Iran. *Int J Prev Med*, 6(45):1-6.
- Fielding, K. S., McDonald, R., & Louis, W.R. (2008). Theory of Planned Behaviour, Identity and Intentions to Engage in Environmental Activism. *Journal of Environmental Psychology*, 318-326.
- Fijaer, E.L., Balaj, M., Stornes, P., Todd, A., McNamara, C.L., & Eikemo, T.A. (2017). Exploring The Differences in General Practitioner and Health Care Specialist Utilization According to Education, Occupation, Income and Social Networks across Europe: Findings from The European Social Survey (2014) Special Module on The Social Determinants of Health. *European Journal of Public Health*, 27(11):73–81.
- Fortney, J.C., Burgess, J.F., Bosworth, H.B., Booth, B.M., & Kaboli, P.J. (2011). A Reconceptualization of Access for 21st Century Healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (suppl 2):639-647.
- Fosto, J.C. (2006). Child Health Inequalities in Developing Countries: Differences across Urban and Rural Areas, 1-10.
- Ghosh, S. (2014). Equity in The Utilization of Healthcare Services in India: Evidence from National Sample Survey. *Int J Health Policy Manag*, 2(1), 29-38.

- Glanz, K., Marcus Lewis, F., & Rimer, B.K. (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. *National Institute of Health*. Second Edition.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath K. (2008). Health Behavior and Health Education Jossey- Bass: San Fransisco. Fourth Edition.
- Glorioso, V., & Subramanian, S.V. (2016). Equity in Access to Health Care Services in Italy. *Health Serv Res*, 49(3), 950–7.
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(26), 149-184.
- Grasdal, A.L., & Monstad, K. (2011). Inequity in The Use of Physician Services in Norway Before and After Introducing Patient Lists in Primary Care. *International Journal for Equity in Health*, 10(25):1-12.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3): 209-216.
- Hansen, A.H., Halvorsen, P.A. Aaraas, I.J., & Førde, O.H. (2013). Continuity of GP Care Is Related to Reduced Specialist Healthcare Use: A Cross-Sectional Survey. *British Journal of General Practice*, 63(612):e482–e489.
- Hayden, J. (2013). *Introduction To Health Behavior Theory*. Jones & Bartlett Publishers, Second Edition. 1-319.
- Hellberg, S., & Johansson, P. (2017). ehealth Strategies and Platforms – The Issue of Health Equity in Sweden. *Health Policy and Technology*. 6(1), 26-32.
- Herrmann WJ., Haarmann A., & Baerheim A. (2017). A Sequential Model for The Structure of Health Care Utilization. *PLoS ONE* 12(5), 1-10.
- Hisar, F. (2011). Tüberküloz Hemşireliğinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi. *Türkiye Klinikleri, J Nurs Sci*, 3(1), 38-44.
- Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M., & Salisbury, C. (2012). Measures of Multimorbidity and morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. *Ann Fam Med*. 10(2):134–141.
- Hopman, P., Heins, M.J., Rijken, M., & Schellevis, F.G. (2015). Health Care Utilization of Patients with Multiple Chronic Diseases in The Netherlands: Differences and Underlying Factors. *European Journal of Internal Medicine*, 35:44-50.

- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47.
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy K., & Weaver J. (2015). The Health Belief Model As an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation, *Health Communication*, 30(6), 566-576.
- Joung, I.M., Van Der Meer, J.B., & Mackenbach, J.P. (1995). Marital Status and Health Care Utilization. *Int J Epidemiol*, 24(3):569-575.
- Kalafatis S. P., Pollard, M., East, R., & M.H. Tsogas. (1999). Green Marketing and Ajzen's Theory of Planned Behaviour: A Cross-Market Examination. *Journal Of Consumer Marketing*, 16(5), 441-460, MCB UNIVERSITY PRESS.
- Karim, F., Tripura, A., Gani, M.S., & Chowdhury, A.M.R. (2006). Poverty Status and Health Equity: Evidence From Rural Bangladesh. *Public Health*, (120), 193–205. Elsevier.
- Kavuncubaşı Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, S. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 10(66), 101-106.
- Kılıç, D., & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *Nevşehir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 192-206.
- Kiriakidis, S. (2015). Theory Of Planned Behaviour: The Intention-Behaviour Relationship and The Perceived Behavioural Control (PBC) Relationship with Intention and Behaviour. *International Journal of Strategic Innovative Marketing*, 3, 40-51.
- Kocagöz, E., & Dursun Y. (2010). Algılanan Davranışsal Kontrol, Ajzen'in Teorisinde Nasıl Konumlanır? Alternatif Model Analizleri. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19), 139-152.
- Kol, E. (2015). Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Küçük, E. (2011). Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Mali Müşavir (SMMM) Olma Niyetinin Altında Yatan Faktörlerin Analizi, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 145- 162.

- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways Between Socioeconomic Determinants of Health. *Journal Epidemiology And Community Health*, (58), 327-332. J Epidemiol Community Health 2004.
- Lawanson, A. O., & Opeloyeru, O. S. (2016). Inequity in Healthcare Utilization: Analysis of The Nigeria Situation. *International Journal of Business And Social Science*, 7(5).
- Lennon, J. L., (2005). The Use of The Health Belief Model in Dengue Health Education. *Dengue Bulletin*, 29.
- Li, C., Dou, L., Wang, H., Jing, S., & Yin, A. (2017). Horizontal Inequity in Health Care Utilization among The Middle-Aged And Elderly in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017, 14, 842.
- Liu, X., Tang, S., Yu, B., Phuong, N., Yan, F., Thien, D., & Tolhurst, R. (2012). Can Rural Health Insurance Improve Equity in Health Care Utilisation? A Comparison Between China and Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 10.
- Lostao, L., Blane, D., Gimeno, D., Netuveli, G., & Regidor, E. (2014). Socioeconomic Patterns in Use of Private and Public Health Services in Spain And Britain: Implications for Equity in Health Care. *Health & Place*, 25:19–25.
- Lundberg, M., & Wang, L. (2006). Health Sector Reforms, Analyzing The Distributional Impact of Reforms, Volume Two: A Practitioners's Guide to Pension, Health, Labor Markets, Public Sector Downsizing, Taxation, Decentralization and Macroeconomic Modeling, (Editor. A. Coudouel, A., & Paternostro, S.) World Bank, Washington D.C.
- Macinko, J. & Lima-Costa, M.F. (2012). Horizontal Equity in Health Care Utilization in Brazil, 1998–2008. *International Journal For Equity In Health*, 2012, 11(33), 1-8.
- Macinko, J., Bof de Andrade, F., Borges de Souza Junior, P.R., Lima-Costa, M.F. (2018). Primary Care and Healthcare Utilization among Older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Public*, 52:1-12.
- Mahapatro, M. (2015). Equity in Utilization of Health Care Services: Perspective of Pregnant Women in Southern Odisha, India. *Indian Journal Of Medical Research*. 142(2), 183–189.
- Malinche Van Der Hoog, (2010). Measuring Equity in Health Care Delivery: A New Method Based on The Concept of Aristotelian Equality. Netspar Theses pp:1-31.

- Manzoor, I., Rahat Hashmi, N., & Mukhtar, F. (2009). Determinants and Pattern Of Health Care Services Utilisation in Post Graduate Students. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 21(3):100-105.
- Martinelli, D., & Medellin, L. (2007). Assessment of Bus Transit Equity in Two Metropolitan Areas. West Virginia University.
- McClenahan, C., Shevlin, M., Adamson, G., Bennett, C., & O'Neill, B. (2007). Testicular Self-Examination: A Test of The Health Belief Model and The Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*, 22(2), 272-84.
- McPhail, S.M. (2016). Multimorbidity in Chronic Disease: Impact on Health Care Resources and Costs. *Risk Management and Healthcare Policy* 9:143–156.
- Mizen, L.A., Macfie, M.L., Findlay, L., Cooper, S.A., & Melville, C.A. (2012). Clinical Guidelines Contribute to The Health Inequities Experienced by Individuals with Intellectual Disabilities. *Implement Science*, 7-42.
- Mohammadbeigi, A., Hassanzadeh, J., Eshrati, B., & Rezaianzadeh, A. (2013). Socioeconomic Inequity in Health Care Utilization, Iran. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 3(3), 139-146
- Mohammadbeigi, A., Hassanzadeh, J., Eshrati, B., & Rezaeeianzadeh, A. (2013). Decomposition of Inequity Determinants of Healthcare Utilization, Iran. *Public Health*, 127(7), 661-667.
- Murray, C.J.L., & Frenk, J. A. (1999). WHO Framework for Health System Performance Assessment. Geneva, Switzerland. World Health Organization, (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.6.).
- Neutens, T. (2015). Accessibility, Equity And Health Care: Review and Research Directions For Transport Geographers. *Journal of Transport Geography*, (43), 14-27.
- Nolen, L. B., Braveman, P., Dachs, J. N. W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J., & Zarowsky, C. (2005). Strengthening Health Information Systems To Address Health Equity Challenges. *Bulletin of The World Health Organization*, 83 (8), 597-603.
- Northridge, M. E., & Freeman, L. (2011). Urban Planning and Health Equity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(3), 582-597.

- Odeyemi, I.A.O., & Nixon, J. (2013). Assessing Equity in Health Care Through The National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis. *International Journal for Equity in Health*, (12)9.
- OECD. (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Dünya Bankası.
- OECD. (2009). Health At a Glance 2009 OECD Indicators.
- OECD. (2013). Health At a Glance 2013, OECD Indicators.
- OECD. (2017). Health At a Glance 2017, OECD Indicators.
- Ohira, S., Stanislawski, S., & Sonobe, Y. (2013). Green Consumption and The Theory of Planned Behavior in The Context Of Post-Megaquake Behaviors in Japan. İçinde NA - Advances in Consumer Research (Editör: Botti, S., & Labroo, A.). Duluth, MN: *Association for Consumer Research*, (41), 321-325.
- Or, Z., Jusot, F., & Yılmaz, E. (2008). Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use For The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. IRDES.
- Öz, E. (2008). Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi. *Yayımlanmış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Öztürk, S., Başar, D., & Kortan Saraçoğlu, I. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Örneği. *Ekonomik Yaklaşım*, 28(105), 95-127.
- Öztürk, S., & Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 139-152.
- Park, J.M. (2016). Equity in The Utilization of Physician and Inpatient Hospital Services: Evidence from Korean Health Panel Survey. *International Journal For Equity in Health*, (15), 159.
- Penning, M.J., & Zheng, C. (2016). Income Inequities in Health Care Utilization among Adults Aged 50 and Older. *Canadian Journal on Aging*, 35(1), 55-69.
- Peter, F. (2001). Health Equity And Social Justice. *Society for Applied Philosophy, Journal of Applied Philosophy*, 18(2).

- Ramirez, L.K.B., Baker, E.A., & Metzler, M. (2008). Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F., & Prochaska, J.O. (2000). Health Behavior Models. *International Electronic Journal of Health Education*, 3 (Special Issue), 180-93.
<https://pdfs.semanticscholar.org/5913/74764a22b4a570906662948e3da0294c03a9.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2019).
- Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R. ve Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender Differences in The Utilization of Health-Care Services among The Older Adult Population of Spain. *BMC Public Health*, 6(1), 155.
- Regidor, E., Martínez, D., Calle, E.M., Astasio, P., Ortega, P., & Domínguez, V. (2008). Socioeconomic Patterns in The Use of Public and Private Health Services and Equity İn Health Care. *BMC Health Services Research*, 8(183).
- Rho, Y. (2013). Socio Economic Equity in Health Care Utilisation in South Korea, Submitted for The Degree of PhD in Social Policy & Social Work, University of York Department of Social Policy & Social Work.
- Roy, K. ve Chaudhuri, A. (2012). Gender Differences in Healthcare Utilization in Later Life. İçinde The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare (Editör: Kuhlmann, E. ve Annandale, E.). UK: Palgrave Macmillan. 256-272.
- Rubanju, A.C.G. (2014). Public Health Crisis? Analysis of Equity of Access Andutilization of Health Services in Uganda. (Thesis Of The Master Of Philosophy), Department of Health Management and Health Economics Institute of Health And Policy Faculty of Medicine University of Oslo.
- Russell, D., Humphreys, J.S., Ward, B.M., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M.R., & Wakerman, J. (2013). Helping Policy-Makers Address Rural Health Access Problems. *The Australian Journal of Rural Health*, 21(2):61-71.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. (Vol. 434). Washington, DC, USA: The World Bank. World Bank Publications.

- O'Shea, E., & Kennelly, B. (2008). The Economics of Mental Health Care in Ireland, Irish Centre for Social Gerontology and Department of Economics, NUI Galway, Mental Health Commission.
- Salti, N., Chaaban, J., & Raad, F. (2010). Health Equity in Lebanon: A Microeconomic Analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(11), 1-21.
- Schneider, K. M., O'Donnell, B. E., & Dean, D. (2009). Prevalence of Multiple Chronic Conditions in The United States' Medicare Population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(82):1-11.
- Sheridan, N.F., Kenealy, T.W., Connolly, M.J., Mahony, F., Barber, P.A., Boyd, M.A., Carswell, P., Clinton, J., Devlin, G., Doughty, R., Dyllal, L., Kerse, N., Kolbe, J., Lawrenson, R., & Moffitt, A. (2011). Health Equity in The New Zealand Health Care System: A National Survey. *International Journal for Equity in Health*, 10(45), 1-14.
- Shi, C.H., Tian, J.H., Wang, Q., Petkovic, J., Ren, D., Yang, K., & Yang, Y. (2014). How Equity Is Addressed in Clinical Practice Guidelines: A Content Analysis. *BMJ Open*, (4), 1-8.
- Shin, H., Aliaga-Linares, L., & Britton, M. (2017). Misconceived Equity? Health Care Resources, Contextual Poverty, And Child Health Disparities in Peru. *Social Science Research*, (66), 234-247.
- Shin, H., & Kim, J. (2010). Research Differences in Income-Related Inequality and Horizontal Inequity in Ambulatory Care Use Between Rural and Non-Rural Areas: Using The 1998-2001 U.S. National Health Interview Survey Data. *International Journal for Equity in Health*, 9:17.
- Silber, J. (1999). Handbook Of Income Inequality Measurement New York: Springer Science & Business Media. First ed.
- Sözmen, K., & Ünal, B. (2016). Explaining Inequalities in Health Care Utilization among Turkish Adults: Findings from Health Survey 2008. *Health Policy*, (120), 100-110.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R., Pavlovich, W. D., & Anderson, G. (2005). Comorbidity and The Use of Primary Care and Specialist Care in The Elderly. *Annals of Family Medicine*, 3(3), 215-222.

- Starfield, B., Lemke, K.W., Bernhardt, T., Foldes, S.S., Forrest, C.B., & Weiner, J.P., (2003). Comorbidity: Implications for The Importance of Primary Care in 'Case' Management. *Ann Fam Med*. 1(1):8-14.
- Stirbu, I., Kunst, A.E., Mielck, A., & Mackenbach, J.P. (2011). Inequalities in Utilisation of General Practitioner and Specialist Services in 9 European Countries. *BMC Health Services Research*, 11(288):1-8.
- Sumah, A.M., Baatiema, L., & Abimbola, S. (2016). The Impacts of Decentralisation on Health-Related Equity: A Systematic Review of The Evidence. *Health Policy*, 120(10), 1183-1192.
- Sokol, R., Moracco, B., Nelson, S., Rushing, J., Singletary, T., Stanley, K., & Stein, A. (2017). How Local Health Departments Work Towards Health Equity. *Evaluation and Program Planning*, Elsevier, 65(C), 117-123.
- Şahin, B., Tatar, M., Karabulut, E., Oğuzhan, G., & Çınaroğlu, S. (2014). Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması (Nihai Rapor).
- Şantaş, F. (2017). Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlişkisi. *İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (13), 545-591.
- Şengül, H., Atmaca, Z., & Bulut A. (2017). Hastaların Eğitim Seviyeleri İle Sağlık Harcamaları ve/veya Sağlık Hizmetlerine Başvuru Sayısı Arasındaki Bağlantının İncelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(12), 906-916.
- Şimşek, H., & Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.
- Tandon, A., Murray, C.J.L., Lauer, J.A., & Evans, D. B. (2000). A WHO Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries, (GPE Discussion Paper Series: No. 30) Geneva, Switzerland.
- Tang, S., Meng, Q., Chen, L., Bekedam, H., Evans, T., & Whitehead, M. (2008). Health System Reform in China 1. Tackling The Challenges to Health Equity in China. *Lancet*, (372), 1493–1501.
- Tatar, M., Şahin, B., Mollahaliloğlu, S., Aydın, S., Maresso, A., & Hernandez-Quevedo, C.. (2011). Turkey: Health System Review. *Health Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, 13(6), 1-186.

- Tarkang, E. E., & Zotor, F.B. (2015). Application Of The Health Belief Model (HBM) in HIV Prevention: A Literature Review. *Central African Journal of Public Health*, 1(1), 1-8.
- Taş, F., Ümit Seviğ, E., & Güngörmüş, Z. (2016). Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi İçin Transteoretik Model İle Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 380-393.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A. & Işık Erer, T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi*, 8(4): 32-43.
- Titus, O.B., Adebisola, O.A., & Adeniji, A.O. (2015). Health-Care Access and Utilization Among Rural Households in Nigeria. *Journal of Development and Agricultural Economics*, 7(5):195-203.
- Top, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *Yayımlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Tugwell, P., Petticrew, M., Kristjansson, E., Welch, V., Ueffing, E., Waters, E., Bonnefoy, J., Morgan, A., Doohan, E., & Kelly, M.P. (2010). Assessing Equity in Systematic Reviews: Realising The Recommendations of The Commission on Social Determinants Of Health. *BMJ*, 341:c4739.
- Turgu, S., Öztora, S., Çaylan, A., & Dağdeviren, H.N. (2018). Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22 (2): 78-91.
- TÜİK. (2015). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf (Erişim Tarihi: 06.03.2017).
- TÜİK. (2013). Yaşam Memnuniyeti Araştırması.
- Türkkan, A. (2006). Kentlerde Sağlıkta Eşitsizlikler, Kent ve Sağlık Sempozyumu, Bursa.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2012). *Economic Development*. 11th ed. pp:1-801.
- Uğrak, U., Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N., & Akyüz, S. (2016). Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Medical Journal*, 5(3):158-165.

- Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- Uğurluoğlu, Ö., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(603), 47-63.
- UNICEF (2016). Health Equity Report 2016: Analysis of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Inequities in Latin America and The Caribbean to Inform Policymaking.
- Van de Poel, E., Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2012). Measurement of Inequity in Health Care with Heterogeneous Response of Use to Need. Tinbergen Institute Is The Graduate School and Research Institute in Economics of Erasmus University Rotterdam, The University of Amsterdam and Vu University Amsterdam.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X. & Puffer, F. (2002). Equity in The Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need Been Achieved? İçinde Measuring up Improving Health System Performance in OECD Countries. OECD (Editör: Smith, P.). Paris. 1-351.
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). Income-Related Inequality in The Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD, Paris.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *CMAJ*, 174(2):177-83.
- Van Doorslaer, E, Masseria, C., & Koolman, X. (2006a). The OECD Health Equity Research Group: Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *Journal List CMAJv*, 174(2):177–183.
- Van Doorslaer, E., Clarke, P., Savage, E., & Hall, J. (2008). Horizontal Inequities in Australia's Mixed Public/Private Health Care System. *Health Policy*, (86): 97–108.
- Van Leer, E., Hapner, E.R. & Connor, N.P. (2008). Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. *J Voice*, 22(6), 688-698.
- Van Oostrom, S.H., Picavet, H.S.J., de Bruin, S.R., Stirbu, I., Korevaar, J.C., Schellevis, F.G., & Baan, C.A. (2014). Multimorbidity of Chronic Diseases and Health Care Utilization in General Practice. *BMC Family Practice*, 15(61):1-9.

- Von Lengerke, T., Gohl, D. ve Babitsch, B. (2014). Re-revisiting The Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. İçinde Health Care Utilization in Germany Theory, Methodology, and Results (Editör: Janssen, C., Ladebeck, N. ve Von Lengerke, T), Pp:1-339.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1991). On The Measurement of Horizontal Inequity in The Delivery of Health Care. *Journal of Health Economics*, (10):169–205.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1994). Measuring Inequalities in Health in The Presence of Multiple-Category Morbidity Indicators. *Health Economics*, (3):281-291.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Measuring and Testing for Inequity in The Delivery of Health Care. *The Journal of Human Resources*, 35(4):716-733.
- Wagstaff, A., Bilger, M., Sajaia, Z., & Lokshin, M. (2011). Health Equity and Financial Protection. The World Bank. Washington, DC. Pp:1-161.
- Waters, H.R. (2000). Measuring Equity in Access to Health Care. *Social Science & Medicine*, (51):599–612.
- Webb K. L. (2017). Theory of Planned Behaviour: General Practitioners Prescribing and Referral Behaviour, Pp:1-13.
https://www.researchgate.net/publication/317133094_Theory_of_planned_behaviour_general_practitioners'_prescribing_and_referral_behaviour (Erişim Tarihi:13.02.2018).
- Wenzl, M., Naci, H., & Mossialos, E. (2017). Health Policy in Times of Austerity-a Conceptual Framework for Evaluating Effects of Policy on Efficiency and Equity Illustrated with Examples from Europe Since 2008. *Health Policy*, (121): 947–954.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf (Erişim Tarihi: 10.02.2017).
- Wirth, M., Delamonica, E., Sacks, E., Balk, D., Storeygard, A., & Minujin, A. (2006). Monitoring Health Equity in The MDGs: A Practical Guide, CIESIN and UNICEF.

- WHO. (World Health Organization) (1998a). Independent Inquiry Into Inequalities In Health Report.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf (Erişim Tarihi:25.04.2018).
- WHO. (World Health Organization) (1998b). Final Report of Meeting on Policy-Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care, World Health Organization, Geneva.
- WHO. (World Health Organization) (2000).The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (World Health Organization) (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of The Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (World Health Organization) (2003). Social Determinant of Health. The Solid Facts. WHO Regional Office for Europa, Copenhagen, Denmark.
- WHO. (World Health Organization) (2004). Priorities for Research to Take Forward The Health Equity Policy Agenda Report from The WHO Task Force on Health System Research Priorities for Equity in Health.
- WHO. (World Health Organization) (2008). Closing The Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health. Final Report of The Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WHO. (World Health Organization) (2010). A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. *Social determinants Of Health Discussion Paper 2*. Debates, Policy & Practice, Case Studies. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2013). Closing The Health Equity Gap Policy Options And Opportunities For Action. 1-55.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78335/9789241505178_eng.pdf;jsessionid=F6A674A30F83A2982F30A1C2FCA2D83F?sequence=1 (Erişim Tarihi: 10.08.2018).

- WHO. (World Health Organization) (2017). Governing for Health Equity and Sustainable Development in Montenegro. Current Progress and Opportunities for Cross Sectoral Action on Social Determinants to Improve Equity in Health. WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (World Health Organization). World Health Statistics 2017. Monitoring Health for The SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (World Health Organization) (2017b). Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for Exploring and Comparing Health Inequalities in Countries. Built-in Database Edition. Version 2.0. Geneva.
- WHO. (World Health Organization) (2018). Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for Exploring and Comparing Health Inequalities in Countries. Built-in Database Edition. Version 2.1. Geneva, World Health Organization, 2018.
- World Bank, (2003). Quantitative Techniques for Health Equity Analysis: Technical Note No. 6.
- World Bank, (2003a). Quantitative Techniques for Health Equity Analysis: Technical Note No. 7.
- World Bank, (2006). World Development Report 2006: Equity and Development. New York: Oxford University Press for the World Bank.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., & Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4):563-573.
- Yazbeck, A. S., & Peters, D. H. (2003). Health Policy Research in South Asia: Building Capacity for Reform. Health, Nutrition, and Population;. Washington, DC: World Bank.
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Kanık, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y., & Şimşek, Y. (2003). Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyo-demografik Faktörlerin İlişkisi. *Yeni Symposium*, 41(3): 120-124.
- Yiengprugsawan, V., Carmichael, G., Lim, L.Y., Seubsman, S., & Sleight, A. (2011). Explanation of Inequality in Utilization of Ambulatory Care Before and After Universal Health Insurance in Thailand. *Health Policy Plan*, (26):105–14.
- Yıldırım, H.H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, *Sağlık-Sen Yayınları – 21*, Ankara.

- Yüksel Arabacı, R. (2009). Türkiye’de Yoksulluk ve Bölgeler Arası Gelişmişlik Farkları Açısından: Sağlıkta Adalet. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, XXVIII(1), 1-25.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray C.J.L. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet*, (362), Pp:111–117.
- Zhou, Z., Gao, J., Fox, A., Rao, K., Xu, K., Xu, L., & Zhang, Y. (2011). Measuring The Equity of inpatient Utilisation in Chinese Rural Areas. *BMC Health Services Research*, 11(201).
- Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Campbell, B., Zhu, Z., Xu, L., & Zhang, Y. (2013). Assessing Equity of Healthcare Utilisation in Rural China: Results From Nationally Representative Surveys from 1993 to 2008. *Int J Equity Health*, 12(34):12-34.
- Zulman, D.M., Pal Chee, C., Wagner, T.H., Yoon, J., Cohen, D.M., Holmes, T.H., Ritchie, C., & Asch, S.M. (2015). Multimorbidity and Healthcare Utilisation among High-Cost Patients in The Us Veterans Affairs Health Care System. *BMJ Open*, 5(4):1-9.

EK 1. TÜİK Veri Kullanım Taahhütnamesi- 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 Yılı

Başvuru no: 1939

DAĞITIMINDA KISITLAMA OLMAYAN MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ

MADDE1- İşbu taahhütname, Başkanlık dışına çıkmasında sakınca olmayan mikro verilerin kullanım esaslarını, ilkeleri ve yükümlülükleri belirler.

MADDE2- İşbu taahhütname, Madde 1’de belirtilen amaç doğrultusunda **Sağlık Araştırması 2008, 2010, 2012, 2014 yılları** mikro veri setlerinin Türkiye İstatistik Kurumu Mikro Veriye Erişim ve Kullanımı Hakkındaki Yönerge çerçevesinde kullanımını düzenler.

MADDE 3- Mikro verilerin kullanımı için aşağıdaki hükümler uygulanır:

- a) Araştırmacının hatalı hesaplama sonucu elde ettiği bulgular, sadece araştırmacıyı bağlar.
- b) Araştırmacı, çalışmadan elde ettiği sonuçları yayınlarken kullandığı Kurum mikro verilerini kaynak gösterir.
- c) Araştırmacı, yayımladığı rapor, makale, yayın vb. çalışmalarının bir kopyasını en geç üç ay içerisinde Kurum Kütüphanesine göndermekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirmediği tespit edilen araştırmacının daha sonraki mikro veri kullanım talepleri karşılanmaz.
- d) Araştırmacı aldığı mikro veri setini çoğaltamaz, üçüncü şahıslara veremez, satamaz veya devredemez.

MADDE 4- Araştırmacı, 5429 sayılı Türkiye İstatistik Kanunu’nun 13. ve 14. maddeleri ile “Resmi İstatistiklerde Veri Gizliliği ve Gizli Veri Güvenliğine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”te tanımlanan gizlilik ilkelerini dikkate alarak, bu ilkeyi ihlal edecek bilgi, tablo vb. yayımlamayacağını ve mikro verileri sadece istatistik üretmek amacıyla kullanacağını iş bu metin ile taahhüt etmiş sayılır.

MADDE 5- İhtilaf halinde Ankara Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 6- İşbu taahhütname **Abide AKSUNGUR** tarafından Türkiye İstatistik Kurumu’na verilmek üzere düzenlenmiştir. Bu taahhütnameye ilişkin olarak yapılan bütün tebligat ve yazışmalar aşağıdaki adrese iletilir. Adres değişikliği yazılı olarak tebliğ edilmediği sürece bu adrese yapılan bildirimler geçerli sayılır.

Hacettepe Üniversitesi
Beytepe Mah.
06800 Çankaya/ANKARA

Tel: 05066724949

Yukarıda yer alan hükümleri kabul ettiğimi ve bunlara uyacağımı taahhüt ederim.

Ad: **Abide**

Soyad: **AKSUNGUR**

Tarih: **24/07/2017**

İmza:

Tük Veri Kullanım Taahhütnamesi- 2016 Yılı

Başvuru no: 2061

DAĞITIMINDA KISITLAMA OLMAYAN MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ

MADDE1- İşbu taahhütname, Başkanlık dışına çıkmasında sakınca olmayan mikro verilerin kullanım esaslarını, ilkeleri ve yükümlülükleri belirler.

MADDE2- İşbu taahhütname, Madde 1’de belirtilen amaç doğrultusunda **Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı** mikro veri setlerinin Türkiye İstatistik Kurumu Mikro Veriye Erişim ve Kullanımı Hakkındaki Yönerge çerçevesinde kullanımını düzenler.

MADDE 3- Mikro verilerin kullanımı için aşağıdaki hükümler uygulanır:

- a) Araştırmacının hatalı hesaplama sonucu elde ettiği bulgular, sadece araştırmacıyı bağlar.
- b) Araştırmacı, çalışmadan elde ettiği sonuçları yayınlarken kullandığı Kurum mikro verilerini kaynak gösterir.
- c) Araştırmacı, yayımladığı rapor, makale, yayın vb. çalışmalarının bir kopyasını en geç üç ay içerisinde Kurum Kütüphanesine göndermekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirmediği tespit edilen araştırmacının daha sonraki mikro veri kullanım talepleri karşılanmaz.
- d) Araştırmacı aldığı mikro veri setini çoğaltamaz, üçüncü şahıslara veremez, satamaz veya devredemez.

MADDE 4- Araştırmacı, 5429 sayılı Türkiye İstatistik Kanunu’nun 13. ve 14. maddeleri ile “Resmi İstatistiklerde Veri Gizliliği ve Gizli Veri Güvenliğine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”te tanımlanan gizlilik ilkelerini dikkate alarak, bu ilkeyi ihlal edecek bilgi, tablo vb. yayımlamayacağını ve mikro verileri sadece istatistik üretmek amacıyla kullanacağını iş bu metin ile taahhüt etmiş sayılır.

MADDE 5- İhtilaf halinde Ankara Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 6- İşbu taahhütname **Abide AKSUNGUR** tarafından Türkiye İstatistik Kurumu’na verilmek üzere düzenlenmiştir. Bu taahhütnameye ilişkin olarak yapılan bütün tebligat ve yazışmalar aşağıdaki adrese iletilir. Adres değişikliği yazılı olarak tebliğ edilmediği sürece bu adrese yapılan bildirimler geçerli sayılır.

Hacettepe Üniversitesi
Beytepe Mah.
06800 Çankaya/ANKARA

Tel: 05066724949

Yukarıda yer alan hükümleri kabul ettiğimi ve bunlara uyacağımı taahhüt ederim.

Ad: **Abide**

Soyad: **AKSUNGUR**

Tarih: **25/10/2017**

İmza:



EK 2. 2008, 2010, 2012 ve 2014 Yılına Ait Ki-Kare Analizi

Katılımcıların Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmetini Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	15-24	2507	87,8	349	12,2	2430	84,8	435	15,2	1874	66,7	937	33,3	2715	94,4	162	5,6
	25-34	2762	84,3	515	15,7	2593	79,1	687	20,9	1916	59,6	1297	40,4	2996	90,5	313	9,5
	35-44	2365	82,5	502	17,5	2210	77,2	652	22,8	1614	58,0	1168	42,0	2674	92,8	208	7,2
	45-54	1827	75,9	580	24,1	1747	72,4	665	27,6	1262	54,8	1041	45,2	2223	91,8	198	8,2
	55-64	1151	72,3	442	27,7	1085	68,0	510	32,0	778	51,3	740	48,7	1414	88,2	190	11,8
	65-74	632	67,7	302	32,3	609	65,8	317	34,2	408	46,8	463	53,2	781	82,9	161	17,1
	75+	422	71,9	165	28,1	399	67,7	190	32,3	291	53,2	256	46,8	489	82,9	101	17,1
		$\chi^2=358,208$ p<0,001				$\chi^2= 290,279$ p<0,001				$\chi^2=177,918$ p<0,001				$\chi^2=190,134$ p<0,001			

Ek Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	5650	85,4	968	14,6	5414	81,8	1206	18,2	4125	63,9	2327	36,1	6140	92,4	508	7,6
	Kadın	6016	76,1	1887	23,9	5659	71,6	2250	28,4	4018	52,9	3575	47,1	7152	89,7	825	10,3
		$\chi^2=195,116$ p<0,001				$\chi^2=208,075$ p<0,001				$\chi^2=173,753$ p<0,001				$\chi^2=31,930$ p<0,001			

Ek Tablo 3. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum	Bekâr	2884	89,0	357	11,0	2794	86,0	456	14,0	2193	68,7	998	31,3	3125	96,2	125	3,8
	Evli	8015	78,8	2162	21,2	7553	74,2	2633	25,8	5425	55,3	4394	44,7	9193	89,6	1062	10,4
	Eşi Ölmüş	583	67,1	286	32,9	566	65,7	295	34,3	398	49,0	414	51,0	758	86,6	117	13,4
	Boşanmış	184	78,6	50	21,4	160	69,0	72	31,0	127	57,0	96	43,0	206	87,7	29	12,3
		$\chi^2=266,546$ p<0,001				$\chi^2=253,374$ p<0,001				$\chi^2=208,125$ p<0,001				$\chi^2=150,891$ p<0,001			

Katılımcıların Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	2077	73,4	753	26,6	2021	71,2	817	28,8	1425	53,4	1246	46,6	2491	86,9	377	13,1
	İlköğretim	5519	80,7	1323	19,3	5257	76,9	1583	23,1	3879	58,5	2753	41,5	6259	91,1	611	8,9
	Ortaokul	953	83,4	190	16,6	899	78,4	247	21,6	658	59,2	454	40,8	1067	92,6	85	7,4
	Lise	2067	84,8	371	15,2	1934	79,2	508	20,8	1467	61,4	921	38,6	2286	93,1	170	6,9
	Üniversite	1050	82,8	218	17,2	962	76,2	301	23,8	714	57,5	528	42,5	1189	93,0	90	7,0
		$\chi^2=128,964$ p< 0,001				$\chi^2=55,867$ p<0,001				$\chi^2=36,653$ p<0,001				$\chi^2=81,760$ p<0,001			

Ek Tablo 5. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvence	GSS	9895	78,9	2649	21,1	9305	74,2	3240	25,8	6676	55,2	5421	44,8	11408	90,3	1230	9,7
	Özel	16	84,2	3	15,8	12	63,2	7	36,8	11	61,1	7	38,9	18	94,7	1	5,3
	Sağlık Güvencesi Yok	1755	89,6	203	10,4	1756	89,4	209	10,6	1456	75,4	474	24,6	1866	94,8	102	5,2
		$\chi^2=124,088$ p<0,001				$\chi^2=218,043$ p<0,001				$\chi^2=280,304$ p<0,001				$\chi^2=42,890$ p<0,001			

Ek Tablo 6. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Evet	4672	85,9	766	14,1	4454	81,9	987	18,1	3339	62,7	1987	37,3	5132	93,8	339	6,2
	Hayır Çalışmıyor	6994	77,0	2089	23,0	6619	72,8	2469	27,2	4804	55,1	3915	44,9	8160	89,1	994	10,9
		$\chi^2=171,072$ p<0,001				$\chi^2=153,000$ p<0,001				$\chi^2=78,269$ p<0,001				$\chi^2=89,859$ p<0,001			

Ek Tablo 7. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir Düzeyi	0-1080	3114	78,1	872	21,9	3078	77,1	916	22,9	2254	59,1	1563	40,9	3554	88,6	459	11,4
	1081-1550	2444	79,4	636	20,6	2334	75,8	745	24,2	1743	58,5	1236	41,5	2850	91,8	255	8,2
	1551-2170	2494	82,1	544	17,9	2326	76,5	713	23,5	1742	58,8	1219	41,2	2802	91,5	260	8,5
	2171-3180	1984	80,5	480	19,5	1877	76,0	594	24,0	1343	56,1	1052	43,9	2226	91,4	214	8,6
	3181 +	1630	83,5	323	16,5	1458	74,9	488	25,1	1061	56,0	832	44,0	1820	92,6	145	7,4
		$\chi^2=32,317$ p<0,001				$\chi^2=3,936$ p>0,05				$\chi^2=9,488$ p=0,050				$\chi^2=38,484$ p<0,001			

Katılımcıların İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 8. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	1336	92,0	116	8,0	1328	91,3	127	8,7	1130	78,5	309	21,5	1423	97,1	42	2,9
	İyi	6442	85,7	1072	14,3	6196	82,4	1320	17,6	4675	63,5	2686	36,5	7111	94,1	449	5,9
	Orta	2901	73,0	1074	27,0	2670	67,1	1310	32,9	1792	47,2	2001	52,8	3524	87,9	484	12,1
	Kötü	858	62,6	512	37,4	764	55,8	606	44,2	473	37,5	787	62,5	1081	78,2	302	21,8
	Çok Kötü	125	60,7	81	39,3	111	54,4	93	45,6	70	37,2	118	62,8	150	73,2	55	26,8
		$\chi^2=722,224$ p<0,001				$\chi^2=894,775$ p<0,001				$\chi^2=770,431$ p<0,001				$\chi^2=551,590$ p<0,001			

Ek Tablo 9. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2008

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Sayısı	Hiç Hastalık Yok	4667	91,1	458	16	4541	88,7	576	11,3	3748	74,2	1302	25,8	4922	95,6	228	4,4
	1 Hastalık	2087	81,0	491	17,2	1967	76,3	611	23,7	1317	52,6	1189	47,4	2383	91,8	213	8,2
	2 Hastalık	1665	78,4	458	16	1584	74,5	543	25,5	1118	54,2	946	45,8	1945	91,0	193	9,0
	3 Hastalık	851	74,8	286	10	773	67,6	371	32,4	503	46,1	588	53,9	1005	87,8	139	12,2
	4 Hastalık	703	72,9	261	9,1	652	67,2	318	32,8	442	48,1	477	51,9	866	89,2	105	10,8
	5 Hastalık ve üzeri	1693	65,3	901	31,6	1556	60,0	1037	40,0	1015	42,0	1400	58,0	2171	82,7	455	17,3
		$\chi^2=807,072$ p<0,001				$\chi^2=912,815$ p<0,001				$\chi^2=941,334$ p<0,001				$\chi^2=369,107$ p<0,001			

Katılımcıların Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 10. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmetini Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	15-24	822	67,4	397	32,6	910	69,1	407	30,9	2505	93,9	162	6,1	2009	75,3	658	24,7
	25-34	918	68,2	428	31,8	1060	66,4	536	33,6	2631	90,7	271	9,3	2099	72,3	803	27,7
	35-44	862	64,8	468	35,2	1032	65,2	552	34,8	2625	93,1	194	6,9	2052	72,8	767	27,2
	45-54	785	60,1	521	39,9	929	61,6	578	38,4	2316	92,5	189	7,5	1743	69,6	762	30,4
	55-64	584	56,0	458	44,0	685	59,0	477	41,0	1562	89,0	194	11,0	1171	66,7	585	33,3
	65-74	392	55,6	313	44,4	437	55,4	352	44,6	954	85,6	161	14,4	709	63,6	406	36,4
	75+	203	50,5	199	49,5	269	56,8	205	43,2	551	80,7	132	19,3	454	66,5	229	33,5
		$\chi^2=94,265$ p<0,001				$\chi^2=69,095$ p<0,001				$\chi^2=188,033$ p<0,001				$\chi^2=85,647$ p<0,001			

Ek Tablo 11. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	1776	65,3	942	34,7	2162	66,7	1080	33,3	5825	92,7	462	7,3	4614	73,4	1673	26,6
	Kadın	2790	60,2	1842	39,8	3160	60,9	2027	39,1	7319	89,7	841	10,3	5623	68,9	2537	31,1
		$\chi^2=19,001$ p<0,001				$\chi^2=28,497$ p<0,001				$\chi^2=37,862$ p<0,001				$\chi^2=34,519$ p<0,001			

Ek Tablo 12. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum	Bekâr	898	68,0	423	32,0	1047	70,4	440	29,6	3027	95,7	136	4,3	2415	76,4	748	23,6
	Evli	3271	61,9	2010	38,1	3779	62,2	2300	37,8	9025	90,0	1005	10,0	7016	70,0	3014	30,0
	Eşi Ölmüş	330	53,1	291	46,9	398	57,4	295	42,6	850	86,5	133	13,5	625	63,6	358	36,4
	Boşanmış	67	52,8	60	47,2	98	57,6	72	42,4	242	89,3	29	10,7	181	66,8	90	33,2
		$\chi^2=45,358$ p<0,001				$\chi^2=48,162$ p<0,001				$\chi^2=123,407$ p<0,001				$\chi^2=77,614$ p<0,001			

Katılımcıların Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 13. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	910	58,3	667	41,7	1034	58,3	741	23,8	2390	13,2	363	27,9	1806	65,6	947	34,4
	İlköğretim	2199	64,2	1342	35,8	2475	64,2	1382	44,5	6299	8,1	552	42,4	4953	72,3	1898	27,7
	Ortaokul	327	65,7	217	34,3	393	7,4	205	6,6	985	8,5	91	7	765	71,1	311	28,9
	Lise	675	64,8	336	35,2	831	15,6	452	14,5	2100	7,9	180	13,8	1664	73,0	616	27,0
	Üniversite	455	64,3	222	35,7	589	11,1	327	10,5	1370	7,9	117	9	1049	70,5	438	29,5
		$\chi^2=30,722$ p<0,001				$\chi^2=23,670$ p<0,001				$\chi^2=72,294$ p<0,001				$\chi^2=48,788$ p<0,001			

Ek Tablo 14. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvence	GSS	3781	61,3	2392	38,7	4362	62,1	2657	37,9	10565	90,4	1125	9,9	8221	70,3	3469	29,7
	Özel	37	63,8	21	36,2	78	60,0	52	40,0	161	92,5	13	7,5	104	59,8	70	40,2
	Sağlık Güvencesi Yok	397	67,5	191	32,5	470	72,6	177	27,4	1499	94,6	86	5,4	1264	79,7	321	20,3
		$\chi^2=9,028$ p<0,05				$\chi^2=28,503$ p<0,001				$\chi^2=30,296$ p<0,001				$\chi^2=72,007$ p<0,001			

Ek Tablo 15. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Evet	1525	68,1	714	31,9	1919	69,4	848	30,6	4903	93,5	340	6,5	3828	73,0	1415	27,0
	Hayır Çalışmıyor	3041	59,5	2070	40,5	3403	60,1	2259	39,9	8241	89,5	963	10,5	6409	69,6	2795	30,4
		$\chi^2=49,070$ p<0,001				$\chi^2=68,341$ p<0,001				$\chi^2=64,416$ p<0,001				$\chi^2=18,468$ p<0,001			

Ek Tablo 16. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir Düzeyi	0-1080	822	61,0	526	39,0	902	62,6	540	37,4	2276	89,5	267	10,5	1736	68,3	807	31,7
	1081-1550	1032	61,3	652	38,7	1159	63,4	668	36,6	2809	90,1	309	9,9	2206	70,8	911	29,2
	1551-2170	944	61,3	596	38,7	1083	63,1	634	36,9	2750	91,8	245	8,2	2172	72,5	823	27,5
	2171-3180	905	63,3	525	36,7	1052	62,5	630	37,5	2610	91,6	240	8,4	2028	71,2	822	28,8
	3181 +	830	63,9	469	36,1	1086	64,1	609	35,9	2580	91,6	236	8,4	2002	71,1	814	28,9
		$\chi^2=4,251$ p>0,05				$\chi^2=1,173$ p>0,05				$\chi^2=14,763$ p<0,05				$\chi^2=12,486$ p<0,05			

Katılımcıların İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 17. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	312	71,1	127	28,9	372	73,7	133	26,3	1339	96,0	56	4,0	1165	83,5	230	16,5
	İyi	2339	67,9	1104	32,1	2680	69,4	1183	30,6	7064	94,1	440	5,9	5637	75,1	1867	24,9
	Orta	1384	57,2	1035	42,8	1631	58,4	1161	41,6	3465	88,6	446	11,4	2452	62,7	1459	37,3
	Kötü	459	50,7	446	49,3	555	51,3	527	48,7	1094	78,6	298	21,4	832	59,8	560	40,2
	Çok Kötü	70	50,0	70	50,0	81	44,5	101	55,5	171	73,7	61	26,3	140	60,3	92	39,7
		$\chi^2=147,918$ p<0,001				$\chi^2=207,738$ p<0,001				$\chi^2=505,768$ p<0,001				$\chi^2=395,600$ p<0,001			

Ek Tablo 18. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2010

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Sayısı	Hiç Hastalık Yok	1631	73,5	587	26,5	1819	72,3	697	27,7	5631	95,3	279	4,7	4677	79,1	1233	20,9
	1 Hastalık	1156	63,2	673	36,8	1401	65,2	747	34,8	3181	91,8	284	8,2	2411	69,6	1054	30,4
	2 Hastalık	644	57,1	483	42,9	772	60,8	498	39,2	1680	89,4	199	10,6	1268	67,5	611	32,5
	3 Hastalık	426	56,3	330	43,7	505	58,0	365	42,0	981	85,5	167	14,5	734	63,9	414	36,1
	4 Hastalık	246	52,9	219	47,1	284	53,2	250	46,8	566	84,4	105	15,6	392	58,4	279	41,6
	5 Hastalık ve üzeri	463	48,5	492	51,5	541	49,6	550	50,4	1105	80,4	269	19,6	755	54,9	619	45,1
		$\chi^2=238,573$ p<0,001				$\chi^2=216,223$ p<0,001				$\chi^2=406,947$ p<0,001				$\chi^2=454,588$ p<0,001			

Katılımcıların Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 19. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmetini Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	15-24	1318	61,0	841	39,0	1157	53,9	988	46,1	3668	74,6	1247	25,4	4843	94,8	267	5,2
	25-34	732	39,3	1129	60,7	758	32,4	1580	67,6	3679	68,9	1658	31,1	5113	91,4	479	8,6
	35-44	704	40,4	1039	59,6	659	31,1	1459	68,9	3678	70,0	1576	30,0	5174	93,3	371	6,7
	45-54	692	43,2	909	56,8	683	34,1	1322	65,9	3114	67,0	1534	33,0	4547	92,6	363	7,4
	55-64	466	39,4	717	60,6	499	34,3	955	65,7	2070	64,8	1125	35,2	3077	89,3	368	10,7
	65-74	293	38,9	460	61,1	352	38,2	569	61,8	1227	63,8	695	36,2	1742	82,9	359	17,1
	75+	196	40,7	286	59,3	247	41,0	355	59,0	703	61,3	443	38,7	1017	80,3	249	19,7
		$\chi^2=295,761$ p<0,001				$\chi^2=329,305$ p<0,001				$\chi^2=163,469$ p<0,001				$\chi^2=506,892$ p<0,001			

Ek Tablo 20. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	629	25,3	1856	74,7	594	15,6	3216	84,4	8382	68,4	3877	31,6	11812	91,6	1082	8,4
	Kadın	3772	51,7	3525	48,3	3761	48,4	4012	51,6	9757	68,9	4401	31,1	13701	90,9	1374	9,1
		$\chi^2=521,259$ p<0,001				$\chi^2=1172,035$ p<0,001				$\chi^2=0,893$ p>0,05				$\chi^2=4,534$ p<0,05			

Ek Tablo 21. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum	Bekâr	1338	56,0	1051	44,0	1187	46,6	1359	53,4	4446	72,7	1666	20,1	5995	93,8	394	6,2
	Evli	2606	41,0	3745	59,0	2624	33,5	5206	66,5	12244	67,7	5849	70,7	17435	91,0	1726	9,0
	Eşi Ölmüş	403	47,7	442	52,3	477	49,8	480	50,2	1059	64,8	575	6,,9	1524	84,8	274	15,2
	Boşanmış	54	27,4	143	72,6	67	26,8	183	73,2	390	67,5	188	2,3	559	90,0	62	10,0
		$\chi^2=184,428$ p<0,001				$\chi^2=217,671$ p<0,001				$\chi^2=67,167$ p<0,001				$\chi^2=150,481$ p<0,001			

Katılımcıların Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 22. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 201

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	1064	53,4	929	46,6	1128	50,0	1126	50,0	2775	65,9	1438	34,1	3991	87,7	562	12,3
	İlköğretim	2424	51,8	2258	48,2	2298	43,8	2946	56,2	8799	69,3	3904	30,7	12345	91,7	1112	8,3
	Ortaokul	196	42,9	261	57,1	188	31,1	416	68,9	1069	67,4	517	32,6	1546	92,1	132	7,9
	Lise	606	41,6	852	58,4	598	32,9	1217	67,1	3303	69,9	1422	30,1	4579	93,0	344	7,0
	Üniversite	111	9,3	1081	90,7	143	8,6	1523	91,4	2193	68,7	997	31,3	3052	90,9	306	9,1
		$\chi^2=764,621$ p<0,001				$\chi^2= 860,691$ p<0,001				$\chi^2=22,024$ p<0,001				$\chi^2=98,621$ p<0,001			

Ek Tablo 23. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvence	GSS	4122	45,2	5007	54,8	4089	37,8	6734	62,2	16716	68,0	7883	32,0	23735	91,0	2347	9,0
	Özel	20	43,5	26	56,5	22	46,8	25	53,2	94	67,6	45	32,4	130	90,3	14	9,7
	Sağlık Güvencesi Yok	259	42,7	348	57,3	244	34,2	469	65,8	1329	79,2	350	20,8	1648	94,5	95	5,5
		$\chi^2=1,462$ p>0,05				$\chi^2=5,318$ p>0,05				$\chi^2=91,705$ p<0,001				$\chi^2=25,839$ p<0,001			

Ek Tablo 24. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Evet	10	0,6	1722	99,4	95	3,0	3113	97,0	6798	68,2	3171	31,8	9675	92,8	749	7,2
	Hayır Çalışmıyor	4391	54,5	3659	45,5	4260	50,9	4115	49,1	11341	69,0	5107	31,0	15838	90,3	1707	9,7
		$\chi^2=1677,449$ p<0,001				$\chi^2= 2268,733$ p<0,001				$\chi^2=1,663$ p>0,197				$\chi^2=52,830$ p<0,001			

Ek Tablo 25. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir Düzeyi	0-1080	407	58,5	289	41,5	400	55,4	322	44,6	1227	66,6	614	33,4	1778	89,7	205	10,3
	1081-1550	600	59,3	411	40,7	610	63,7	348	36,3	1113	70,5	466	29,5	1525	89,6	177	10,4
	1551-2170	1216	60,2	804	39,8	1170	63,0	686	37,0	1980	68,7	901	31,3	2811	90,9	283	9,1
	2171-3180	1003	59,6	679	40,4	947	62,0	580	38,0	1681	69,8	729	30,2	2354	92,0	206	8,0
	3181 +	1107	63,5	635	36,5	1060	63,2	618	36,8	1835	72,2	708	27,8	2472	92,4	204	7,6
		$\chi^2=9,114$ p>0,05				$\chi^2=16,291$ p<0,05				$\chi^2=17,108$ p<0,05				$\chi^2=17,570$ p<0,05			

Katılımcıların İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 26. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	521	69,1	233	30,9	412	69,6	180	30,4	1112	73,1	409	26,9	1509	94,1	94	5,9
	İyi	2401	65,9	1240	34,1	2193	67,5	1057	32,5	4018	72,0	1563	28,0	5471	92,2	464	7,8
	Orta	1086	52,3	990	47,7	1221	58,3	874	41,7	1742	66,0	897	34,0	2529	88,8	318	11,2
	Kötü	337	51,5	317	48,5	355	48,6	376	51,4	532	63,6	305	36,4	769	84,7	139	15,3
	Çok Kötü	39	45,3	47	54,7	52	49,5	53	50,5	72	62,6	43	37,4	114	90,5	12	9,5
		$\chi^2=157,145$ p<0,001				$\chi^2= 131,085$ p<0,001				$\chi^2=56,973$ p<0,001				$\chi^2=89,954$ p<0,001			

Ek Tablo 27. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2012

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Sayısı	Hiç Hastalık Yok	2966	47,5	3272	52,5	2796	38,7	4435	61,3	12115	69,5	5318	30,5	16911	91,9	1487	8,1
	1 Hastalık	930	42,4	1264	57,6	977	38,3	1575	61,7	3593	67,9	1700	32,1	5062	90,0	563	10,0
	2 Hastalık	302	39,2	468	60,8	355	35,1	657	64,9	1331	65,7	694	34,3	1942	90,0	215	10,0
	3 Hastalık	109	34,5	207	65,5	127	30,1	295	69,9	571	65,9	295	34,1	844	89,8	96	10,2
	4 Hastalık	52	36,1	92	63,9	63	30,3	145	69,7	273	65,2	146	34,8	405	89,4	48	10,6
	5 Hastalık ve üzeri	42	35,0	78	65,0	37	23,4	121	76,6	256	67,2	125	32,8	349	88,1	47	11,9
		$\chi^2=56,332$ p<0,001				$\chi^2= 35,174$ p<0,001				$\chi^2=20,983$ p<0,001				$\chi^2=34,571$ p<0,001			

Katılımcıların Eğilim Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 28. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmetini Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	15-24	1020	58,4	727	41,6	1114	54,8	918	45,2	1356	40,0	2032	60,0	3098	91,4	290	8,6
	25-34	1069	57,2	799	42,8	1259	51,6	1183	48,4	1339	36,6	2322	63,4	3254	88,9	407	11,1
	35-44	1163	56,1	910	43,9	1307	53,9	1120	46,1	1458	38,7	2310	61,3	3432	91,1	336	8,9
	45-54	988	48,7	1042	51,3	1144	50,0	1144	50,0	1144	34,3	2188	65,7	2965	89,0	367	11,0
	55-64	749	43,0	994	57,0	898	47,7	986	52,3	796	31,2	1759	68,8	2193	85,8	362	14,2
	65-74	376	35,2	692	64,8	502	45,2	608	54,8	436	29,1	1062	70,9	1169	78,0	329	22,0
	75+	195	31,3	429	68,8	304	42,9	404	57,1	245	26,4	682	73,6	686	74,0	241	26,0
		$\chi^2=336,072$ p<0,001				$\chi^2= 61,935$ p<0,001				$\chi^2=132,108$ p<0,001				$\chi^2=395,745$ p<0,001			

Ek Tablo 29. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	2357	53,3	2069	46,7	2894	55,0	2366	45,0	3605	41,3	5116	58,7	7801	89,5	920	10,5
	Kadın	3203	47,6	3524	52,4	3634	47,6	3997	52,4	3169	30,4	7239	69,6	8996	86,4	1412	13,6
		$\chi^2=33,960$ p<0,001				$\chi^2=68,168$ p<0,001				$\chi^2=246,000$ p<0,001				$\chi^2=40,354$ p<0,001			

Ek Tablo 30. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum	Bekâr	1227	60,2	810	39,8	1370	56,5	1053	43,5	1716	41,3	2437	58,7	3890	93,7	263	6,3
	Evli	3878	48,9	4053	51,1	4532	49,7	4593	50,3	4551	34,6	8610	65,4	11403	86,6	1758	13,4
	Eşi Ölmüş	131	47,3	146	52,7	188	53,0	167	47,0	164	31,7	354	68,3	460	88,8	58	11,2
	Boşanmış	324	35,7	584	64,3	438	44,3	550	55,7	343	26,4	954	73,6	1044	80,5	253	19,5
		$\chi^2=164,392$ p<0,001				$\chi^2=53,716$ p<0,001				$\chi^2=116,134$ p<0,001				$\chi^2=215,197$ p<0,001			

Katılımcıların Kolaylaştırıcı Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması**Ek Tablo 31. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014**

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	2496	44,7	3092	55,3	2929	46,9	3318	53,1	3047	33,8	5957	66,2	7680	85,3	1324	14,7
	İlköğretim	1003	54,8	826	45,2	1170	53,6	1011	46,4	1248	37,1	2114	62,9	3083	91,7	279	8,3
	Ortaokul	296	57,1	222	42,9	323	53,2	284	46,8	310	35,0	575	65,0	802	90,6	83	9,4
	Lise	508	61,4	319	38,6	596	57,8	435	42,2	490	33,2	984	66,8	1343	91,1	131	8,9
	Üniversite	69	63,9	39	36,1	100	57,5	74	42,5	87	36,0	155	64,0	224	92,6	18	7,4
		$\chi^2=141,034$ p<0,001				$\chi^2=67,345$ p<0,001				$\chi^2=13,195$ p<0,05				$\chi^2=126,712$ p<0,001			

Ek Tablo 32. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvence	GSS	5195	49,3	5344	50,7	6149	50,4	6055	49,6	6112	34,4	11658	65,6	15561	87,6	2209	12,4
	Ozel	17	51,5	16	48,5	30	58,8	21	41,2	24	31,2	53	68,8	71	92,2	6	7,8
	Sağlık Güvencesi Yok	348	59,9	233	40,1	349	54,9	287	45,1	638	49,8	644	50,2	1165	90,9	117	9,1
		$\chi^2=24,802$ p<0,001				$\chi^2=6,245$ p<0,05				$\chi^2=124,127$ p<0,001				$\chi^2=13,596$ p<0,001			

Ek Tablo 33. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014.

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Evet	2126	57,1	1595	42,9	2561	55,4	2062	44,6	2985	40,3	4430	59,7	6801	91,7	614	8,3
	Hayır Çalışmıyor	3372	46,0	3965	54,0	3919	48,0	4251	52,0	3726	32,3	7823	67,7	9852	85,3	1697	14,7
	Hayır ama işle ilgisi devam ediyor	62	65,3	33	34,7	48	49,0	50	51,0	63	38,2	102	61,8	144	87,3	21	12,7
		$\chi^2=132,460$ p<0,001				$\chi^2=65,292$ p<0,001				$\chi^2=126,717$ p<0,001				$\chi^2=173,556$ p<0,001			

Ek Tablo 34. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyine Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir Düzeyi	0-1080	1496	43,6	1936	56,4	1773	45,8	2097	54,2	2118	35,9	3776	64,1	4965	84,2	929	15,8
	1081-1550	1130	49,2	1165	50,8	1267	48,9	1322	51,1	1445	37,4	2414	62,6	3410	88,4	449	11,6
	1551-2170	915	49,6	928	50,4	1079	51,8	1004	48,2	1044	33,5	2071	66,5	2730	87,6	385	12,4
	2171-3180	1034	54,9	849	45,1	1218	54,7	1007	45,3	1147	35,0	2127	65,0	2963	90,5	311	9,5
	3181 +	985	57,9	715	42,1	1191	56,1	933	43,9	1020	34,1	1967	65,9	2729	91,4	258	8,6
		$\chi^2=117,997$ p<0,001				$\chi^2=80,244$ p<0,001				$\chi^2=14,869$ p=0,005				$\chi^2=128,800$ p<0,001			

Katılımcıların İhtiyaç Faktör Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Karşılaştırılması

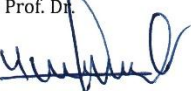
Ek Tablo 35. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	630	61,1	401	38,9	692	60,7	448	39,3	1057	48,7	1112	51,3	2064	95,2	105	4,8
	İyi	2692	56,8	2051	43,2	3091	56,2	2405	43,8	3705	41,2	5283	58,8	8242	91,7	746	8,3
	Orta	1692	45,0	2064	55,0	2032	47,3	2264	52,7	1585	28,1	4061	71,9	4854	86,0	792	14,0
	Kötü	477	34,0	926	66,0	616	37,0	1050	63,0	372	18,8	1610	81,2	1416	71,4	566	28,6
	Çok Kötü	69	31,4	151	68,6	97	33,1	196	66,9	55	16,0	289	84,0	221	64,2	123	35,8
		$\chi^2=348,498$ p<0,001				$\chi^2=294,824$ p<0,001				$\chi^2=730,624$ p<0,001				$\chi^2=928,746$ p<0,001			

Ek Tablo 36. Katılımcıların Hastalık Sayısına Göre Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları, 2014

		Sağlık Hizmeti Kullanma Durumları															
		Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu				Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu				Günübirlik Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu				Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu			
		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri		Hiç Yok		1 ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Sayısı	Hiç Hastalık Yok	2029	59,5	1382	40,5	2173	56,1	1699	43,9	3462	48,1	3731	51,9	6698	93,1	495	6,9
	1 Hastalık	1221	52,7	1094	47,3	1512	54,3	1270	45,7	1450	35,5	2631	64,5	3691	90,4	390	9,6
	2 Hastalık	830	47,6	913	52,4	1056	50,9	1018	49,1	811	28,9	1999	71,1	2467	87,8	343	12,2
	3 Hastalık	563	44,3	709	55,7	674	47,6	742	52,4	448	24,4	1387	75,6	1542	84,0	293	16,0
	4 Hastalık	364	40,3	540	59,7	438	43,3	573	56,7	276	22,4	958	77,6	997	80,8	237	19,2
	5 Hastalık ve üzeri	553	36,7	955	63,3	675	38,9	1061	61,1	327	16,5	1649	83,5	1402	71,0	574	29,0
		$\chi^2=291,736$ p<0,001				$\chi^2=184,811$ p<0,001				$\chi^2=1057,712$ p<0,001				$\chi^2=821,612$ p<0,001			

EK 3. Tez Çalışması Orijinallik Raporu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU										
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA										
Tarih: 15/01/2020										
Tez Başlığı : SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Yukarıda başlığı gösterilen ve Danışmanlığında hazırlanan tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 265 sayfalık kısmına ilişkin, 15/01/2020 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 6'dır. Uygulanan filtrelemeler: 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☒ Kaynakça hariç 3- ☐ Alıntılar hariç 4- ☒ Alıntılar dâhil 5- ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. TEZ DANIŞMANI: AD/SOYAD: Yusuf Çelik ÜNVAN: Prof. Dr. İMZA:  TEZİ HAZIRLAYAN ÖĞRENCİ BİLGİLERİ: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">Adı Soyadı:</td> <td>Abide Aksungur</td> </tr> <tr> <td>Öğrenci No:</td> <td>N12247355</td> </tr> <tr> <td>Anabilim Dalı:</td> <td>Sağlık Yönetimi</td> </tr> <tr> <td>Programı:</td> <td>Sağlık Yönetimi</td> </tr> <tr> <td>Statüsü:</td> <td>☒ Doktora</td> </tr> </table>	Adı Soyadı:	Abide Aksungur	Öğrenci No:	N12247355	Anabilim Dalı:	Sağlık Yönetimi	Programı:	Sağlık Yönetimi	Statüsü:	☒ Doktora
Adı Soyadı:	Abide Aksungur									
Öğrenci No:	N12247355									
Anabilim Dalı:	Sağlık Yönetimi									
Programı:	Sağlık Yönetimi									
Statüsü:	☒ Doktora									

EK 4. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Muafiyet Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYETİ FORMU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 06/01/2020
Tez Başlığı: SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA HAKKANİYET: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmam: 1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır, 2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir. 3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir. 4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, mülakat, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir.
Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullar ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kurul/Komisyon'dan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.
Gereğini saygılarımla arz ederim.
Adı Soyadı: Abide AKSUNGUR Öğrenci No: N12247355 Anabilim Dalı: SAĞLIK YÖNETİMİ Programı: SAĞLIK YÖNETİMİ-DOKTORA Statüsü: ☐ Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Doktora
Tarih ve İmza 
<u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u>
 Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Unvan, Ad Soyad, İmza)
Detaylı Bilgi: http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr Telefon: 0-312-2976860 Faks: 0-3122992147 E-posta: sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
ETHICS COMMISSION FORM FOR THESIS**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
HEALTH ADMINISTRATION DEPARTMENT**

Date: 06/01/2020

Thesis Title: THE EQUITY IN HEALTH CARE UTILIZATION: EVALUATION OF TURKISH HEALTH CARE SYSTEM,

My thesis work related to the title above:

1. Does not perform experimentation on animals or people.
2. Does not necessitate the use of biological material (blood, urine, biological fluids and samples, etc.).
3. Does not involve any interference of the body's integrity.
4. Is not based on observational and descriptive research (survey, interview, measures/scales, data scanning, system-model development).

I declare, I have carefully read Hacettepe University's Ethics Regulations and the Commission's Guidelines, and in order to proceed with my thesis according to these regulations I do not have to get permission from the Ethics Board/Commission for anything; in any infringement of the regulations I accept all legal responsibility and I declare that all the information I have provided is true.

I respectfully submit this for approval.

Date and Signature

Name Surname: Abide AKSUNGUR
Student No: N12247355
Department: HEALTH ADMINISTRATION
Program: HEALTH ADMINISTRATION - Ph.D.
Status: ☐ MA ☒ Ph.D. ☐ Combined MA/ Ph.D.

ADVISER COMMENTS AND APPROVAL

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

(Title, Name Surname, Signature)

EK 5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları

Değişkenler	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Cevap Seçenekleri	Analizde Kullanılan Kategoriler
Yaş	Bitirdiğiniz yaş grubu nedir?		☐ 15-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75 yaş ve üstü
Cinsiyet	Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek ☐ Kadın	☐ Erkek ☐ Kadın
Medeni Durum	Medeni durumunuz nedir?	☐ Hiç evlenmemiş ☐ Evli ☐ Eşi öldü ☐ Boşandı	☐ Bekâr ☐ Evli ☐ Eşi ölmüş ☐ Boşanmış
Eğitim Durumu	En son hangi okulu bitirdiniz?	☐ Bir okul bitirmedi ☐ İlkokul ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul veya mesleki ortaokul ☐ Lise ve dengi okullar ☐ Yüksekokul veya fakülte ☐ Yüksek lisans, doktora ☐ Okuma-yazma bilmeyen	☐ Eğitim almamış ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
Aylık Gelir Düzeyi	Sizin ya da diğer hanehalkı üyeleri için daha önce ifade ettiğiniz gelir türlerini düşünerek hanehalkı gelirinizin aylık ne kadar olduğunu tahmin edebiliyor musunuz? (2008-2010-2012) Hanenizin ortalama aylık geliri aşağıdaki gelir gruplarından hangisinde yer almaktadır? (2014-2016)	☐ 350 YTL'den az ☐ 351 - 500 YTL ☐ 501 -620 YTL ☐ 621 - 750 YTL ☐ 751 - 900 YTL ☐ 901 - 1100 YTL ☐ 1101-1300 YTL ☐ 1301-1700 YTL ☐ 1701-2300 YTL ☐ 2301 YTL'den fazla ☐ Cevap vermek istemiyorum	☐ 0-500 (0-1080TL)* ☐ 501-750 (1081-1550TL) ☐ 751-1100 (1551-2170TL) ☐ 1101-1700 (2171-3180TL) ☐ 1701 ve üzeri (3181TL +)

* 2014 ve 2016 yılları için gelir sınıflaması

Değişkenler	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Cevap Seçenekleri	Analizde Kullanılan Kategoriler
Sosyal Güvence	Herhangi bir sosyal güvenliğiniz var mı?	☐ Evet, Emekli Sandığı (aktif memur) ☐ Evet, Emekli Sandığı (emekli) ☐ Evet, SSK ☐ Evet, BAĞ-KUR ☐ Evet, Yeşil kart ☐ Hayır	☐ GSS ☐ Özel ☐ Sağlık sigortası yok
Çalışma Durumu	Son 7 gün içinde aynı (mal) veya nakdi (para) bir gelir elde etmek amacıyla (ev kadını, öğrenci veya emekli de olsanız) bir saat bile olsa bir işte çalıştınız mı ya da geçici olarak başında bulunmadığınız işyeri veya çalışmadığınız bir işiniz var mı? (Düzenli ücretli, yevmiyeli, çırak, işveren, kendi hesabına veya ücretsiz aile işçisi olarak)	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
Kendi Sağlığını Değerlendirme (Genel Sağlık Durumu)	Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?	☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü ☐ Bilmiyorum ☐ Cevap vermek istemiyorum	☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

Değişkenler	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Cevap Seçenekleri	Analizde Kullanılan Kategoriler
Hastalık Sayısı	Aşağıdaki hastalık/sağlık sorunlarından herhangi birini yaşadınız ya da yaşıyor musunuz?	☐ Astım (alerjik astım dâhil) ☐ Kronik bronşit ☐ Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, amfizem ☐ Enfarktüs (kalp krizi) ☐ Koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) ☐ Kronik kalp yetmezliği ☐ Hipertansiyon ☐ İnme-felç (beyin kanaması, serebral tromboz) ☐ Kireçlenme (osteoartrit, artroz, dejenefatif eklem hastalığı) ☐ Romatizmal eklem hastalığı (romatoid artrit) ☐ Bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (bel ağrısı, bel fıtığı, diğer bel defektleri) ☐ Boyun bölgesi kas iskelet sistem problemleri (boyun ağrısı, boyun fıtığı, diğer boyun defektleri) ☐ Şeker hastalığı ☐ Alerji (alerjik rinit, dermatit, yiyecek vb. alerjisi) (alerjik astım hariç) ☐ Ülser (mide, gastrik veya oniki parmak bağırsağı ülseri) ☐ Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği ☐ Kanser ☐ Migren ve benzeri şiddetli baş ağrısı ☐ İdrar kaçırma, idrarı tutamama ☐ Kronik kaygı ☐ Kronik depresyon ☐ Diğer ruhsal sağlık problemleri ☐ Kansızlık (demir eksikliği anemisi) ☐ Kaza sonucu sürekli yaralanma ya da sakatlık durumu ☐ Sinüzit (sinüs yollarının iltihabı)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve üzeri

Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenlere İlişkin Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları

Değişkenler	Türkiye Sağlık Araştırması Anket Soruları	Analizde Kullanılan Kategoriler
Aile Hekimi Hizmetini Kullanma Durumu	Dünden itibaren önceki 4 hafta içerisinde bir pratisyen hekim ya da aile hekiminizden kaç kez hizmet aldınız?	☐ Hiç kullanmadım ☐ 1 kez kullandım ☐ 2 kez kullandım ☐ 3 kez kullandım ☐ 4 kez kullandım ☐ 5 kez ve üstü kullandım
Uzman Hekim Hizmetini Kullanma Durumu	Dünden itibaren önceki 4 hafta içerisinde bir uzman hekimden kaç kez hizmet aldınız?	☐ Hiç kullanmadım ☐ 1 kez kullandım ☐ 2 kez kullandım ☐ 3 kez kullandım ☐ 4 kez kullandım ☐ 5 kez ve üstü kullandım
Günübirlik/Ayaktan Tedavi Hizmetini Kullanma Durumu	Son 12 ay içerisinde kaç gün hastanede günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti aldınız?	☐ Hiç kullanmadım ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 gün ve üstü
Hastanede Yatarak Tedavi Hizmetlerini Kullanma Durumu/Hastanede Geçirilen Toplam Gün Sayısı	Yataklı tedavi hizmetini/hizmetlerini düşündüğünüzde, hastanede toplam kaç gece geçirdiniz?	☐ 1 gün ☐ 2 gün ☐ 3 gün ☐ 4 gün ☐ 5 gün ve üzeri

EK 6. Hipotezlerin Yıllara Göre Kabul/Ret Durumu

Hipotezler	2008	2010	2012	2014	2016
H1	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H1a	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H1b	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H1c	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H1d	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H2	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H2a	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H2b	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H2c	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H2d	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H3	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H3a	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H3b	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H3c	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H3d	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
H4	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul