



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İktisat Anabilim Dalı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMININ BELİRLEYENLERİ: BİR
MİKRO VERİ ANALİZİ**

Niloufar AREFNYA

Doktora Tezi

Ankara, 2018

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMININ BELİRLEYENLERİ: BİR
MİKRO VERİ ANALİZİ

Niloufar AREFNYA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İktisat Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

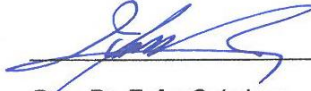
Niloufar Arefnya tarafından hazırlanan "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri" başlıklı bu çalışma, 02/01/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Müslüme Narin (Başkan)



Doç. Dr. Dilek Başar (Danışman)



Doç. Dr. Zafer Çalışkan



Doç. Dr. Aytekin Güven



Yrd. Doç. Dr. Selcen Öztürk

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar Sağlam

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin/Raporumun 2 (iki) yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

02.01.2018

Niloufar AREFNYA

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun 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 metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- o Tezimin/Raporumun 02.01.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- o Tezimin/Raporumun ... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

02.01.2018

Niloufar AREFNYA

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 zgn olduğunu, Doç.Dr. Dilek BAşAR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Niloufar AREFNYA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamdaki katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek BAŞAR'a ve tez izleme komitesi üyeleri Sayın Prof. Dr. Müslüme NARİN, Sayın Doç. Dr. Zafer ÇALIŞKAN, Sayın Doç. Dr. Aytekin GÜVEN ve Yrd. Doç. Dr. Selcen ÖZTÜRK hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, beni eğitimimin devam etmesini teşvik eden, zor günlerimde bana destek olan değerli aileme teşekkür ederim.



ÖZET

AREFNIA, Niloufar. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Mikro Veri Analizi”, Doktora Tezi, Ankara 2018.

Günümüzde sağlık harcamaları ülkelerin bütçesinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle söz konusu hizmetlerin yaygın, düşük maliyet ve önleyici yöntemlerle birlikte sunulması birçok ülkenin hedeflerinin arasındadır. Bu problem, ekonomik yönüyle ele alındığında mikroekonomi çerçevesinde bir talep problemi. Sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetleri kullanımını analiz eden detaylı çalışmalar yapılmıştır. Türkiye’de ise sağlık hizmetleri talebi üzerinde çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu probleme yönelik politika önermeleri yapmak için bu tez çalışmasında sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler TÜİK’ ten elde edilen 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarına ait “Sağlık Araştırması” anketleri ile araştırılmaktadır.

İlgili çalışma Andersen’in Davranışsal Modeli (1968) çerçevesinde bireylerin sağlık hizmetleri talebini (birinci basamak, ayakta ve yatakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetleri) Logit ve Negatif Binomial modelleri ile tahmin etmektedir. Elde edilen bulgular, ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli değişken olduğunu göstermektedir. Diğer yandan, kolaylaştırıcı ve eğilim faktörleri sırasıyla ikinci ve üçüncü derecede sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerdir. Ayrıca sonuçlara göre, bireylerde sağlık hizmeti kullanım olasılığı, yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet bölgesi, eğitim düzeyi, sağlık sigortası durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık durumu ve fiziksel rahatsızlık oranı faktörlerine göre değişmektedir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık ekonomisi, Sağlık hizmetleri talebi, Logit model, Negatif Binomial model, Davranışsal model.

ABSTRACT

AREFNAYA, Niloufar. *“The Determinants of Health Care Utilization in Turkey: A Micro Data Analysis”*, PhD. Dissertation, Ankara 2018.

Health expenses have an important burden on countries' budget. Therefore offering these services with widespread, low cost and preventive methods is among the economic goals of many countries. From the economic point of view, this subject can be evaluated as demand based. Regarding to economic literature, although this subject has been investigated in detail in many countries, there is no extensive study about Turkey's healthcare use. To investigate this issue, “Health Surveys” TÜİK for 2008, 2010, 2012 and 2014 years have been used.

This research has been developed considering the “Anderson's Behavioral Model” (1968). Regarding to the model to estimate healthcare demand (Primary healthcare, outpatient, inpatient healthcare services and teeth services) “Logit” and Negative Binomial” statistical models have been applied. The findings of the analysis and modelling show that the most important factor influencing healthcare services is the need factor. Moreover, enabling and predisposing factors are the second and third factors which effect the healthcare demand. Furthermore, according to the results, the rate of utilization of healthcate services in individuals vary according to age, gender, marital status, region of residence, education level, health insurance status, employment status, income level, health status and physical discomfort factors.

Key Words

Health Economy, Healthcare Demand, Logit Model, Negative Binomial Model, Behavioral Model.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ	xv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: SAĞLIK, SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE	
KAVRAMSAL YAKLAŞIM	7
1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı	7
1.1.1. Sağlığı Etkileyen Faktörler	9
1.1.1.1. Çevresel Faktörler	10
1.1.1.2. Kalıtım Faktörü	13
1.1.1.3. Yaşam Tarzı Faktörü	13
1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	14
1.2. Sağlık Ekonomisi	14
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dengesi ve Fiyat Oluşumu	19
1.2.2. Sağlık Ekonomisinde Piyasa Aksaklıkları	21
1.2.2.1. Arz Yönünden Satıcıların Azlığı	21
1.2.2.2. Piyasaya Girişin Sınırlamaları	22
1.2.2.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik	22
1.2.2.4. Piyasa Gücü	24
1.2.2.4.1. Monopol	24
1.2.2.4.2. Monopson	25
1.2.2.4.3. Ölçek Ekonomileri	27

1.2.2.4.4. Talebin Fiyat Esnekliği	27
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Amacı ve Tanımı	28
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	28
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacına Göre Sınıflandırılması	29
1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	29
1.3.2.2. Tedavi Hizmetleri	30
1.3.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	31
1.3.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	31
1.3.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	32
1.3.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	32
1.3.2.3.1. Tıbbi Açısından Rehabilitasyon	33
1.3.2.3.2. Sosyal Bakımdan Rehabilitasyon.....	33
1.3.2.4. Sağlığın Yaygınlaştırılması Hizmetleri.....	33
1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	35
1.3.3.1. Eksik Bilgi, Asimetrik Bilgi ve Arzın Talep Yaratması ...	35
1.3.3.2. Tüketici Davranışları	36
1.3.3.3. Hizmet ve Kalite açısından Belirsizlik.....	37
1.3.3.4. Kamusal Mal ve Dışsallık	37
1.3.3.5. Sağlık Hizmetlerinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Olan Etkisi	39
1.3.3.6. Sağlık Hizmeti Tüketimi Rastlantısaldır	39
1.3.3.7. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Yoktur.....	40
1.3.3.8. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet.....	40
1.3.3.9. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Dengesizliği	41
1.3.3.10. Yararlı Mallar Kavramı	41
1.4. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Talebin Yapısı	42
1.4.1. Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri	46
1.4.1.1. Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirsizliği	46
1.4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği	47
1.4.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Fiyat Esnekliği	48
1.4.1.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinde Gelir Esnekliği.....	51

1.4.1.2.3. Türetilmiş Bir Talep Olarak Sağlık Hizmetlerinin Hanehalkı Üretim Düzeyi	54
1.4.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler	59
1.4.2.1. Hazırlayıcı veya Eğilim Faktörleri	60
1.4.2.1.1. Demografik veya Bireysel Özellikler	60
1.4.2.1.2. Sosyoekonomik Özellikler	62
1.4.2.1.3. Tutum ve Davranış	65
1.4.2.2. Kolaylaştırıcı Faktörler	65
1.4.2.2.1. Aileye veya Hanehalkı Düzeyine İlişkin Özellikler	65
1.4.2.2.2. Kamusal veya Toplumsal Düzeye İlişkin Özellikler	67
1.4.2.3. İhtiyaç veya Gereksinim Faktörleri	68
1.4.2.3.1. Algılanan İhtiyaç	70
1.4.2.3.2. Değerlendirilen İhtiyaç	71
1.4.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler Üzerine Yapılan Ampirik Çalışmalar	73
2. BÖLÜM: LİTERATÜR ÖZETİ	78
2.1. Andersen Modelinde Kavramsal Çerçeve	78
2.2. Literatür Taraması	81
2.2.1. Araştırmalarda Uygulanan Modelin Versiyonları	82
2.2.2. Araştırmalarda Kullanılan Değişkenler	82
2.2.3. Önceden Belirleyici Faktörler	83
2.2.3.1. Yaş	83
2.2.3.2. Cinsiyet	85
2.2.3.3. Etnik Köken	87
2.2.3.4. Eğitim	89
2.2.3.5. Medeni Durum	90
2.2.3.6. Kültürel Normlar ve Geleneksel Sağlık İnançları	92
2.2.3.7. Tıbbi Kuruluşlara Güven	92
2.2.3.8. Dil	93
2.2.3.9. İkamet Bölgesi	93
2.2.3.10. Toplumsal Yapı	93

EKLER.....	195
EK-1. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Muafiyet Formu	195
EK-2. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon Raporu.....	196
EK-3. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu	197



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Talebine Yönelik Esneklik Tahminleri.....	48
Tablo 2. Sağlık Hizmeti Kullanımını Çeşitli Yönlerden Etkileyen Faktörler.....	72
Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti.....	115
Tablo 4. Bağımsız Değişkenlerin Açıklaması ve İlgili Sorular	122
Tablo 5. Bağımlı Değişkenlerin Açıklaması ve İlgili Sorular	123
Tablo 6. Seçilmiş Betimleyici İstatistikler ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı	124
Tablo 7. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Özet İstatistikler.....	138
Tablo 8. Logit Modeline İlişkin 2008 Yılı Tahmin Sonuçları.....	140
Tablo 9. Logit Modeline İlişkin 2010 Yılı Tahmin Sonuçları.....	142
Tablo 10. Logit Modeline İlişkin 2012 Yılı Tahmin Sonuçları.....	144
Tablo 11. Logit Modeline İlişkin 2014 Yılı Tahmin Sonuçları.....	145
Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Modeli Tahmin Sonuçları	148
Tablo 13. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2014 Yılı Negatif Binomial Tahmin Sonuçları.....	150
Tablo 14. Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları.....	152
Tablo 15. Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2014 Yılı Negatif Binomial Tahmin Sonuçları.....	154
Tablo 16. Yatakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları.....	155
Tablo 17. Dış Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yıllara Ait Negatif Binomial Tahmin Sonuçları.....	157

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Kavramı ve Sağlığı Etkileyen Faktörler	10
Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin İşleyişi	17
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Arz –Talep İlişkisi.....	20
Şekil 4. Arz- Talep Arasındaki Dengesizlik	23
Şekil 5. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Monopol, Rekabet ve Refah Kaybı	25
Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Monopson Durumu	26
Şekil 7. Bütüncül Sağlık Hizmetleri Sunan Kurumlar.....	35
Şekil 8. Sağlık Hizmetleri Hanehalkı Üretimi	56
Şekil 9. Tüketici Gelirindeki Düşüşün Hanehalkı Sağlık Üretimine Etkisi	58
Şekil 10. Ronald M. Andersen'in Sağlık Hizmetleri Kullanım Olgusunun Davranışsal Modeli.....	79

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CCHS	: Kanada Sağlık Araştırması Topluluğu (Canadian Community Health Survey)
CINAHL	: (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSOEP	: Alman Sosyo-Ekonomik Paneli (The German Socio-Economic Panel)
HMO	: Sağlık Bakım Örgütleri (Health Maintenance Organizations)
IMF	: Uluslararası Para Fonu (International Money Found)
JCUSH	: Ortak Kanada / Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Araştırması (Joint Canada/United States Survey of Health)
MEPS	: Tıbbi Harcamalar Paneli Anketi (Medical Expenditure Panel Survey)
MLE	: Maximum Likelihood Estimation (Maksimum Olabilirlik Tahmincisi)
NB	: Negative Binomial
SVM	: Sayma Veri Modelleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

GİRİŞ

Sağlık barınak, kıyafet ve yiyecek gibi yaygın temel ihtiyaçlarının yanı sıra tüm insanlar tarafından arzu edilen temel bir ihtiyaçtır. Her vatandaşın sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve hayatta kalmak, kişisel büyüme ve gelişme için uygun tıbbi bakımı alma hakkı vardır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalık ve engelliğin yokluğu değil, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir (Lucas ve Gilles, 2004).

Sağlıklı olmak, hastalık veya zayıflık durumuna sahip olmaktan öte kişinin kendisi ve çevresi ile uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bu anlamda hastalık, vücut sisteminin uyumlu bir şekilde çalışması için bir tehdittir. Bundan dolayı, hastalığın önlenmesi ve vücudun sağlıklı kalması için koruyucu bir mekanizmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Insel ve Roth, 2002). Diğer yandan sağlık, bireyin ve ülkenin sosyo-ekonomik gelişimi için esas teşkil eden bir unsurdur. Sağlıklı olmak, yalnızca daha iyi yaşam kalitesine katkıda bulunmakla kalmaz aynı zamanda bir ülkenin kalkınmasının sürdürülmesi ve güçlü bir iş gücünün yaratılması için de önemlidir (Lucas ve Gilles, 2004; The World Bank, 1994).

Günümüzde sağlık hizmetleri karmaşık bir sistem olduğu için, önleyici ve tedavi edici faaliyetlerin koordinasyon içinde olması gerekmektedir. Bu koordinasyon yapısal bir organizasyon olduğundan, siyasal ve toplumsal koşullar dikkate alınmalıdır. Bireyler açısından sağlık programları, bireylerin sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmet talebi incelenerek düzenlenmektedir. Bu çerçevede, sağlık hizmetleri kullanımının araştırılması, piyasa ve ekonomi açısından talebe yönelik bir araştırmadır ve talebi etkileyen faktörlerle paralellik göstermektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında ise sağlık hizmetleri kullanımının talep yönlü bir analiz olduğunu söylemek mümkündür. Genel olarak talep kavramı, satın almak istenilen mal ve hizmetlerin miktarı ve fiyat değişiklikleri (gelir düzeyi, zevk ve tercihler, ihtiyaç, demografik faktörler, kültür ve geleneksel inançları sabit varsayarak) arasındaki ilişkinin analiziyle incelemektedir. Ancak sağlık hizmetleri kullanımı söz konusu olduğunda sağlık piyasasında davranış, fiziksel

ihtiyaçlar ve yaşam döngüsü modelleri gibi talebi belirleyen önemli başka etkenler de devreye girmektedir.

Genel olarak sağlık politikaları, tüm insanlar tarafından erişilebilen makul ve verimli sağlık hizmetlerini garanti etmeye yöneliktir (Mulgiwa vd., 2005). Bununla birlikte, sağlık bakımı tesislerinin varlığı her zaman kullanımlarını garanti etmemektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma bir tür bireysel davranış olarak görülmektedir. Genel olarak davranış bilimleri bireysel davranışı, kişinin kendi özellikleri ve yaşadığı ortamın özelliklerinin bir fonksiyonu olarak ya da bireyin ve toplumsal glerin bazı etkileşimlerinin bir fonksiyonu olarak açıklamaya çalışmaktadır (Andersen ve Newman, 1973). Dolayısıyla, bir nüfusun sağlık hizmetleri kullanımı, birçok belirleyiciye sahip olan sağlık arama davranışlarına bağlıdır. Bunlar fiziksel, politik, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel faktörlerdir. Yapılan alışmalar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen farklı faktörleri ne çıkarmaktadır. Örneğin gelişmiş ülkelerde kadınların sağlık hizmetleri kullanım oranları erkeklerden fazladır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde kadınların sağlık hizmetleri kullanımları erkeklere göre düşük düzeylerde seyredebilmektedir. Bazı gelişmekte olan ülkelerde, sağlık tesislerinde kadın sağlık personelinin bulunmaması ve kadınlar arasında sağlık konusunda bilgi eksikliği de kadınların sağlık hizmeti kullanım davranışlarında bir engel teşkil etmektedir. Bunun için araştırmacılar sağlık hizmetleri talebini yalnızca bireylerin sağlık arama davranışlarında değil, sağlık kuruluşlarından yararlanmanın belirleyicileri olan diğer çevresel faktörlere de dikkat ederek değerlendirmelidir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki hanehalklarının sağlık arama davranışlarında bir takım diğer faktörler de yer almaktadır. Bu faktörler, hastalık semptomlarının ciddiyetini, sosyo-kültürel etkileri, mesafeyi, yeri ve tedavi maliyetini, gelir düzeyini, eğitim seviyesini ve sağlık bakım tesislerinin kalitesini içermektedir (Nyonator ve Knitizing 1999; Sullivan, 2002). Bu bağlamda, bir ulusun sağlık hizmetleri kullanımında stratejik politika oluşturması sağlığın teşviki, aranması ve yararlanma davranışıyla ilgili bilgilere dayanmakta ve sağlık davranışlarını

belirleyen faktörler çeşitli bağlamlarda yani fiziksel, sosyo-ekonomik, kültürel ve politik olarak görülebilmektedir. Bu nedenle, kamu ya da özel, resmi ya da resmi olmayan bir sağlık sisteminin kullanımı; sosyal yapılar, eğitim düzeyi, kültürel inanç ve uygulamaları, cinsiyet ayrımı, kadının statüsü, ekonomik ve politik sistem, çevresel koşullar ve hastalık örüntüsü ve sağlık hizmetlerinin kendisine bağlı olmaktadır.

Türkiye, gelişmekte olan bir ülke olarak, sağlık alanında yapılan reformlarla birlikte 2003 yılından bu yana gerçekleştirilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birçok gelişme kaydetmiştir. Reformların etkisiyle sağlık alanındaki göstergelerde gerek olumlu gerek olumsuz değişimlere rastlamak mümkündür. Yapılan değerlendirmelere göre, sağlık harcamaları 2003-2014 yılları arasında artış göstermektedir. Söz konusu yıllara göre hekime başvuru sayısında artışlar ile orantılı olarak sağlık hizmetleri kullanımında da artış meydana gelmiştir. Ayrıca cepten yapılan harcamalarının 2003 yılına oranla 2014 yılında daha düşük bir seviyede olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların artmasında aile hekimliği uygulamasının etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Bu çerçevede, bu çalışmanın temel amacı Türkiye genelinde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri incelemektir. Bu amaca ulaşmak için Andersen’in teorik davranışsal modeli (1968) temel alınarak aşağıdaki özel hedeflere odaklanılmıştır:

1. Eğilim faktörü çerçevesinde bireylerin demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile Türkiye’deki sağlık kuruluşlarının kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ilk hedef olarak belirlenmiştir. Demografik özellikler cinsiyet, yaş ve medeni durumu içermektedir. Sosyoekonomik özellikler içinde bireyin eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir seviyesi yer almaktadır.
2. Kolaylaştırıcı faktörler çerçevesinde bireylerin aile ve toplumsal düzeye ilişkin özellikleri ile Türkiye’deki sağlık kuruluşlarının kullanımı arasındaki ilişki incelenecektir. Aileye ilişkin özelliklerin içinde bireyin sağlık sigortası ve

toplumsal düzeye ilişkin özelliklerin içinde kişinin ikamet ettiği yer veya bölge (kır- kent) bulunmaktadır.

3. İhtiyaç faktörü çerçevesinde bireylerin algılanan ihtiyaç düzeyine ilişkin özellikleri ile Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının kullanım ilişkisini değerlendirmek diğer bir hedeftir. Algılanan ihtiyaç, bireylerin genel sağlık durumu (belli bir zaman dilimi için sağlığının çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü olarak nitelendirilmesi) ve belli bir zaman diliminde bireylerin algıladığı hastalık belirtilerine göre rahatsızlık durumunu kapsamaktadır.

Diğer yandan, çalışmanın boyutları ve sınırları şu şeklide ifade edilebilir:

1. Çalışmada kullanılacak veri seti tüm Türkiye'yi kapsamaktadır. (anketlerde kır-kent ayrımı yapılmaktadır)
2. Cinsiyet dağılımı açısından kadın ve erkek nüfusu yer almaktadır.
3. Sorulara cevap veren katılımcıların yaş aralığı 15-75 arasındır.
4. Yapılan anket araştırması 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarını kapsamaktadır.
5. Anketlerde medeni durum faktörü yer almaktadır.
6. Katılımcıların sağlık sigortaları olup olmadığı sorulmuştur.
7. Bireylerin çalışma durumuna göre çalışan/ işsiz şeklinde ifade edilmektedir.
8. Veri setinde hanehalkı gelir durumu yer almaktadır.
9. Bireylerin sağlık durumuna dilsel ifadeler (çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü) şeklinde yer verilmiştir.

Bu çalışmanın önemi Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının kullanımı ile ilgili mevcut bilgilere katkıda bulunmasıdır. Ayrıca politika yapıcılarına yol göstermesi bakımından çalışmada elde edilen bulgular büyük önem taşımaktadır. Dünyada benzer konularda çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar literatür bölümünde referans olarak verilmiştir. Türkiye'de ise genel olarak sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler üzerinde yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır. Örneğin, Güneş ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada 2012 yılına ait Sağlık Araştırması anket verisi kullanarak sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler Sayma Veri Yöntemiyle tahmin edilmiştir. Yaylalı ve arkadaşları (2012) Türkiye'de Erzurum il merkezinde 2011 yılı anket çalışması sonucunda Logit

modeli kullanarak sağlık hizmetleri kullanımını belirleyen değişkenleri incelemiştir. şenol ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada 1880 kişiye 2005—2006 yılları arasında yaptıkları anket sonucunda oklu Lojistik Regresyon analizini uygulayarak bireylerin sağlık kuruluşu kullanımını etkileyen belirleyenleri tahmin etmeye çalışmışlardır. elik ve Hotchkiss (2000) yaptıkları araştırmada Türkiye’de 1993 yılına ait Sağlık Araştırması verisini kullanarak Lojistik Regresyon yöntemiyle sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Yine elik (2000) başka bir çalışmada 1998 yılı verisini kullanarak Logit yöntemiyle doğum öncesi bakım hizmetlerinin sosyo-ekonomik belirleyenlerini tahmin etmiştir.

Bu çalışmanın diğer çalışmalardan en önemli farkı, Türkiye genelinde 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarına ait Sağlık Araştırması verilerini kullanarak iki farklı model ile sağlık hizmetleri kullanımını belirleyen değişkenleri tahmin etmeye çalışmasıdır. Bu bağlamda, çalışma daha geniş bir zaman dilimini, daha yüksek gözlem sayısı ile ele almaktadır. Ayrıca, alışmada Andersen’nın Davranışsal Modeli temel alınmakta ve bu durum çalışmayı benzer çalışmalardan ayırarak zgn kılmaktadır. Bu alışma Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımının belirleyicilerini iki farklı model kullanarak sağlamlık testine tabi tutmakta ve bu durum elde edilen sonuçların güvenirliliğini arttırmaktadır. Ayrıca ilgili çalışma, sağlık politika uygulayıcıları ve planlayıcılarına sağlık hizmetlerinin etkin sunulması ve arz talep dengesini dikkate alarak ekonomik açıdan zarara uğramadan kaliteli hizmet verilmesi açıdan yardımcı olabilecek bir çalışmadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri inceleyen bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde, sağlık kavramı ve sağlığı etkileyen faktörler; sağlık ekonomisinin tanımı, kapsamı ve piyasa özellikleri; sağlık hizmetlerinin tanımı, amacı, sınıflandırılması ve özellikleri; sağlık hizmetlerinin kullanımında talebin yapısı ve talebin özellikleri, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler Andersen’in Davranışsal Modeli (1968) erevesinde detaylı olarak anlatılmıştır. Ayrıca bu bölüme ait kısa bir literatür taraması da yer almaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde, Andersen’in Davranışsal Modeli dikkate alınarak sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili literatür

çalışması yapılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde kullanılan veri, izlenecek yol ve oluşturulan model hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Analizde kullanılan veri 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarına ait olarak Türkiye İstatistik Kurumun'dan (TÜİK) alınan "Sağlık Araştırması" anketleridir. Çalışmanın dördüncü bölümünde veri yapısı, kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler, bu değişkenlere ilişkin betimleyici istatistikler ve kullanılan metodolojiye yer verilmiştir. Bu çerçevede, çalışmada logit modeli ile sayma veri modellerinden Negatif Binomial modeli kullanılmıştır. Analizde kullanılan bağımlı değişken birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi ve yatakta tedavi sağlık hizmetleri ve diş hizmetleri olarak dört kategoriye sahiptir. Kurulan talep modelinde bağımsız değişken olarak, bireylerin sağlık hizmetleri talebini etkilemesi muhtemel olan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, sağlık sigortası, çalışma durumu, sağlık durumu ve rahatsızlık faktörleri belirlenmiştir. Çalışmanın beşinci ve son bölümünde elde edilen bulgular tartışılmış, politika önerileri geliştirilmiş ve gelecek çalışmalara öneriler sunulmuştur.

Andersen'in davranışsal modeli çerçevesinde yapılan çalışmada analiz sonuçları ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli değişken olduğunu göstermektedir. Buna göre kolaylaştırıcı ve eğilim faktörleri sırasıyla ikinci ve üçüncü derecede sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktör gruplarıdır. Ayrıca sağlık durumlarında herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman sağlık hizmetlerini tercih etme olasılığı kadınlarda, 44-75 yaş arası, kentsel alanda yaşayan, sigortası olan, eğitim düzeyi yüksek olan, evli olan, çalışmayan, gelir düzeyi çok zengin ve yoksul olan, fiziksel rahatsızlığı olan ve sağlık durumu kötü ve çok kötü olan bireylerde daha fazladır.

1. BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAVRAMSAL YAKLAŞIM

1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Bireyin en önemli haklarından biri sağlıklı olması, sağlıklı bir çevre içinde yaşaması ve hayatını sağlıklı bir şekilde devam ettirmesidir. Kısaca bu hak, “her bireyin doğumundan ölümüne kadar sağlıklı yaşama hakkı vardır” şeklinde ifade edilebilir (Sütlaş, 2000, s.61). Sağlık temel ihtiyaçlardan biri olduğu için sağlıksız olan bireyler için diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur (Witter, 2002, s.4). Bu temel ihtiyaç ekonomik açıdan, vazgeçilmez bir servet olarak değerlendirilebilir (WHO, 1981, s.19).

Sağlık kavramı farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Sağlık, bireyler arasında hastalığın olmayışı olarak tanımlanmaktadır. Doktorlar ise en basit yakınma ya da normalden sapma durumunu hastalık olarak kabul ederler (Eren ve Öztekin, 2001, s.294). Günümüzde sağlık kavramı daha geniş bir biçimde ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948’deki tanımına göre sağlık yalnızca hastalık ve engellilik durumunun olmayışı değil kişinin beden, ruhun ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (WHO, 2016; Cushman ve Beyrer, 1965, s.2). Bu tanımda fiziksel ve ruhsal iyiliğin yanında “sosyal açıdan tam iyi olma” haline de işaret etmektedir. Sosyal açıdan “tam iyi olma durumu” sınırları tanımlanmayan kavramdır (Akdur, 2006, s.17). Sonuç olarak sağlık; hastalığın ve sakatlığın olmayışı, genetik olarak iyi vasıflarla doğmuş, fiziki, biyolojik ve hastaliksız ve engelsiz olarak normal gelişmiş, bütün fonksiyonları dengeli ve uyumlu, kusursuz ve normal yürüyen, kişiliği sağlam olan bir bireyi ifade etmektedir (Karaca, 2015, s.3).

Tıp bilimine göre, hastalık vücuttaki organlara ilişkin objektif olan ve ölçülebilen bazı belirti ve işaretlerle tanımlanabilen bozukluklardır. Birey açısından hastalık,

sübjektif bir kavramdır ve fiziksel ya da ruhsal durumdaki olağan dışı durumları ve hisleri, ifade etmektedir. Sonuç olarak, hastalık, bireyin kendini kötü hisetmesi ya da doktor tarafından hastalık tanısı konulan kişiden beklenen bir davranıştır (Hayran, 1998, s.4). Bireyin sağlıklı olma veya sağlıklı olmama durumu sübjektif ve objektif iki sınıfa ayrılabilir:

- Bireyde sübjektif sağlık kavramı, bireyin kendisini sağlıklı ve iyi hissetme durumudur (Mutlu ve Işık, 2005, s.10).
- Objektif sağlık durumu ancak doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre sağlıklı olma durumudur (Mutlu ve Işık, 2005, s.10).

Sağlık ve hastalık kavramları kişinin sosyal ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler sayılabilir (Öztek, 2004, s.55). Bireylerin sağlıklı olması ancak yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve gereken tıbbi müdahalelerin zamanında yapılmasıyla sağlanabilir (Yıldırım, 1994, s.10).

Sağlık her bireyin hakkıdır ve tam bir iyilik halidir. Ayrıca sağlık toplumsaldır ve sürekli olmalıdır. Normal koşullarda sağlık hizmetlerine kendiliğinden talep yetersiz olabilir. Toplumsal açıdan, sağlık işleri ticarileştirilemez, ekip işidir, kapsamlıdır ve kısaca, toplumun sağlık düzeyi insana verilen değer ölçülebilir bir göstergesidir. Ülke sağlık sistemleri karşılaştırmalı bakış açısıyla incelendiğinde, sağlıklı bir hak olarak gören ülkelerin göstergelerinin, sağlıklı bir mal olarak gören ülkelerinkinden daha iyi olduğu söylenebilir (Yıldırım ve Tarcan, 2000, s.7). Sağlık hakkı iki temel bileşenden oluşmaktadır. Birincisi “sağlıklı var olma hakkı” ya da “sağlıklı yaşama” hakkı, sağlık hizmetini aşan, geniş bir çerçeveden ele alınabilen durumu ifade eder ve sağlıklı yaşama için gerekenleri tanımlar: iş, gelir, sosyal güvence, barınma, beslenme, insancıl çalışma ortamı, toplumsal yaşama katılma ve temsil edilmeyi ifade eder. İkinci yaklaşım “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olarak belirtilebilir. Eşit oranda ulaşılabilirlik olarak nitelendirilebilen bu durum, tüm nüfusu kapsayan

ücretsiz, nitelikli sağlık hizmetinden her yurttaşın yararlanmasını ifade etmektedir.

Sağlıklı olmanın yanı sıra, sağlığın sürdürülebilir olması da en önemli konulardan birisidir. Toplumdaki bireylerin sağlıklı olması ve sürekliliğin sağlanması sadece sağlık hizmeti veren sektörün sorumluluğunda değildir. Bu konuda sürekliliğin sağlanması için, sosyolojik ve ekonomik çevrelerin ilişki içinde olmaları gerekmektedir. Ekonomik kurumlar gereken kaynağı sağlarken, diğer kurumlar biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığını koruyacak şekilde gereken koşulları sağlamalıdır (Yıldırım, 1994, s.10).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın programına göre “2000 Yılında Herkese Sağlık” sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların olumsuz etkilerinden azaltılması için iyileştirme önerileri aşağıda verilmiştir (Yıldırım, 1994, s.5–6).

1. Sağlıkta eşitlik (ülkelerarası ve ulusal bazda bireyler ve gruplar arasında sağlık göstergeleri açısından eşitlik sağlanmalı,
2. “Yaşama anlam kazandırılması” ilkesine göre insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarına olanak sağlanmalı,
3. “Yaşama sağlık kazandırılması” ilkesine göre insanların önemli hastalıklarla karşılaşmadan uzun süreli yaşamın sağlanması,
4. Bebekler için doğuştan itibaren yaşam süresini yükseltecek önlemlerin alınması “hayatın uzatılmasıdır”.

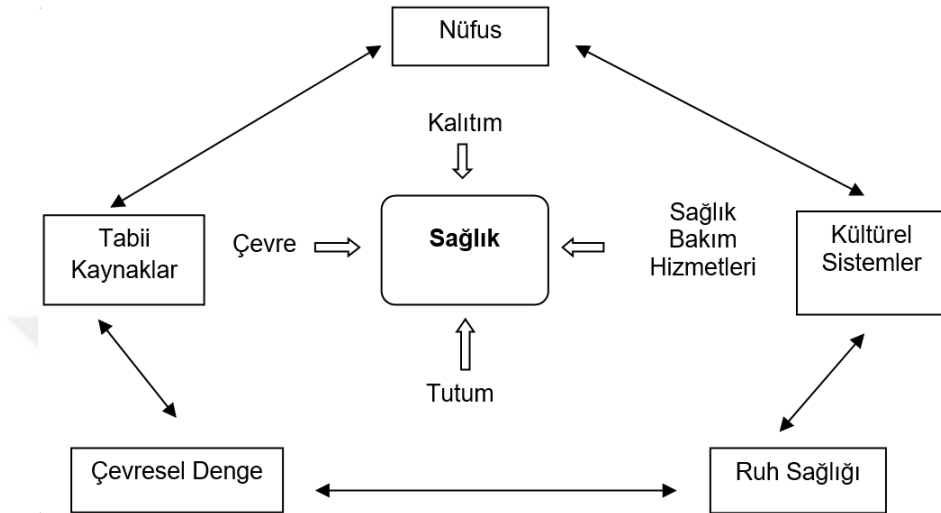
1.1.1. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlık durumunu etkileyen ve kendi aralarında etkileşimi olan birçok etmen bulunmaktadır. Henrick L. Blum (1974) sağlık durumunu etkileyen faktörleri dört temel başlık altında incelemiştir (Şekil 1).

1. Çevre
2. Yaşam tarzı
3. Kalıtım

4. Sağlık hizmetleri

Yukarıda verilen dört temel faktör farklı toplumlarca belirlenmiş olmasına rağmen birbirini etkileyen faktörlerdir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008, s.3).



Şekil 1. Sağlık Kavramı ve Sağlığı Etkileyen Faktörler

Kaynak: Schultz ve Johnson, 2003, s.12.

1.1.1.1. Çevresel Faktörler

Tüm canlı organizmaların yaşamını ve gelişmesini etkileyen dış güçlerin tümü çevre faktörü olarak tanımlanmaktadır (Dirican ve Bilgel, 1993, s.104). Çevrede sağlığı doğrudan ve dolaylı şekilde etkileyen önemli faktörler bulunmaktadır. Aynı zamanda çevre, yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir. Sağlık tarafından bakıldığında çevre üç grupta incelenebilmektedir (Güler ve Benli, 1995, s.230):

- **Biyolojik çevre:** Biyolojik çevre sağlık açısından dört ana etkenden oluşmaktadır. Bunlar mikroorganizmalar, vektörler, bitki ve hayvanlar ve besinlerdir.
- **Fiziki çevre:** Fiziki çevre de insan sağlığı üzerinde önemli etkilere neden olmaktadır. Fiziki çevre içinde iklim, toprak yapısı, yeraltı ve yerüstü su kaynakları, hava kirliliği, içme ve kullanma suları, barınma yerleri, aydınlatma ve havalandırma, gürültü ve sarsıntı, atıklar, radyasyon gibi faktörler

bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.18). İnsan kaynaklı iklim değişkenliğinden dolayı yerkürenin ısınmasıyla bebeklerin, yaşlıların, kronik solunum hastalığı gibi sağlık risklerle karşılaşmaları bilinmektedir. Ayrıca, İklim değişimi çevre kirliliğine, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasına ve psikolojik hastalıklarına neden olmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008, s.4).

- **Sosyo-kültürel çevre:** İnsanların birbirleriyle ilişkilerini sağlamaya aracılık eden ve insan sağlığını doğrudan ve ya dolaylı olarak etkileyen faktörlerdir. Sosyal çevredeki olumsuzluk fiziki ve biyolojik çevreyi de olumsuz etkilemektedir. Sosyal faktörler bazı hastalıklara neden olurken bazı hastalıkların oluşmasında sosyal faktörlerin kötüye gitmesine neden olmaktadır. Yani sosyo kültürel faktörler sağlığın girdisi sayılmaktadır. Sonuç olarak, kültürel modeller egzersiz, beslenme, kişisel kalıtım ve benzer faktörler sağlığı etkilemektedir (Schultz ve Jonhson, 2003, s.19). İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliği, onun toplumsal, kültürel bir çevre içinde yaşamak zorunda olmasıdır. Kişinin gereksinimlerini sağlayan doğal çevre nasıl bir önem taşıyorsa insanın kendine özgü kişiliğini geliştirmesinde ve sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olmasında da toplumsal çevre o kadar etkili olmaktadır.

Toplumsal çevre, insan sağlığını dolaysız veya dolaylı olarak etkileyen kültürel ve ekonomik nedenleri, aile yapısı ve toplumsal koşullar gibi faktörleri içine alan kapsamlı bir oluşumdur.

- **Kültürel faktörler:** Toplumun aile yapısı, çocuk yetiştirme, geleneği, yaşam tarzı vb. etmenler, kültürel değerler içinde yer alır. İnsanın kişiliği, içinde yaşadığı toplumun özelliklerine göre şekillendiğinden, kültürel değerler de insan sağlığı üzerinde ve davranışlarında etkilidir. Hızlı nüfus artışı, aile tipleri, boşanmalar, akraba evlilikleri, ailede kadının statüsü, genç veya yaşlı olması gibi durumlar, birey ve toplum sağlığı üzerinde etkisi olan önemli etmenlerdendir.
- **Gelir ve Eğitim:** Sağlıklı toplum oluşturmada, gelir ve eğitim oldukça önemlidir. Sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri arasında en önemlisi gelirdir.

Gelir düzeyi bireylerin yaşam statüsünü şekillendirir, zihinsel performansını ve sağlık ile ilişkisi olan davranışları örneğin beslenme kalitesi, fiziki faaliyetlerin boyutu ve alkol tüketimini etkiler (Mikkonen ve Raphael, 2010). Bunun için gelirin sağlık üzerindeki etkisi pozitif ve negatif olabilir. Gelirin artmasıyla kaliteli mal ve hizmetlere erişim, daha iyi barınma ve elverişli sağlık hizmetleri artar. Tersine daha yüksek düzeyde geliri olan bireyler sağlıklı olmayan ve stresli bir yaşam tarzı örneğin yağlı beslenme, fiziki faaliyetin az olması ve hızlı araba kullanmaya yönelmektedirler (Faissa ve Gutema, 2005; Wilkinson, 1992). Bireylerin ekonomik alım güçleri yetersiz olduğunda yeterli ve dengeli beslenememe, hastalıklardan korunamama, tedavi imkânlarından yararlanamama gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Gelir düzeyi yüksek bireyler, sağlık hizmetlerini nereden ve ne şekilde alabileceklerini bilmekte ve daha çok araştırmacı davranmaktadırlar. Diğer yandan eğitimin sağlık sonuçlarına olan pozitif etkisi yapılan çalışmalarda ispatlanmıştır. Eğitim düzeyi çeşitli yollardan sağlığı etkilemektedir. Yüksek bir eğitim düzeyi, sağlığın diğer belirleyicileri ile örneğin gelir düzeyi, meslek güvencesi ve iş durumu ile ilişkilidir. Buna ek olarak eğitim, okuryazarlık düzeyi ve insanların bilgilerini kendi sağlıkları konusunda yapacakları bireysel yöntemler ile arttırmalarını sağlamaktadır (Mikkonen ve Raphael, 2010).

- **Beslenme Alışkanlığı:** İnsanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini alıp vücutta kullanmasına beslenme denir. Sağlıklı olmak için yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmek gerekmektedir. Yetersiz beslenme zayıflığa, büyüme ve gelişmenin durmasına, beriberi, raşitizm vb. hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dengesiz beslenme ise şişmanlık ile kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere birçok rahatsızlığın görülmesine sebebiyet vermektedir. Ayrıca beslenmeyle ilgili yanlış tutum ve davranışlar da sağlığın bozulmasına neden olmaktadır. Hızlı çiğneme, az çiğneme, abur cubur yeme, besinleri sağlıksız şartlarda saklama ve besinleri iyi yıkamama, sindirim sistemi hastalıklarının veya zehirlenmelerin görülmesine yol açmaktadır (Mikkonen ve Raphael, 2010).

1.1.1.2. Kalıtım Faktörü

Görünüm, kişilik, yetenek, genetik yapı ve içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi ile bireyin sağlığı belirlenmektedir. İnsanın genleri onun potansiyelinin oluşturulmasında, çevre ise bu potansiyelin sınırlanmasında veya geliştirilmesinde etkili olmaktadır. Normal insanlar arasındaki genlere bağlı özelliklerin farklı olması çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına da neden olmaktadır (Kavaklı, 1992, s.35). Bireyin kalıtsal özellikler dediğimiz biyolojik ve organik yapısı, onun hastalıklara karşı duyarlılığını etkileyebilmektedir. Kalıtım, insanın orta ve ileri yaşlarda arterit, diyabet ve kanser gibi hastalıklara yakalanma riskini de artırmaktadır (Dever, 1980, s.12).

Genetik kalıtım üzerinde çevresel ve davranışsal faktörlerin her ikisinin de etkisi bulunmaktadır. Etnik ve ırksal eğilimler gibi kültürel unsurlar evlenilecek olan kişilerin birbirlerinin seçimini ve bunun sonucunda doğacak olan çocukların genetik potansiyelini ve belirli hastalıklara karşı duyarlılığını etkilemektedir (Schultz ve Jonhson, 2003, s.20).

1.1.1.3. Yaşam Tarzı Faktörü

Sağlığı belirleyen diğer faktörlerden biri de yaşam tarzıdır ve genellikle tüketim alışkanlıkları ile incelenmektedir. Yaşam tarzının sağlık üzerindeki etkisi, ispatlanmış bir konudur. İnsanın yaşam tarzını belirleyen unsurlar; bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, davranışlar ve alışkanlıklardır. Bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında alkol tüketimi, sigara kullanımı, kişisel temizliğe özen göstermemek, sağlık hizmetleri kullanımını gerektiği zaman ertelemek, dikkatsizce araç kullanmak, doktor tavsiyelerine dikkat etmemek gibi tutum ve davranışlar sayılabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.23).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam tarzı ve kronik hastalıkların ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada zararlı alışkanlıkların gelişmiş ülkelerde toplam

ölümlerin %70- %80'ni oluştururken gelişmekte olan ülkelerde %40-%50'sini oluşturduğunu göstermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.23).

1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık bakım hizmetleri sağlığı etkileyen faktörler arasında en az etkiye sahip olanıdır. Sağlık bakım hizmetleri, kamu elemanları ve çevre tarafından sunulan toplum sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Sunulan hizmetlere, çevresel kirliliğin neden olduğu çevresel problemler, iş güvenliği ve barınma koşullarına müdahaleler örnek gösterilebilir (Schultz ve Jonhson, 2003: 20).

1.2. Sağlık Ekonomisi

Adam Smith'e göre ekonomi insanları zenginleştirmek için vardır. Adam Smith bu yaklaşımı iktisadın bilim olarak benimsenmesinden sonra ortaya koymuştur (Smith, 2010, s.4). Alfred Marshall, Smith'ten farklı olarak ilgilendiği refah tartışmasında iktisattaki en önemli konunun insan olduğunu anlatmaktadır (Marshall, 1948). Andargie ise ekonomi bilimini insanların sahip oldukları sınırlı kaynakları, sınırsız ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl dağıttıklarının incelenmesi olarak tanımlamaktadır (Andargie, 2008, s.1). Bu durumda ekonomi, bir tercihler bilimi olarak tanımlanabilir. Her alanda olduğu gibi kaynakların kıt olması ihtiyaçların sınırsız olması ve tercihlerin gerekliliği, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunumunda da kendini göstermektedir.

Bazıları sağlık ekonomisinin başlangıcını 1960' da Lees'in "Sağlık Hizmetleri Ekonomisi" isimli çalışmasını yayımladığı zaman olarak ele almaktadır (Culyer, 1981, s.3). Bir başka yaklaşım da Paracelus'ün ilk defa sağlık ekonomisindeki yaptığı tartışmaları başlangıç olarak değerlendirmektedir (Backhaus, 2007, s.11).

Aslında sağlık hizmetleri, ekonomi dalının içine girmesinin ihmal edildiği 1965'li yıllara dayanmaktadır (Reinhardt, 2001: 337). Ama sağlık ekonomisinin,

ekonominin alt dalı haline gelmesi ve ekonomistlerin ilgisini çekmesi 1970'lerden sonra olmuştur (Franzel ve McCread, 1979, s.269).

Sağlık ekonomisi alanına iktisatçıların ilgi göstermesinin nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlık hizmetleri finansmanın önem kazanması,
- Sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün ekonomide en çok kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi,
- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının hızla artması.

Sağlık ekonomisi 1958 yılında Selma J. Mushkin tarafından "Sağlık Ekonomisinin Tanımına Doğru" isimli çalışmasıyla konu haline gelmiştir. Aslında Mushkin'in (1958) çalışması daha önce olmasına rağmen araştırmacılar, Kenneth J. Arrow'un 1963 yılında yayınladığı makalesi ile sağlık ekonomisinin doğuşunu belirlemektedirler (Cardoso, 2008; Savedoff, 2004; Reinhard, 2001). Çünkü Arrow çalışmasında, sağlık piyasası ve sağlık ekonomisi kavramlarını doğrudan tanımlamaktadır (Arrow, 1963, s.941). 1972 yılında ise Grossman sağlık talebini geliştirmiş olduğu model çerçevesinde inceleyerek sağlığın dayanıklı sermaye stoku olduğunu varsaymakta ve sağlıklı geçirilen zamanın bu stokun çıktısı olduğunu vurgulamaktadır.

Sağlık ekonomisi üzerinde çalışmaların son kırk yılda hızla artmasının nedenlerinden biri de sağlık alanındaki kıtlık sorunudur ve bu durum ekonomistlerin yaşam standartlarının geliştirilmesinin sürdürülebilir olması, hizmetin arzında adaletin sağlanması konularıyla ilgilenmelerine neden olmuştur (McPake ve Normand, 2008, s.1-2).

A.J. Culyer sağlık ekonomisinin sağlık ile ilgili olduğunu belirtmekte ve sorunları ekonomi teorisinin uygulama alanı olarak tanımlamaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmeti talebi, sağlığa ilişkin fayda-maliyet ve maliyet-etkinlik analizi, sağlık sigortası, sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmetlerinin finansmanı, tedavi maliyetleri, işgücü planlaması, ilaç

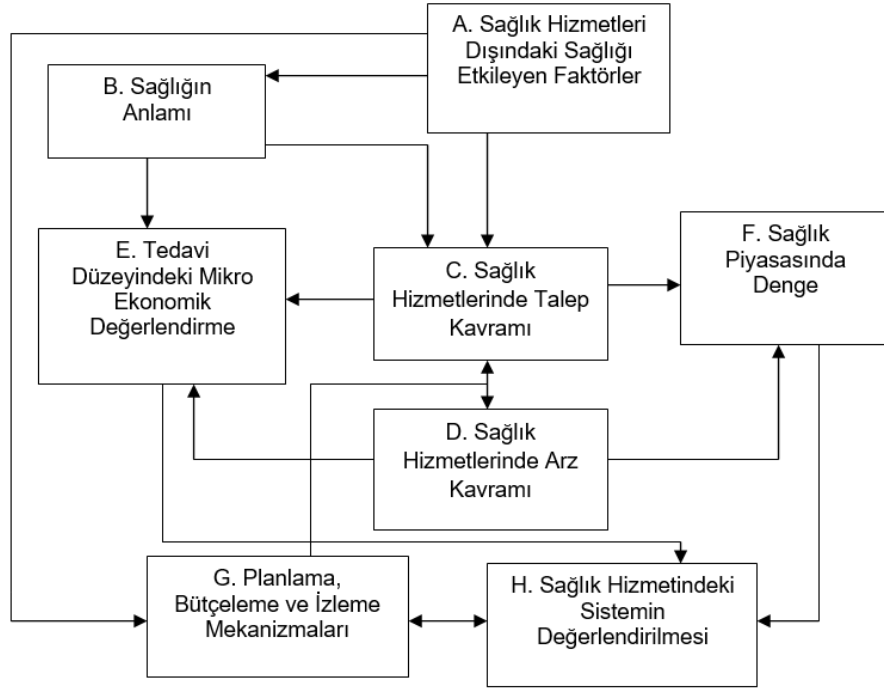
endüstrisi, sağlık hizmetleri sunumunda hakkaniyet, hastane ekonomisi, sağlık hizmetleri bütçelenmesi ve kaynakların bölgesel dağılımı ile bunların ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Culyer, 2005, s.150-152).

Sağlık ekonomisinin önemi üç başlık altında toplanabilir:

- Sağlık hem bireysel hem toplumsaldır. Ekonomik anlamda, hastaların tedavi oldukları zaman sağlık kuruluşlarına erişim ve sağlık hizmetinin kalitesi üzerindeki sorunları gidermek için analiz yapılmaktadır.
- Sağlık sektörünün boyutunun çok büyük olması ikinci önemli unsurdur. Sağlık, ekonomik performansı doğrudan etkileyerek yatırım, istihdam ve harcama bakımından gelişmiş ülkelerde temel bir faktör olarak değerlendirilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı, üretim ve dağılımı açısından güçlü bir ilişkisi olmasından ötürü sağlık politikalarının analizi ekonomi teorilerinin yöntemleri kullanarak yapılmaktadır (Dewar, 2010, s.10; Fuchs, 2005, s.76).

Hükümetler ve kurumların sağlık politikalarında istedikleri hedeflere ulaşmak için, ekonomik analizleri kullanmaları gerekmektedir. Toplum sağlığını geliştirmek için bu hedefler arasında yer alan eşitlik ve adaleti sağlamak üzere sağlık ekonomisi literatüründe çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Mcpake ve Normand, 2008, s.5-6).

Şekil 2’de Alan Williams tarafından literatüre kazandırılan sağlık ekonomisinin yapısı ve kapsamı sunulmaktadır.



Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin İşleyişi

Kaynak: Williams, 2003, s.132.

- A. **Sağlığı Etkileyen Faktörler:** Sağlık hizmetleri dışındaki sağlığı etkileyen faktörler bu başlıkta incelenmektedir. Bireylerin genetik yapısı, çalışma şartlarından kaynaklanan riskler, eğitim, gelir düzeyi ve dağılımı, beslenme koşulları, fiziksel çevre ve yaşam biçimi (sigara, alkollü içecekler, uyuşturucu madde kullanımı vb) gibi unsurlar burada değerlendirilmektedir. Buna ek olarak, fiziksel ve beşeri sermaye faktörleri de birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olabilecek faktörlerdir. Örneğin eğitim ya da yoksulluk düzeyinde herhangi bir gelişme ileriki yaşlarda sağlık hizmeti talebini azaltmaktadır.
- B. **Sağlığın Tanımı ve Değeri:** B başlık sağlık çıktılarının ölçülmesi ve değerlendirilmesini belirleyerek sağlığı tanımlamaktadır. Sağlığın değeri, faydasının ölçülüp ölçülmemesi, içerdiği unsurlar, nitelikleri, göstergeleri ve yaşam değeri gibi başlıkları incelemeye çalışmaktadır. Bu konuda çeşitli ölçme ve değerlendirme yöntemleri, yapılan uzun çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır.
- C. **Sağlık Hizmetleri Talebi:** Buradaki incelenen konu sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerdir. Bir başka deyişle, sağlıkta ekonominin talep yönü ele

alınmaktadır. İnsanlar yaşamları boyunca sağlıklı yaşamak istemektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde bulunacaklardır. Söz konusu talep, rasyonel biçimde A ve B başlıklarından etkilenecek sağlıklı olma isteğinden oluşan taleptir. Bu çerçevede, sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar, sağlık kuruluşlarına ulaşmada ortaya çıkan fiyat, zaman, psikolojik ve yasal faktörler, özel ve kamu sağlık sigortası, sağlık kurumu veya doktora olan güven gibi faktörlerin etkileri incelemektedir.

- D. **Sağlık Hizmetleri Arzı:** D başlığında sağlık ekonomisinin üretim yönü yani sağlık hizmetleri arzı ve üretim faaliyetleriyle ilgili faktörler ele alınmaktadır. Üretim maliyetleri, girdiler arasındaki ikame oranı, alternatif üretim teknikleri, ilaç, sağlık giderleri, emek piyasası (sağlık personeli), piyasanın durumu, sağlık hizmeti üretimi yapan kamu ve özel sağlık kuruluşlarının dağılımı ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ele alınan konulardır.
- E. **Tedavi Düzeyinde Mikroekonomik Yaklaşım:** Burada sağlık hizmet arzı mikro düzeyde yani sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların miktarı ve dağılımı çerçevesinde değerlendirilmektedir. Burada üzerinde durulan en önemli konular, sağlık hizmetlerinde optimizasyonun nasıl sağlanacağı ve maksimum faydanın nasıl elde edileceğidir. Bu değerlendirmenin amacı, maliyet-fayda, maliyet-etkinlik ve maliyet-minimizasyon gibi çeşitli yöntemler kullanarak uygun yer, zaman ve miktarı belirleyerek kıt olan kaynaklardan maksimum faydanın sağlanması ve verimliliğin artırılmasıdır.
- F. **Piyasa Dengesi:** Bu başlıkta sağlık hizmeti arzı ve talebi arasındaki denge ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri piyasası içindeki denge oluşumunda etkili olan faktörler incelenmektedir. Bu faktörler: sağlık hizmeti sunucularının davranışı, sunulan hizmetin fiyatı, zaman maliyetleri, bekleme süreleri, piyasayı dengeleme mekanizmalarının sağlık hizmetlerine olan etkisi, dışsallıklar, kamu malları ve piyasa başarısızlıklarıdır.
- G. **Planlama, Bütçeleme ve İzleme Mekanizmaları:** G başlığı üç temel konu üzerinde durmaktadır. Bunlar; sağlık hizmetlerinin planlanması, bütçenin oluşturulması ve denetim mekanizmasıdır.

H. Tüm Sistemin Değerlendirilmesi: Sağlık sisteminin bir bütün olarak değerlendirilmesi bu başlıkta ele alınmaktadır. E ve F başlıklarının ortaya koyduğu sınırlar çerçevesinde:

- Eşitlik ve etkinlik kriterlerinin uygulanması,
- Sistemi ulusal ve uluslararası bazda karşılaştırarak avantaj ve dezavantajlarının ortaya konulması,
- Uygulanan finansman biçimleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi,
- Bir bütün olarak sağlık sisteminin amaçlarına göre performansının değerlendirilmesi yapılmaktadır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dengesi ve Fiyat Oluşumu

Sağlık sisteminde, ekonomide olduğu gibi, talep, arz, fiyat ve pazarın önemli bir rol oynadığı söylenebilir (Çelik, 2011, s.131). Toplumlardaki insanların ihtiyaçlarının farklı olduğu ve bunların karşılanmasının onlar için çok önemli olduğu ekonomik sistemin kabul ettiği bir gerçektir. Buna ek olarak, sınırsız ihtiyaçların sınırlı kaynaklarla karşılanması gerektiği de ekonomik sistemin ilgilendiği önemli bir konudur.

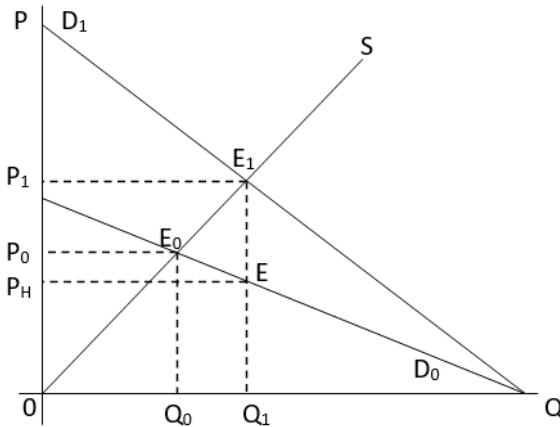
Ekonomik düzen içinde hızlı gelişen sağlık piyasasında bireyler sağlık hizmetleri üretim, tüketim ve dağılımla ilgili olan tercihlerini yapmaktadırlar. Yani sağlık piyasasında üretim, tüketim ve dağılımın önemli bir yeri vardır. Ekonomistler pazarı, alıcı ve satıcıları biraraya getiren herhangi bir organizasyon şekli olarak tarif etmektedirler (Çelik, 2011, s.135). Pazarda arz ve talep bir araya geldikleri zaman, herhangi bir malın fiyatı arz edilen miktar ile talep edilen miktarın eşit olduğu noktada oluşmaktadır.

Sağlıktaki arz ve talep de sağlık hizmetleri piyasasında karşı karşıya gelmektedirler. Yani sağlık hizmetleri piyasası, bireylerin sağlık talebi ve kurumların sağlık hizmetleri arzından oluşmaktadır. Burada fayda ve memnuniyet sağlayacak olan sağlık hizmeti çok önemlidir. Çünkü bireyin farklı sağlık problemlerini ortadan kaldırarak değişime konu olmasını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin fiyat oluşumuna baktığımız zaman, sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri fiyat dışında sabit varsaydığımızda, aşağıdaki formülde görüldüğü gibi sağlık hizmetleri talebi fiyatın azalan bir fonksiyonu olarak gösterilebilir.

$$Q_s = f(P)$$

P = Faydalananın sağlık hizmeti için bireyin ödediği tutar.



Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Arz –Talep İlişkisi

Diğer yandan, sağlık hizmetleri maliyetlerinin sigorta kurumları tarafından karşılandığı durumda sağlık hizmetleri talebi artış göstermektedir. Buradaki artan talep veya azalan arz fiyatın değişmesine sebep olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kamu veya sigorta tarafından giderlerin karşılanması ve bunun sonucunda talepteki artış Şekil 3’de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi belli bir fiyattan arz edilen sağlık hizmeti miktarı S doğrusu ile belirlenmiştir. İlk başta sağlık hizmeti talebi D_0 iken denge noktası E_0 olmuştur. Burada sağlık giderlerinin %50’si devlet ve sağlık sigortaları tarafından ödenirken, daha sonra bu oranın %80’e çıktığını varsayalım. Bu durumda, sağlık hizmeti talebi sağa doğru hareket ederek D_1 olacaktır. Sağlık hizmetleri talebi Q_0 ’dan Q_1 ’e, fiyatı P_0 ’dan P_1 ’e doğru artacaktır. $OP_1E_1Q_1$ sağlık harcamaları olarak belirlenmiştir. Burada $OP_1E_1Q_1$ kadarını hasta ödemek zorunda iken, $PHPE_1E$ kadarını devlet veya sağlık sigortası ödemektedir (Buchanan ve Tollison, 1972, s.51-55).

Sağlık hizmetleri harcamaları, hasta tarafından karşılanan bölümün dışındaki bölümün yükselmesi, bireylerin daha fazla hastalanmasına yol açarak talebin artmasına sebep olmaktadır. Bir başka deyişle, insanların daha önceden önemsemedikleri rahatsızlıkları önemli olmaya başlar ki bu da sağlık hizmetleri kullanımına doğru eğilimi arttıracaktır. Bu artış ise sağlık hizmetlerinin arz ve talep esnekliklerine bağlıdır. Sağlık hizmetleri arz ve talep esneklik oranı arttıkça, sağlık hizmetleri talebi daha da hızlı yükselecektir (Serin ve Çakıcı, 1990, s.23).

Bu bağlamda, sağlık piyasasında arz-talep mekanizması işletilebildiğine göre sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması mümkün olabilir. Ancak bu noktada belirtmek gerekmektedir ki sağlık hizmetleri, piyasada alınıp satılabilen diğer mal ve hizmetlerden farklıdır. Sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri nedeniyle, sağlık piyasasında arz ve talep genel anlamda birbirini etkilemediğine göre, piyasa şartları oluşmamaktadır. Dolayısıyla bu hizmetlerin piyasaya bırakılması farklı problemlerin ortaya çıkmasına ve eksik rekabetin oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası aksaklıklarına neden olan en önemli faktörler aşağıda açıklanmaktadır.

1.2.2. Sağlık Ekonomisinde Piyasa Aksaklıkları

1.2.2.1. Arz Yönünden Satıcıların Azlığı

Sağlık hizmetleri piyasası diğer piyasalar ile karşılaştırıldığında zaman arz tarafında yer alan üretim unsurları sayısının az olduğu görülmektedir. Bu da sağlık piyasasındaki kuruluşların, personel ve cihazların finanse edilmesinde yetersiz kalmasına neden olabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012, s.59). Ayrıca sağlık piyasasındaki arzın yetersiz kalması, bu hizmetlerdeki fiyatların da hızlı bir şekilde artmasına neden olarak düşük gelirli bireylerin hizmetten yararlanmalarını güçleştirmektedir.

Tam rekabet piyasasının alıcı ve satıcının çok olması varsayımını sağlık piyasasında görmek mümkün değildir. Talep çok olmasına rağmen, arz

yönünden sağlık hizmetleri piyasasında sınırlı hizmet sunan kuruluşların hâkimiyeti hissedilir derecede çoktur. Genellikle fiziki şartlardan dolayı sağlık hizmetlerinin herkese ulaştırılması mümkün olmayabilir. Hatta gelişmiş ülkelerde bile çoğu kasaba ve bazı orta büyüklükteki şehirlerde her zaman uzman sayısının yeterli olmaması rekabet ortamının daralmasına ve sağlık piyasasının küçük kalmasına neden olmaktadır.

1.2.2.2. Piyasaya Girişin Sınırlamaları

Sağlık hizmetleri piyasasına girişi sınırlayan en önemli neden, zorunlu lisansın olmasıdır ve piyasaya yeni bir ilacın veya tıbbi aracın girmesinin sıkı bir denetime tabi olmasıdır (Yaylalı vd., 2012, s.564). Mesleki yeterlilikle ilgili olan belirsizlikleri azaltmak, yeni imkânların ve hizmetlerin kurulmasını kontrol etmek, ilaçlar ve eczanelerin ruhsatlandırması gibi kısıtlamalar sağlık hizmetleri piyasasında giriş çıkışın serbest şekilde olmasını engellemektedir (Yıldırım, 1999, s.133). Aynı zamanda düşük kaliteli sağlık hizmetinin tüketiciye verilmesinin sınırlandırılmasını beraberinde getirmektedir. Bu kısıtlamaların nedeni, ikamesi olmayan, fiyatlandırılmayan, alıcılar adına bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmetlerinin denetim altında icra edilmesini sağlamaktır (Çoban, 2009, s.19).

Tıp mesleği ile ilgili kendiliğinden kaynaklanan sıkıntılar ve piyasada büyük reklam kampanyaları, fiyata dayalı rekabet gibi faaliyetler mümkün olmadığından sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet geçerlidir. Burada doktorlardan zorunlu sertifika istenilmesi sağlık piyasasında tam rekabet şartları oluşmasını önleyen en önemli nedenlerden biridir.

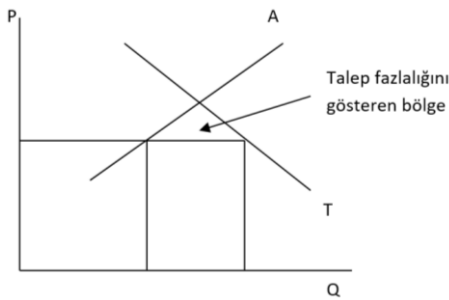
1.2.2.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik

Sağlık piyasasındaki dengesizlik arz veya talebin genişlemesinden dolayı oluşmaktadır. Bu piyasada üretici ve tüketiciler arasındaki bilgi asimetrisinin olması, mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerden farklı olması (standart olmaması), piyasa içindeki kişiler ve kurumların kendi aralarında ortak hareket

etmeleri arz ve talebin dengesizliğine neden olan faktörlerdir (Mutlu ve Işık, 2012, s.62).

Sağlık hizmetlerinin kullanıcıları, satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini belirleme hakkına sahip olmadıklarına göre bu piyasada arz yönünde sınırlamalar mevcuttur. Sağlık piyasası monopol özelliğine karşın, talep açısından güçlü değildir. Çünkü bireyler ihtiyaçlarını kendi şartlarına en uygun olan sağlık kurumlarından karşılamaktadır.

Fiyatın denge noktasında oluşmaması sağlık piyasasının aksaklıklarından biridir. Şekil 4' de de görüldüğü gibi sağlık piyasasında dengesizlik talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005, s.62). Burada fiyatların artması arz ve talebin dengeye gelmesi için yeterli değildir. Bu piyasadaki talep baskısı neticesinde arz ve talep arasında büyük eşitsizlikler oluşmaktadır (Kurtulmuş, 1996, s.32).



Şekil 4. Arz- Talep Arasındaki Dengesizlik

Kaynak: Mutlu ve Işık, 2005, s.63

Fiyat mekanizması serbest piyasanın en temel niteliğidir. Tüketicie göre fiyat, belli bir malı elde etmek için gelirinden ne miktarda vazgeçmesi gerektiğini gösteren bir faktör olarak belirlenmektedir. Ayrıca fiyat, tüketicinin herhangi bir ürün veya hizmete verdiği bir değere bağlı olarak üreticiye göre gösterge oluşturduğu bir faktördür. Fiyatlar bir taraftan hangi ürünün satılacağı konusunda önermede bulunarak üreticinin verimliliğini yansıtır, diğer taraftan üretici açısından malın alternatif maliyetini de belirlemektedir (Mills ve Gilson, 1988, s.24).

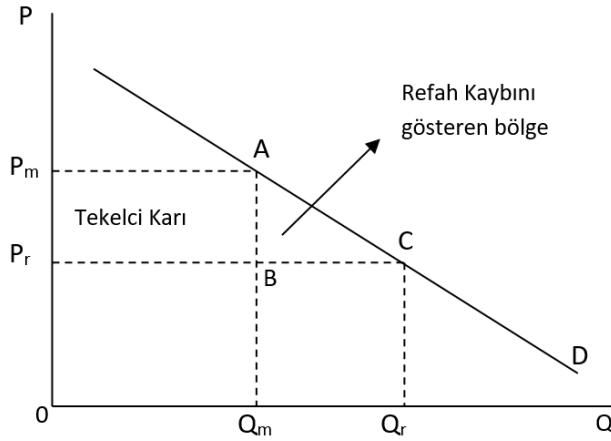
1.2.2.4. Piyasa Gücü

Tam rekabetçi piyasada firma fiyat alıcıdır ve fiyat piyasaya egemen olan bir faktör konumundadır (Salvatore ve Diulio, 2003, s.111). Bu şartlarda firmalar fiyatı etkileyemez ve yönlendiremezler. Sağlık hizmetleri piyasası, fiyat mekanizması açısından güçlü değildir. Sağlık piyasasında fiyat, tüketicilerin veya hizmet arz edenlerin kontrolünde olursa piyasa aksaklığı oluşmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti piyasasına bu hizmeti sunanların (doktor, hemşire, teknisyen vb) girişlerine getirilen sınırlar, emek piyasasında monopson eğilimine doğru gidişini arttırıp, fiyat mekanizmasının pazar gücünü azaltarak piyasa aksaklığına yol açabilir.

1.2.2.4.1. Monopol

Monopol durumunda birkaç firma, ikame olanakları sınırlı olan bir malın fiyatını ve üretimini kontrol ederek piyasa gücünü elde etmektedir (Penner, 2003, s.21). Bu piyasada monopolcu firma, maliyetlerini minimize etme yönünde piyasa baskısı hissetmediği için etkinsizlik kavramı ortaya çıkmaktadır (Aktan, 2006b, s.138).

Sağlık piyasasında hizmet verenlerin üretim ve fiyatlar konusunda yönlendirme güçleri vardır. Buna bağlı olarak sağlık hizmeti arz eden kurumun monopolcu gücüne sahip olması piyasa başarısızlığına neden olmaktadır.



Şekil 5. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Monopol, Rekabet ve Refah Kaybı

Sağlık hizmetleri piyasasındaki tekelleşmenin nedenleri;

- Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması
- Piyasaya giriş ile ilgili olarak sınırlamalar (lisans, yeterlilik, eğitim vb)

Sağlık hizmetlerindeki monopolleşme sonucu hizmet arz eden firmaların karları artmakta ama toplumsal refah kaybına neden olmaktadır. Bu durum, Şekil 5'te ABC taralı alanda toplumsal refah kaybı olarak gösterilmiştir. Toplumsal refah kaybının en önemli göstergesi sağlık hizmetleri piyasasında tekelleşmeye neden olan faktörlerdir.

Genel olarak, sağlık hizmetleri piyasası monopol bir piyasanın bazı özelliklerini taşımaktadır. Devletin bu hizmetlere müdahalesi ve düzenleme politikaları, az sayıdaki hastane üzerinde yoğunlaşma, ölçek ekonomilerinin geçerli olması, yasal düzenlemeler ve ücret düzenlemeleri bu özelliklere örnek olarak verilebilir (Mutlu ve Işık, 2005, s.67).

1.2.2.4.2. Monopson

Arz edenlerin sayısının çok fazla, talep edenlerin sayısının sınırlı olmasından ötürü fiyatların alıcılar tarafından kontrol edilmesi monopson durumu olarak tanımlanmaktadır (Penner, 2003, s.22). Monopson yetkisine sahip olan firmaların sağlık çalışanlarına ödenen ücret gibi, girdi maliyetlerinin düşük

gerçekleşmesi imkânsızdır (Manning, 2003). Çünkü sağlık piyasasında talebin çok olması sosyal refah kaybına neden olmaktadır.

1.2.2.4.3. Ölçek Ekonomileri

Piyasa tam rekabet konumunda olduğu zaman alıcılar ve satıcıların malın miktar, fiyat ve kalite gibi belirleyicilerini etkileme güçleri yoktur. Bu piyasadaki alıcı ve satıcıların sayısal olarak çok ve küçük birimlerden oluştukları varsayılmaktadır. İş yerinin büyük olması veya üretim ölçeğindeki artış, firmanın üzerindeki olumlu ve olumsuz etkisini ortaya koymaktadır (Aktan, 2006a, s.16). Sağlık piyasasında tekelleşmenin sebeplerinden ve piyasadaki başarısızlığa neden olan değişkenlerden biri de ölçek ekonomileridir.

Ölçek ekonomilerinin hâkim olduğu herhangi bir piyasada, marjinal maliyetler çok az olduğunda üretim miktarındaki artış ile maliyetler düşmekte, piyasanın tekelleşmeye doğru yön göstermesi kolaylaşmaktadır (Penner, 2003, s.21; Yıldırım, 1999, s.133). Çünkü sabit maliyetler ölçek ekonomilerin esas unsurudur. Sağlık piyasasında ölçek ekonomilerinin oluşmasının nedeni düşük maliyetli girdilerin yanında uzmanlık, teknoloji, organizasyon ve bilgi gerektiren girdilerdir. Bunun için sağlık hizmetleri piyasasında rekabet oluşmamakta ve bu da sosyal refah kaybına neden olmaktadır.

1.2.2.4.4. Talebin Fiyat Esnekliği

Fiyatın tam rekabetçi piyasadaki arz ve talebi etkileme görevi sağlık piyasasında yoktur. Bunun en önemli nedeni tüketicilerin çoğunlukla sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaları ve bu nedenden dolayı sağlık hizmetlerine talep oluşturmalarıdır. Bu oluşum da fiyattan bağımsız olmaktadır (Penner, 2003, s.27). Sağlık hizmetlerinin rekabet şartlarını etkileme ve piyasa başarısızlığının nedenlerinden biri de talebin fiyat esnekliğinin sıfıra yakın olmasıdır.

Sağlık hizmetleri piyasasındaki başarısızlığa neden olan diğer faktörlerden bilgi asimetrisi, dışsallıklar ve kamusal mallar sağlık hizmetleri özellikleri başlığı altında detaylı olarak açıklanmıştır.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Amacı ve Tanımı

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık ve sağlık hizmetleri tanım açısından farklı kavramlardır. Öncelik açısından, sağlık birey ve toplum için önemli olduğundan ilk sırada sunulması gereken hizmettir (Aktan ve Işık; 2010, s.1). Sağlık hizmetleri ise ikinci sırada gelen sağlığa yönelik yapılan yatırımdır (Yeğinboy, 1993, s.3). Sağlık hizmetleri ise tıbbi faaliyet olarak sağlık personeli tarafından yürütülen tedavi edici ve önleyici faaliyetlerdir. (Çoban, 2009, s.11). Sağlık kuruluşlarında, sağlık personeli tarafından bireylerin ve toplumun sağlığını koruyan ve tedavi edici hizmetlerin tamamıdır (Öztürk, 2005, s.5).

Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmetlerini, temel ve uzmanlık eğitimi alan personel (eczacı, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizik tedavi uzmanı), gibi sağlık personeli tarafından ekip halinde sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Kıdak ve Aksaraylı, 2008, s.90).

Sağlığın korunması, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde yapılan faaliyetlerin tamamına sağlık hizmeti denmektedir. Ancak sağlık hizmetlerini gerçekte bir bütün olarak anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla sınıflandırmak gerekmektedir (Akdur,2006, s.5). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ilk hedef, bireyleri hastalıklardan korumaktır. Sunulan koruyucu hizmetlere rağmen herkesi korumak mümkün olmamaktadır. Bu durumda, hizmetlerin ikinci aşaması olan tedavi süreci başlar. Bu süreç tam uygulanırsa bile, her hasta tam iyileşmeyebilir. Eğer bu süreçlerde, bir hasta sakat kalırsa, üçüncü aşamada bu hastaların başkalarına ihtiyaç duymadan yaşamlarını sürdürmek için rehabilitasyon hizmetleri sunulur (Öztekin, 2004, s.56). Sunulan hizmet, koruma, tedavi veya rehabilitasyon olsa da, hizmetin temel amacı aynıdır. Bu amaç,

“insanların sağlıklı ömrünü uzatmak” tanımıyla özetlenebilir. Böylece, yaşam hakkı güvence altına alınan bireyler üretkenliğini korur (Bulutoglu, 1988, s.251).

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacına Göre Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti ilk başlarda hastalıkların tedavisi şeklinde tanımlanmıştır. Zaman geçtikçe hastalıkların maliyetlerinin artışı, bilgi birikimi ve teknolojinin gelişmesi ile hastalık oluşmadan hastalıklara neden olan faktörlerle mücadele önemli hale gelmiştir. Aslında sağlığı korumak hastalık halini tedavi etmekten daha önemli konuma gelmiştir. Bunun için sağlık hizmetleri amaçlarına göre dört grupta toplanmaktadır:

1. Yaygın hastalıklardan koruma (Önleyici hizmet)
2. Hastanın iyileştirme süreci (Tedavi)
3. Tedavi süreci sonrası uygulanan hizmet (Rehabilitasyon)
4. Sağlığın yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi

1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin sağlığını korumak ve sürdürmek amacıyla bireye ve ailesine yapılan hizmetlerdir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.3). Hastalardan korunan kişiler, toplumla daha uyumlu olur. Koruyucu sağlık hizmeti, bireyin farkında olmadığı ve gelecekte oluşabilen hastalık ve sakatlık riskini azaltabilen ciddi ve yaygın etkisi olan bir faaliyettir (Altın, 2008, s.4).

Sağlık açısından yapılan koruyucu işlemler üç aşamada tartışılabilir (Hayran ve Sur, 1998, s.17):

- **Birincil Koruma (Primer Koruma):** Kişisel ya da toplumsal genel sağlık açısından yapılan dengeli beslenme, aşılama, güvenli çevre oluşturma gibi faaliyetlerdir (Yere bakan, 2000, s.19; Öztürk, 2000, s.144; Hayran ve sur; 1998, s.17).

- **İkincil Koruma (Sekonder Koruma):** Bu çalışma erken tanı ve tedavi önlemlerini kapsayan koruma faaliyetleridir. Bu hizmetlerin yaygın etkisi bireysel ve toplum bazında alınmaktadır (Yere bakan, 2000, s.19; Öztürk, 2000, s.144; Hayran ve sur; 1998, s.17).
- **Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma):** Hastalıktan dolayı meydana gelebilecek fiziksel engellilik ve kalıcı hasarların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma alışması ve gereken önlemlerin alınması, bu faaliyetler çerçevesindedir. Bu hizmetler rehabilitasyon hizmetleriyle benzerlik gösterir.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyler ve çevre açısından iki sınıfta incelenebilir (Yerebakan, 2000, s.19; Öztürk, 2000, s.144; Hayran ve sur; 1998: 17).

1.3.2.2. Tedavi Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sonrası oluşabilecek hastalıkların tedavi aşamasıdır. Koryucu hizmetlerine ramen birey veya toplum bazında hastalık oluşursa tedavi süreci başlar. Tedavi süreci muayene, teşhis ve tedaviden oluşan basamakları içerir ve öncelikle hekim sorumluluğunda yürütülür. (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.4; Kavuncubaşı, 2000, s.39). Tedavi edici sağlık hizmetleri iki ana grupta toplanır:

- Günlük (ayaktan) tedavi hizmetleri
- Yatakta tedavi hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa; 2008, s.32):

1.3.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi edici hizmetler (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.5):

- Hasta ilaç alarak veya ilaç kullanmadan evde dinlenerek kendi kendine veya yakınlarının bakımında tedavi edilmesi,
- Sağlık ocağı veya hastanede muayene edilip, ilaç yazılan hastanın evde dinlenmesi.

Birinci basamak tedavi hizmetleri tedavi sürecinde ilk basamağı oluşturur. Hastalanan ve sağlığından şüphe duyan kişinin ilk başvurduğu kişi aile, semt doktoru veya kendine coğrafi olarak en yakın sağlık kuruluşudur. Hastaya ilk teşhis burada konur, tedavisi mümkünse gerçekleştirilir. Birinci kademe sağlık hizmetleri muayene, teşhis, tedavi veya rehabilitasyon çalışmaları şeklinde olabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve kuruluşlar, koruyucu sağlık hizmetleri sağlamakla da sorumludurlar. Bu tip sağlık hizmetlerine toplumun her gün ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri de denilebilir. Bu hizmetler geniş bir sağlık hizmetleri kadrosu gerektirir (Karafakioğlu, 1998, s.109). Sağlık ocakları, muayenehaneler, Ana- Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir (Hayran ve Sur, 1998, s.18). Ayrıca hekimlerin özel olarak muayenehanelerinde yapmış olduğu hizmetler de birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.5).

1.3.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Hekim, hemşire ve diğer ilgili personellerin kontrolünde, her türlü tıbbi araç-gereç uygulanarak yapılan teşhis ve tedavi hizmetleridir. Bu tip tedavi hizmetlerin amacı hastayı tekrar eski haline kavuşturmadır. Yani hasta özel bakım ve tedavi uygulamak için hastaneye yatırılarak gözlem altında tutulur (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.5). Yoğun bilgi ve tıbbi teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri

kapsamaktadır. Özel hastaneler, devlet hastaneleri ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri veren kuruluşların örneklerindendir (Kavuncubaşı, 2000, s.39).

1.3.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri düzeyde araştırma ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. İkinci basamak tedavi edilmeyen hastalıklar üçüncü basamak hastanelere sevk edilirler. Üniversite hastaneleri, kanser hastaneleri, akıl- ruh sağlığı hastaneleri, göğüs-kalp damar cerrahisi hastaneleri gibi özel bir dalda uzmanlaşmış veya gelişmiş teknoloji uygulayan hastaneler üçüncü basamak tedavi hizmeti sunmaktadırlar (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.5). Açık kalp ameliyatları, beyin cerrahisi, tropikal hastalıklarla ilgili incelemeler, kanser kemoterapisi, yoğun bakım üçüncü kademe sağlık hizmetleri için örnek verilebilir. Başka bir ifade ile üçüncü basamak tedavi hizmetleri donanım, personel, bilgi ve tecrübe bakımından geniş olanaklara sahip hastaneler tarafından sunulan hizmetlerdir (Karafakioğlu, 1998, s.110).

Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunmaktadır.

1.3.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlık hizmetlerinde özel bir yeri vardır. Bu hizmetler kaza ve hastalık sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerinin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.45).

Rehabilitasyon hizmetleri sakat olanlar ve işgücünü kaybedenlere çalışma ve işgücü sağlanmasına yönelik sunulan hizmetlerdir. Doktor ve diğer sağlık

personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmalar tarafından yapılan toplum yaşamına uyuma yönelik sosyal hizmetler rehabilitasyon hizmetlerini oluşturmaktadır (Fişek, 1985, s.6).

Rehabilitasyon hizmetleri kapsamında tıbbi ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır (Hayran ve Sur, 1998, s.18):

1.3.2.3.1. Tıbbi Açıdan Rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlığın düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Eksremite protezlerinin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örnekleridir (Karaca, 2015, s.25). Bu hizmetler neticesinde birey sınırlı da olsa, günlük yaşam ve işlerini devam ettirebilmektedir.

1.3.2.3.2. Sosyal Bakımdan Rehabilitasyon

Sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Hayran ve Sur, 1998, s.18). Bu hizmetler sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s.6).

1.3.2.4. Sağlığın Yaygınlaştırılması Hizmetleri

Bu kavramı ilk Henr E. Sigerist'in sağlığın dört temel görevini tanımlaması sırasında tanımlanmıştır. Bu görevler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Karaca, 2015, s.25):

1. Sağlığın geliştirilmesi
2. Hastalıkların önlenmesi

3. Hastalıkların tedavisi

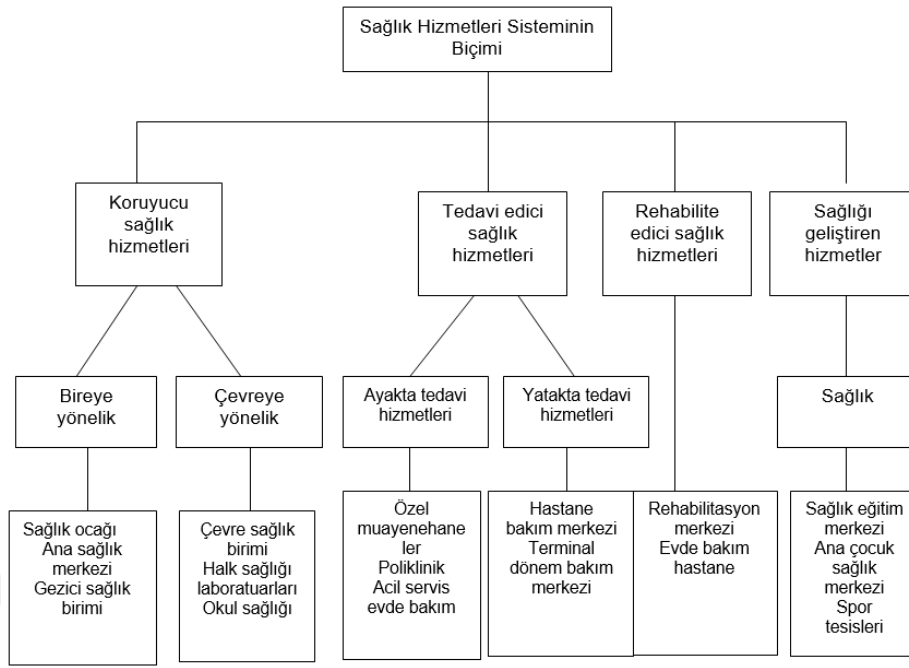
4. Rehabilitasyon

Sigerist, iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standartını sağlamak yoluyla sağlığın iyileştirilmesini ifade etmektedir (Terris, 1992, s.268).

Sağlığın geliştirilmesinde temel sorumluluk bireydedir. Burada temel amaç sağlık durumunun üst düzeye çıkarılmasıdır. Böylece, fiziksel ve zihinsel açıdan, yaşam kalitesi ve yaşam süreci yükseltilmiş olur. Araştırmalara göre, hastalıkların bir bölümü kişilerin yaşam tarzından kaynaklanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.39). Örneğin bireyin spor yapması, alkol, sigara ve rafine gıdaların tüketmemesi sağlıklı yaşama olumlu etkisi olur (Tengilimoğlu vd., 2009, s.49).

Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi detaylı bir konudur ve sağlık eğitiminin tersine geniş kapsamlıdır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sadece sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, uluslararası ve ulusal bazda özel ve kamu kurumlarının da bu konuda görevleri vardır (Kavuncubaşı, 2000, s.46).

Sağlık hizmetlerinin amacına göre sınıflandırılması şekil 7’de görülmektedir.



Şekil 7. Bütüncül Sağlık Hizmetleri Sunan Kurumlar

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.35.

1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplumların sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için yapılan faaliyetler bireyler üzerinde de doğrudan etkili olacaktır. Son yıllarda maliyetlerdeki artış ve finansman sıkıntıları nedeniyle özel sektörün katkısı son derece gelişmiştir. Kamu veya özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri kendine has özellikler taşıdığı için diğer üretimi yapılan mal ve hizmetlerden farklıdır. Bu bölümde bir refah ölçüsü olarak kabul edilen ve ekonomi literatüründe de giderek daha fazla yer alan sağlık sektöründe üretilen hizmetlerin temel özellikleri ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ortak özellikleri başlıklar altında anlatılmıştır (Odabaşı ve Oyman, 2008, s.28- 29; Sayım, 2015, s.4-9).

1.3.3.1. Eksik Bilgi, Asimetrik Bilgi ve Arzın Talep Yaratması

Tüketicinin, satın alacağı ürünler ve hizmetler konusunda yeterli bilgiye sahip olması ekonominin dengeli biçimde çalışması için gereklidir. Sağlık hizmetleri konusunda tüketicinin bilgilendirilmesi, ancak bir eğitim süreci sonunda gerçekleşebilir. Bu süreç ileri teknolojinin getirdiği iletişim olanakları kullanılarak

hızlandırılabilir (Karaca, 2015, s.18). Sağlık hizmetleri konusunda bilgi eksikliği, hasta için risk taşıyabilir. Riski azaltma, ilişkideki güven ve uzman bilgisinden yararlanarak aşılabılır.

Sağlık bakımını diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellik, hizmet arz eden doktor ve hizmet talep eden yani hasta arasında bilgi açısından önemli bir farkın olmasıdır. Mal ve hizmetin arz ve talep edenleri arasında bilgi yönünden yakınlık her iki tarafın da daha sağlıklı karar vermelerinde etkili olmaktadır. Örneğin; ameliyat olan bir hasta tüm prosedürün yüksek kalitede yerine getirilip getirilmediğini değerlendiremeyebilir. İşte bu sebeple tüketicinin bilgi eksikliğinden dolayı, sağlık bakımından, hizmetin kalitesini değerlendirmede yüksek kalite güveni vardır (Frence ve Grover, 1992, s.32). Bunun anlamı, tüketicinin aldığı hizmeti değerlendirememesi değil bu değerlendirmeyi yapmanın zor olabileceğidir. Bu zorluk ise direkt olarak hastanın memnuniyetini etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında sunulan hizmet heterojen olması, hizmet piyasası hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Oysa sağlık bilgisi, tüketicinin en iyi sağlık hizmeti kararını verebilmesinde önemlidir. Böyle bir durumla karşılaşan tüketicinin sağlık hizmetleri kullanımı hakkında rasyonel davranması mümkün olmayabilir. Sonuç olarak tüketiciler, sağlık hizmetleri piyasasında tam olarak iyi bilgilendirilmedikleri için, düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi mi olduğundan emin olamazlar (Altay, 2007, s.38-41).

1.3.3.2. Tüketici Davranışları (Tüketici Rasyonalitesi ve Tüketici Egemenliğinin Sağlık Hizmetlerindeki Sınırlılıkları)

Sağlık hizmetlerinin talebi düzensizdir ve önceden tahmin edilemez. Bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkması, sağlık hizmeti talebinde ve tüketiminde artışa neden olabilir. Böylece ekonomik kaynakların yetersiz olması bu talebi sınırlayan bir etken olabilmektedir. Burada tüketiciye güvence sağlayan etkenler talebi karşılayacak gelir ve sağlık statüsüdür. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketicinin

fiyat değişmelerine karşı talep ettiği hizmet miktarında değişiklik yapması mümkün değildir. Sağlık hizmetleri tüketimleri zorunlu hizmetler olduğu için talep esneklikleri katıdır (Ringel vd., 2002).

Ekonomik açıdan tüketici mal ve hizmet alırken bilgi ve tecrübesine göre en iyi seçeneği aldığı düşünölmektedir. Söz konusu sağlık hizmetleri olunca, tüketici davranışı önemli konularda akılcı ve açık olmayan davranışlar gösterebilir (Karaca, 2015: 19):

- Tüketici, hasta olmasına rağmen tedavi istemeyebilir ve hastalığın farkında olmayabilir. Bu davranış arz, talep ve ihtiyaç mekanizmasına aykırıdır.
- Psikolojik rahatsızlığı olan hastalar, özellikle ileri düzeydeki hastalar iradesiyle seçim yapamadığından, ekonomideki "tüketici üstünlüğü" yaklaşımı geçersiz olur.
- Acil sağlık durumlarında, hastanın aldığı hizmet, hastanın talebi olmadan sunulan hizmettir.

Sağlık hizmetlerinde tüketici talebinin ertelenmesine neden olan etkenler sosyo-ekonomik koşullar, eğitim, kültürel etkenler ve sağlık bakım olanaklarıdır.

1.3.3.3. Hizmet ve Kalite açısından Belirsizlik

Sağlık hizmetinin kalitesini hizmet öncesi belirlemek zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu etkileyen, denetlenemeyen faktöre bağlıdır. Hastalar ve yakınlarında hastalıkla ilgili bilgi eksikliği olduğundan veya riskleri tam bilmediklerinden dolayı sağlık personeline ve özellikle doktora güven duymak zorundadır (Karaca, 2015, s.19).

1.3.3.4. Kamusal Mal ve Dışsalılık

Sağlık hizmetlerinin kullanımından sonra topluma dışsal fayda sağlamakta ve hizmeti tüketen bireye ayrıca özel fayda sağlanmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009). Yapılan ilk uygulamalarda sağlık hizmetleri daha çok sivil toplum ve özel

kuruluşlarca verilmiştir. Zaman içerisinde, bireylerin sağlığı ve toplum arasındaki sıkı ilişki dikkate alınarak, sağlık hizmetlerinin temel bir ihtiyaç olduğundan, devletin giderek daha fazla destek verdiği ve sorumluluk aldığı görülmüştür.

Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların ilgili oldukları alanlardan birisi de sağlık ve sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler günümüzde en önemli küresel kamu malı özelliğini taşımaktadır. Sağlıklı bir toplum olmanın en önemli araçlarından biri de koruyucu sağlık hizmetleri olduğuna göre bu hizmetler dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından üretimi zorunlu olan bir kamu malıdır. Önleyici nitelikte olan sağlık hizmetleri bölünmeyen hizmet olarak tanımlanabilir. Bu da devlet tarafından üretilmek ve maliyetlerini kamusal finansmanla karşılamak zorundadır (Şenatalar, 2003). Toplumun aşılınması, aile planlaması, sağlık eğitimi örnek olarak birer kamu malı sayılabilir.

Esas olarak sağlık hizmetleri tek başına, bir kamu malı niteliğini taşımamaktadır. Sağlık hizmetleri yararlananın finansmanına katılabileceği, fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilen yarı kamusal mal niteliğini taşımaktadır (Altay, 2007, s.37-39). Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal özelliğini ortaya çıkaran dışsallık unsuru, bireylere özel fayda ve topluma dışsal fayda sağlamasından kaynaklanır. Bireyin sağlık hizmetleri kullanımı sonucu (muayene ve tedavi), sağlıklı bireyler artarak toplum için de sosyal fayda sağlanmaktadır.

Aile bireylerinde oluşan hastalıkların neden olduğu ekonomik dışsallıklar aile bütçesini etkileyerek, üretim ve gelirin azalmasına neden olarak ekonomik kayıp ardından ulusal ekonomi üzerinde dışsallık ortaya çıkarabilecektir. Örneğin, doğumda yaşam beklentisinde %10'luk bir artış sağlayabilmek için ekonomik büyümede %0,3' lük bir artışın sağlanması şarttır (Sachs, 2001, s.24).

Devlet müdahaleleri sağlık hizmetlerinde plan ve programın oluşturulması, yatırım, denetim ve destek biçimindedir. Devlet yürüyen sağlık sistemine, sertifika belgeleriyle (diploma, yeterlilik belgesi) müdahil olurken, ulusal bazda sağlık harcamaları için bütçe oluşturur. Ayrıca, sigorta sistemini kurarak veya,

mevcut sigorta sistemlerine finansal destek vererek, sistemin çalışmasına yardımcı olur.

Ekonomik gelişme ile sağlık ve yoksulluk ile hastalık arasında yakın ilişki vardır. Hastalanmaların sonucu insanların ve ülke gelirlerinin azalmasının yanında gelecek nesiller durumdan etkilenecektir (Woodword ve Smith, 2006, s.24). Yoksulluğun beslenme, eğitim ve barınmaya neden olduğu negatif dışsallıklar sağlık üzerine etkili olarak uluslararası bir soruna neden olmaktadır.

1.3.3.5. Sağlık Hizmetlerinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Olan Etkisi

Sağlık hizmetleri kamusal ve dışsallık özelliklerini taşıdığı için, yeterli düzeyde verilmediğinde veya bireyler tarafından kullanılmadığında toplumda yaşayan bireylerin tamamı zarar görmektedir (Mutlu ve Işık; 2005, s.45). Sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanılması, hem bireylere hem de topluma maliyet getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin var olduğu ancak tüketilmediği toplumlarda da benzer sorunlarla karşılaşılabilir. Sağlık üretiminde belli seviyeyi yakalayan ülkelerde sağlık harcamalarının önceliği ve sınırsızlığı toplumun yaş ortalaması ve sosyal güvenlik açıkları gibi problemlere yol açabilmektedir.

1.3.3.6. Sağlık Hizmeti Tüketimi Rastlantısaldır

Talebin ne zaman ortaya çıkacağını belli olmaması sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran en önemli özelliğidir. Ayrıca hastalığın maliyeti de belirsizdir. Sağlık hizmetlerinde talebin tam olarak belirlenememesi ekonomik fizibilite yapmayı zorlaştırmakta ve ekonomik riski arttırmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin zaman açısından taşıdığı belirsizlik, bireylerin bu harcamalarını karşılamak üzere bütçelerinde plan yapmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenmeyecek kadar fazla olması hem bireysel hem de kamusal anlamda tedbir alınmasını gerektirmektedir (Tengilimlioğlu, Işık ve Akbolat, 2009, s.40).

1.3.3.7. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Yoktur

Tüketiciler mal ve hizmetlerin tamamlayıcı ve ikame özelliklerine göre rasyonel seçimleri sonucunda tercihlerini yapabilmektedirler. Böyle tercihleri sağlık hizmetleri konusunda yapabilmek mümkün değildir. Sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konulamaz. Hastanın doktorun önerdiği tedaviye uyma zorunluluğu vardır (Mushkin, 1958, s.786-787). Sağlık hizmetleri maddi değeri daha az olan başka hizmet ile değiştirilemez. Örneğin kalp ameliyatı yerine apandisit ameliyatı yapılamaz. Bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran temel özelliklerden biridir (Tengilimlioğlu vd., 2009, s.40).

Sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlere karşı üstün niteliğine sahip olmanın yanında doğası gereği pek çok durumlarda hizmetin kullanımı ertelenemez. Özellikle hastalığın belli olduğu ve acil tedavi sürecinde sağlık hizmeti ertelenmesi mümkün olmayan bir hizmettir. Bireylerin ekonomik ve diğer nedenlerle söz konusu olan taleplerin ertelenmesi ve gecikmesi de mümkün değildir. Ayrıca tedavide erken tanı süreci uygulanmazsa büyük ekonomik kayıplara neden olur (Tengilimlioğlu vd., 2009, s.41).

1.3.3.8. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet

Tam rekabet piyasasının oluşması için; tek başına fiyatı etkilemeyecek kadar alıcı ve satıcı olması, piyasaya giriş ve çıkışın serbest olması, alıcı ve satıcıların piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmaları, malların homojenliği ve alışverişe konu olan malların birbirinin aynı olması şartları gereklidir (Dinler, 2006, s.211). Ancak sağlık hizmetleri piyasasında alıcı sayısının çok olmasına karşın, sağlık hizmetleri uzmanlık gerektiren bir alan olması nedeniyle piyasaya girişte kısıtlamalar mevcuttur. Yani her isteyen bireyin sağlık hizmeti sunmak için pazara girmesi mümkün değildir. Sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgi düzeyleri ve sahip oldukları eğitim seviyesinin sağlığın ekonomik kaynakları etkili kılmasında çok önemli rolü vardır.

Asimetrik bilgi, sağlık hizmetlerine ilişkin piyasa aksaklıklarının en temel nedenlerinden biridir. Sağlık hizmetleri sunucuları ve kullananlar piyasa hakkında eksik ya da asimetrik bilgiye sahiptirler. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanmamaktadır. Piyasada herhangi bir mal gibi standart hale getirilmiş sağlık hizmeti yoktur. Tam rekabet piyasasının aksine sağlık piyasalarında bu şartların mevcut olmaması eksik rekabetin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Çoban, 2007, s.34).

1.3.3.9. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Dengesizliği

Sağlık arzını kısa sürede arttırmak zordur. Artan nüfus, toplumun bilinçlenmesi, gelir ve eğitim düzeyinin artması, yaşlanan nüfus, sağlık kurumlarının yaşanan çevrede bulunma sıklığı gibi faktörler sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Ancak bu hizmet türünün talebi diğer mallarda olduğu gibi düzenli değildir. Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde ise, kamu otoriteleri etkili olmaktadır. Fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında dengeleme görevini yapmamaktadır (Enginkaya, 2000, s.75). Ayrıca bazı sağlık hizmetleri maliyet etkin olarak nitelendirilen hizmetler olup, gelir seviyesi düşük kişilerin sağlığında iyileşmeler yapmaktadır. Bu tip hizmetlerin kamu tarafından finansmanı ya da doğrudan verilmesi gerekmektedir (Kısa, 1999, s.108). Sağlık hizmetleri, kamu müdahalesinin en fazla görüldüğü sektörlerin başında gelmektedir.

1.3.3.10. Yararlı Mallar Kavramı (Erdemli Mallar)

Devletin, bireyleri tüketmeye zorladığı mallar erdemli mallar (merit mallar) olarak tanımlamaktadır. Kişisel tercihlerin malın faydası için yeterince ortaya çıkmadığı durumlarda erdemli mallar kavramı devreye girmektedir (Bailey, 1995, s.28). Özellikle koruyucu hizmetler olmak üzere birtakım sağlık hizmetlerinin erdemli mallar statüsünde kamu yatırımlarına gerek duyduğundan bahsedilebilir (Sayım, 2015, s.7).

1.4. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Talebin Yapısı

Talebin analizi sağlık sektöründeki makro politikaların temelini oluşturabilmektedir. İktisat teorisine göre sunulan mal ve hizmetin tüketim miktarı, sağlayacağı fayda ve maliyetine göre değerlendirilmektedir. Tüketiciler, tüketecekleri sıradan veya normal bir malın kullanım miktarına veya optimizasyonuna karar vermektedirler. Ancak sağlık hizmetlerinde durum farklıdır. Sağlık hizmetlerine talep, genellikle güven eksikliği içerir (Asefzadeh vd., 2009). Çünkü sağlık hizmetlerinin kullanımı temel ekonomi dürtülerinden farklı olarak (talep ve maliyet) hastalık ile ilgili olduğu için bir güvensizlik içermektedir.

Tüketici talep teorisinin temelini mal veya hizmet oluşturmaktadır ve kullanımı faydanın artmasına neden olmaktadır. Ancak sağlık ürünleri mal veya hizmetin geleneksel kavramını taşımamaktadır. Sağlık hizmetleri doğrudan faydayı arttırmamaktadır. Aslında sağlık hizmetleri kullanıcılarının sağlığa erişimleri fayda ve memnuniyeti oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri tüketim kararı; enfeksiyonlar, kazalar, gebelik ve diğer sağlık sorunları gibi durumların ortaya çıkmasının bir sonucudur. Sağlık hizmetleri tüketim kararındaki diğer nedenler de yaş, cinsiyet özellikleri, yaşam dönemindeki dejeneratif hastalıkların başlangıç oranı, erken yaşlardaki aşılama ve kadınların doğurganlık dönemindeki gebelik riski gibi özelliklere de bağlıdır (Akin vd., 1985). Bu nedenle sağlık hizmeti kullanımı koruyucu ve tedavi edici olarak türetilmiş bir taleptir. Sağlık sadece bireyin kendi iyiliği için talep edilmediğine göre aynı zamanda hastalık yoluyla kaybedilen süreyi azaltmak suretiyle bireyleri etkinleştirmek, ekonomik faaliyetlerin üretimine katkı sağlamak anlamına gelmektedir (Grossman, 1972b).

Michel Grossman yaptığı çalışmasında sağlığın ekonomik bir mal olduğunu ve bireyin sağlık hizmetlerine olan talebinin sağlığına erişmek isteğinden kaynaklandığını anlatmaktadır. Grossman sağlık hizmetlerini nihai bir mal olarak sadece bireyin isteğinin bir bölümünü oluşturduğunu ve genelde bu malı bir

etken olarak sağlığını korumak için yatırım amacıyla kullandığını söylemektedir (Grossman, 2004, s.629-636). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanılması türetilmiş bir taleptir. Grossman makalesinde her bireyin kendisi için bir sağlık eğrisinin bulunduğuna ve zaman içinde aşındığına, bireyin sağlığını korumak için yatırım yaparak aşınan sağlığını telafi ettiğini belirtmektedir. Aslında birey sağlığına yatırım yaparak ölümünü geciktirmektedir. Bunun için sağlık hizmetleri sunucuları faydayı oluşturan hizmetler vermektedirler (Grossman, 2004, s. 629-636).

Sağlık hizmetlerinin talebindeki düzensizlik ve öngörölmeven özelliği hastalığın birden ortaya çıkmasının bir sonucudur (Mwabu, 2008). Mwabu'ya göre sağlık hizmetlerinin tüketimi, özellikle koruyucu hizmetler, genellikle pozitif dışsallıklar ile ilişkilidir (Mwabu, 2008). Bireyler tıbbi bakım ile ilgili seçimlerini yaparlar. Bu seçimleri yaparken birey sağlık hizmetleri kullanımının faydası ve maliyetini dikkate alarak karar vermektedir. Bu karar arkadaşlar, doktorlar ve diğerlerinin tavsiyesi üzerine, potansiyel riskler ve farklı sağlık hizmetleri v.b kullanımının faydalarına bağlı olabilmektedir.

Bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı ve ilgili kararları konusunda seçim yapmalarında iki alternatif model tanımlanmaktadır (Bellay, 2013, s.11):

1. Birinci yaklaşım sağlığa bireylerin bireysel tercihlerinin üzerine çeşitli mallar arasında iyi tanımlanmış bir mal olarak bakmakta ve talep belirleyicilerini araştırmak için Ortodoks tüketici tercih teorisini kullanmaktadır.
2. İkinci yaklaşım tüketicinin sağlık hizmetleri seçiminde dönemler arası bir model kullanarak, tüketim kararları ve sağlığı stok bir değişken olarak insan sermayesi çerçevesinde belirlemektedir. Bu yaklaşım sağlık hizmetleri kullanımını talep edilen ölçüde varsaymaktadır ve sağlık stokunu geliştirip ve verimliliği arttırdığına inanmaktadır. Aslında Grossman (1972a) orijinal yaklaşımına öncülük etmiş diğer bir model de şudur: Talep sağlık hizmeti içindir. Oysaki sağlıklı olmak için sağlık hizmeti talep edilmelidir.

Gelişmiş ülkelerde sigorta varlığı nedeniyle sağlık hizmetleri parasal değeri sıfır veya düşük fiyatlarla sunulmaktadır ve standart model talebin sonsuz veya en azından yüksek oranlarda olduğunu varsaymaktadır. Bu birçok sanayileşmiş ülke ekonomilerinde bazı sigortalı kişiler tarafından aşırı talep nedeni oluşturarak bir sorun haline gelmiştir (Bellay, 2013, s.11). Ancak gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal alanlarda kullanımın az olmasının temel nedeni arz olanakların yetersizliğidir. Sağlık hizmetleri tesisleri kullanılmaya müsait olsa bile tedavinin finansman maliyeti, ulaşım masrafları ve hizmet kalitesine ilişkin talebin düşük olması nedeniyle farklı engeller oluşmaktadır.

Bu faktörler göz önüne alındığında bireyler kamu sağlık hizmetleri, özel sağlık kuruluşları arasından seçim yapabilirler. Bu tür bilgi içeren talep modellerini politika yapıcılar daha etkin hizmet vermek için hedef içeren politika olarak kullanılabirler.

Günümüzde sağlık hizmetleri en temel sosyal haklardan biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımının ülkelerin sağlık sistemi performansının değerlendirmesinde ve sağlık reformlarının yapılandırılmasında önemli rolü vardır (Aday, 1993, s.46). Bunun için, sağlık hizmetleri kullanım davranışını etkileyen faktörlerin araştırılmasının, sağlık hizmetleri kullanımının teşvik edilmesinde kullanılacak politikaların yapımında önemli rolü vardır (Aday, 1993, s.46).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bu hizmetleri etkileyen faktörler üzerinde önemle durulan noktalar aşağıdaki konulardır:

- Sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin planlama yapılması;
- Toplumun sağlık statüsünün ve davranışlarının belirlenmesi;
- Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin ölçülmesi;

Sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan bireyler veya gruplar tarafından kullanılabilme derecesi ve kullanılabilirlik sorunlarının sağlık yöneticileri

tarafından belirlenmesi, sağlık hizmetlerini kullanabilme imkânını artırır ve daha sağlıklı bir toplum oluşturulabilir.

Sağlık hizmetleri kullanımının ölçüleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kullanılan hizmetin türü (hastane, doktor, diş hekimi, acil bakım, evde bakım, muayenehane, klinik, hastane, vs.);
- Alınan bakımın amacı (koruyucu, tedavi edici, istikrar kazandırıcı, nezaret edici);
- Zaman aralığı (belirli bir zaman aralığında doktora giden ve gitmeyen risk altındaki nüfusun yüzdesi, belirli bir zaman aralığında ortalama doktora gitme sayısı);
- Tedavi sürecinde, hizmet alınan sağlık personelinin sayısı;
- Ölçülen sürekliliğin belirtilmesi (Kaya, 1995, s.101).

Sağlık hizmetlerinin kullanılmasıyla ilgili kriterler literatürdeki yapılan araştırmalarda birbiriyle farklılık göstermektedir. Genel olarak aşağıdaki kriterler kullanılmaktadır:

- Hekime başvurma (pratisyen veya uzman hekim);
- Diş hekimine başvurma;
- Diğer sağlık personeline başvurma (hemşire, ebe, vs.);
- Folk sektörüne başvurma;
- Poliklinik hizmeti alma;
- Klinik hizmeti alma (hastanede yatma);
- Acil servise başvurma;
- Tedavi edici sağlık hizmeti alma;
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti alma(taramalar, check-up, vs.);
- Tedaviye yönelik ilaç kullanımı;
- Diagnostik tektikler (laboratuar, röntgen vb.).

Sağlık hizmeti kullanımından söz ettiğimizde öncelikle doktora gitmek aklımıza gelmektedir. Örnek olarak Kaya tarafından 1996'da yapılan araştırmada yıl

içinde özel muayenehane, öğrenci sağlık merkezi, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı, aile planlaması merkezi, hastane polikliniği, hastane acil servisi, özel poliklinik, kurum poliklinik, dispansere gitme, doktorun eve gelmesi, bunların hepsi sağlık hizmeti alma olarak kabul edilmiştir. Ancak sağlık ile ilgili olarak doktor veya başka sağlık personeli ile telefonla görüşme doktora gitme olarak kabul edilmemiştir (Kaya, 1996, s.11). Genellikle zamanı “bir yıl” olarak kabul etmektedirler. Bunu da “geçen bir yıl içinde sağlığınıza ilgili olarak kaç kere doktora başvurduunuz” sorusu ile belirlemektedirler. Diğer yandan zaman ölçütü belirlemesinde de amaç ve türüne göre haftalık, aylık, üç aylık, altı aylık, bir yıl vb. dilimler kullanılmaktadır.

1.4.1. Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden ayıran nitelikler, sağlık hizmetleri özellikleri ve en önemlisi bu hizmetlerin ikamesinin olmamasıdır. Bu bağlamda sağlık hizmeti talebini diğer mal ve hizmetlerin talebinden ayıran özellikler:

- Sağlık hizmetleri talebinin belirsizliği;
- Sağlık hizmetleri talebinin fiyat ve gelir esnekliğidir.

1.4.1.1. Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirsizliği

Sağlık hizmetleri piyasasının en önemli aksaklıklarından birisi insanların gelecekteki sağlık durumlarının belirli olmamasıdır (Morris vd., 2007, s.149). Hekimlerin bazı hastalıkları tahmin etmeleri ve bireyleri bu hastalıklara neden olan nedenleri, örneğin sigara veya alkol gibi faktörleri azaltarak hastalığı önleyebilme şansları olabilir. Ama her zaman bu riskler tamamen yok edilemezler (McPake ve Normand, 2008, s.19). Bu açıdan sağlık hizmeti talep edenler için, kullanacakların tedavi sürecindeki araçlar ve onun etkilerinin belirsizliği çok önemli bir konudur.

Sağlık bilimi karmaşık olduğundan dolayı, sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık hizmeti sağlayanlar için belirsizliği de beraberinde getirmektedir. Çünkü sağlık

hizmeti talep edenler ve hekimler arasında tedavi süresince bilgi eşitsizliği çok fazladır (Arrow, 1963, s.951). Sağlık hizmetleri kullanımının tahmin edilememezliğinin nedeni bu hizmetlerin içinde var olan belirsizliktir (Koç, 2004, s.41).

Sağlık hizmetlerindeki optimal koşulların oluşamaması bu hizmeti kullananlarla (hastalar) ilgili belirsizlikten kaynaklanmaktadır:

1. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin tüketicileri tarafından hesaplanamaması veya fiyatlardaki aşırı yükselme bir belirsizlik olarak kullanıcıları bu hizmetlere başvurmadan önce kararlarından vazgeçirebilir.
2. Sağlık hizmetlerindeki kalite meselesi kullanıcıları açısından başka bir belirsizlik kaynağını oluşturmaktadır. Çünkü ekonomik hayatta diğer malların kalite sorunundan daha önemlidir. Ayrıca hastanın hizmeti kalite açısından denemesi ya da çevreden bilgi edinmesi imkânsızdır. "Doktorun herkesten daha fazla bilgisi var" (Light, 1997, s.299) ifadesinden yola çıkarak her zaman hizmet verenin bilgisi daha fazladır.
3. Sağlık hizmetlerinin tüketiciler arasında adaletli bir şekilde dağılımının olmaması bu hizmeti talep edenler açısından belirsizlik yaratmakta ve düşük gelirliilerin refah kaybına neden olmaktadır. Buna ek olarak sağlık sigortasının adil bir şekilde uygulanamaması da belirsizliği beraberinde getirmektedir.
4. Sağlık sigortası yaptıran herhangi bir bireyin tedavi için başvuracağı doktordan gereksiz tahlillerin istenmesi ve ilaçların alınmasının devamında sigorta şirketlerinin böyle gereksiz durumların tespitini zor yapması sigorta primlerini yükseltmektedir. Sonuç olarak böyle etik olmayan bir davranış optimal sigorta fiyatlandırmasını önlemektedir (Howard, 2001, s.6; Stiglitz, 1994, s.361).

1.4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği

Ekonomide tepki ve duyarlılık esneklik ile ölçülmektedir. Esneklik katsayısı, bağımlı değişkendeki yüzde değişimin bağımsız değişkendeki yüzde değişime oranı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde de belirleyici olan en

önemli faktörler fiyat ve gelir olarak tanımlanmıştır (Tang ve Zhang, 2009, s.7). Sağlık hizmetlerinde talep esnekliği bu hizmetlerin fiyatında ve bireylerin gelirindeki değişimin sonucundaki talebin duyarlılığını ölçmektedir. Ancak sağlık hizmetleri için talebin esnek olup olmadığı ampirik sonuçlara bağlı olarak değerlendirilmektedir (Zhou vd., 2011, s.256). Literatürde sağlık hizmetleri talep esnekliği üzerinde yapılan bazı çalışmaların sonucunda esnekliğin katı olduğu sonucuna varılmıştır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talep esnekliği ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan bir çalışmada Gana'da sağlık hizmetlerinde talebin esnek olduğu sonucuna varmışlardır (Zhou vd., 2011, s.256). Benzer şekilde, Sauerborn ve arkadaşları Burkina Faso için yaptıkları çalışmalarında genelde sağlık hizmetleri talebinin (-0.7) esnek olmadığını, ancak bebekler, çocuklar ve alt düzeydeki gelir grubunda talep esnekliğini sırasıyla (-3.6), (-1.7) ve (-1.4) olarak bulmuşlardır (Sauerborn vd., 1994, s.185).

Sağlık hizmetleri talep esneklikleri üzerindeki yapılan çalışmaların bazıları Tablo 1 'de verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Talebine Yönelik Esneklik Tahminleri

Çalışma	Yöntem	Esneklik Tahmini
Newhouse ve Arkadaşları(1993)	Deneysel	-0.17, -0.22
Eichner (1998)	Gözlemsel (Tobit Regreson)	-0.62, 0.75
Van Vilet (2004)	Gözlemsel (Tobit Regresyon)	-0.14
Feldestin (1971)	Gözlemsel (Zaman Serisi)	-0.49

Kaynak: Ringel vd., 2002.

1.4.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Fiyat Esnekliği

Bir malın fiyatı değiştiği zaman, tüketicinin tepkisi talebin fiyat esnekliği ile ölçülebilmektedir.

$$e_P = \% \Delta Q / \% \Delta P$$

Yukarıdaki formül fiyattaki değişimin talep miktarında ortaya çıkaracağı değişikliği göstermektedir. ϵ_p oranı yüksek olduğu zaman fiyattaki değişimler talep miktarında çok büyük değişimlere neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği çok düşüktür (Gertler vd., 1987, s.16). Yani sağlık hizmetleri fiyatındaki değişim bu hizmetlere olan talebi çok düşük miktarda etkilemektedir. Bunun iki temel nedeni vardır:

- Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması;
- Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin olması;

Talebin fiyat esnekliği bilgisi, sağlık hizmetleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde bir dizi politika kararları için yararlı olabilmektedir. Sağlıkla ilgili olan mallar üzerinde yüksek vergiler, tüketimin azaltılmasında etkili olabilmektedir. Örnek olarak devlet sigara tüketimini azaltmak istiyorsa sigara üzerine konulacak yüksek oranlı vergi ile sigara fiyatı arttırabilir ve talep edilen miktarı düşürebilir. Sigara konusundaki talebin esnek olmaması nedeniyle vergi yöntemiyle sigara fiyatını arttırmakta vergi gelirlerini yükseltmektedir. Bu da insan sağlığına tehlike arz eden sigara tüketimini azaltıp ve vergi miktarındaki artış ve elde edilen hâsılayla sağlığa faydalı olan diğer mal ve hizmetler için kullanılacaktır. Örnek olarak, daha fazla tüketimin teşvik edilmesi için taze sebze ve meyvelerin vergiden muaf tutulması mümkün olacaktır. Kullanımı teşvik etmek için spor tesisleri desteklenebilir. Bu tür politikalarla talep esnekliği hesaplamaları yaparak sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmenin mümkün olabileceği söylenebilir.

Sigara talebi üzerinde birçok çalışma yapılmıştır (örneğin, bkz. Townsend, 1987; Stebbins, 1991; Trigg ve Bosanquet, 1992). Ancak çalışmaların geneli talebin fiyat esnekliğini -0.5 civarında bulmuşlardır (McPake ve Normand, 2002, s.22).

Sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek ve vergi veya sübvansiyon politikasını bilgilendirmek için esneklik hakkında malumat kullanabileceğimiz gibi sağlık hizmetleri için ücretlendirme politikasının kullanılması da yararlı olabilmektedir.

Son zamanlarda birçok ülkede tıbbi hizmetlerden, hastalık bakımı veya ilaçlardan yararlanmak için ücretlendirme sistemi kullanılmaktadır (McPake ve Normand, 2008, s.25).

Bununla birlikte, yapılan çalışmalar gelir düzeyi düşük olan bireylerin, gelir düzeyi fazla olanlara göre daha esnek bir talep sergilediğini göstermektedir (McPake ve Normand, 2008, s.25). Bu nedenle basit bir ücretlendirme politikası ile geliri düşük olan bireylerin kullanımı engellenebilmektedir.

Ücretlendirmenin potansiyel bir rolü, insanların sağlık hizmetlerini gereksiz yere kullanmalarını engellemektir. Eğer insanlar kullanım için ücretle karşılanırlarsa, bakım ihtiyaçlarını dikkatlice düşüneceklerdir. Ancak deliller böyle bir politikanın basitçe uygulanamayacağını söylemektedir. (Newhouse, 1993).

Sağlık hizmetlerinin türüne bağlı olarak, bu hizmetlerdeki talebin fiyat esnekliği farklı olabilmektedir. Bireylerin yaşam kalitesini ve faaliyetlerini etkileyen hastalıkların tedavi edilmesine yönelik talebin fiyat esnekliği düşüktür. Ama koruyucu sağlık hizmetlerin esneklik oranı daha yüksektir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği diğer mal ve hizmetlere göre daha düşüktür.

Li ve Yang tarafından 1989'da Çin'in Sichuan eyaletindeki iki ilde (Meishan ve Jianyang) yürütülen deneyde, ayakta tedavi hizmetinin talebinin esnek olduğu ve yatakta tedavi hizmetleri talebinin esnek olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayakta tedavi hizmetleri için ilçe hastanelerinde talebin fiyat esnekliği (-1.66), iken köy kliniklerinde (-1.13) olarak bulunmuştur. Yatakta tedavi hizmetleri fiyat esnekliği ilçe hastanelerinde (-0.33) ve bölge hastanelerinde (-0.44) olarak tahmin edilmiştir (Li vd, 1994, s.236).

Çin'in Sanayi eyaletinde Zhou ve arkadaşları çalışmalarında ayakta tedavi hizmetlerindeki deneylerden talebin fiyat esnekliğini (-1.5) olarak bulmuşlardır (Zhou vd, 2009, s.129). Scitovsky ve Snyder çalışmalarında hekime başvuruda talebin fiyat esnekliğini (-0.14) olarak bulmuşlardır (Scitovsky ve Snyder, 1972).

Aynı konu üzerinde yapılan diğer çalışmada esneklik oranı (-0.04) olarak belirlenmiştir (Cherkin vd.,1989).

Esneklik değeri zaman değişimine, alınan nüfus örneklerindeki farklılığa ve hatta nokta ve yay esneklik ayırımına göre değişebilmektedir. Örneğin yapılan çalışmalarda hekime başvuruda bu konuları dikkate alarak talebin fiyat esnekliği (-0.15 ile -0.20) (Fuchs ve Kramer, 1972) veya (-0.16 ile -0.35) aralığında bulunmuştur (Wedig, 1998). Kısacası esneklik tahminleri, yalnızca belli bir zamana belirli bir nüfusa yönelik bölgesel etkileri açıklamaktadır (Deaton, 1987). Yukarıda bahsedilen çalışmalardan hekime başvuru talebinin fiyat değişimleri karşısında esnek olmadığı anlaşılmaktadır.

Ek olarak, yalnızca mal veya hizmetin kendi fiyatı değil, aynı zamanda diğer ilgili mal veya hizmetlerin fiyatı da sağlık hizmetleri talebini etkilemektedir. Bu da farklı esneklik türleri ile sağlanabilir (DiMatteo, 2003). Örneğin çapraz fiyat esnekliği ayakta tedavi hizmeti ve yatak tedavi hizmetlerinin birbirinin yerine ikame edilip edilmediğini göstermektedir (Ringel vd., 2002). Manning ve arkadaşları alan tesisi tasarımı yatakta tedavi hizmetleri ve ayakta tedavi hizmetlerinin negatif çapraz fiyat esneklikleriyle karşı karşıya olduklarını belirtmiştir (Manning vd., 1987).

Ayakta ve yatakta tedavi hizmetlerinin tamamlayıcı nitelikte olması ve ayakta tedavi hizmetlerindeki artış yatakta tedavi hizmetleri ile birlikte seyrettiği için bir sevk sistemine bağlı olması anlamına gelmektedir. Bununla birlikte çalışmalar ayakta tedavi hizmetlerinin ikame edilebilirliği (Davis ve Russell, 1972; Gold, 1984) veya sevk olmadan ilişkisi olmadığını (Freiberg ve Scutchfield, 1976; Scitovsky ve Snyder, 1972) tespit etmişlerdir. Genel olarak çapraz fiyat esnekliği bir sevk sistemine bağlıdır.

1.4.1.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinde Gelir Esnekliği

Talebin gelire olan duyarlılığı pozitif veya negatif olabilir. Lüks mallarda talebin gelir esnekliği 1'den büyük olmasına karşın normal mallarda talebin gelir

esnekliği pozitif ve düşük mallarda talebin gelir esnekliği negatiftir (McPake ve Normand, 2008, s.25). Sağlık hizmetleri normal mallar grubunda olduğuna göre gelirdeki herhangi bir değişme bu hizmetlere olan talebin de doğrudan değişimine neden olacaktır. Yapılan çalışmalarda, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliği 1'den büyük olduğu için lüks mal olarak belirlenmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin talebindeki artış gelirdeki artıştan daha fazla olmaktadır (McConnel vd., 2004, s.433).

Gelir seviyesi sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Talebin gelir esnekliği, diğer faktörler sabitken, tüketicinin gelirindeki değişmenin talep edilen mal miktarı üzerindeki değişimin şiddetini göstermektedir (Bitran ve McInnes, 1993, s.14; Parasız 1994, s.194).

$$e_y = \% \Delta Q / \% \Delta Y$$

Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği üzerindeki yapılan araştırmalar, değerinin pozitif ve birden büyük olduğunu işaret etmektedir. Gelirin artmasıyla birlikte tüketilen sağlık bakımının miktarı da orantılı olarak artmaktadır. Nitelikli olan mallar daha çok lüks mal olarak tanımlanmaktadır. Çünkü geliri fazla olan bireyler bu malları daha çok satın almaktadır. Bu durum böyle malların tüketiminin gereksiz olduğu anlamına gelmez. Ancak yalnızca gelir arttıa çok daha büyük miktarda tercih edilir. Bu olgu refah düzeyi yüksek olan ülkelerin sadece sağlık hizmetleri için daha fazla harcama yapmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetleri için GSMH içinde daha fazla pay aldığını açıklamaktadır (McPake ve Normand, 2008, s.25).

Genel olarak kullanıcı ücretlerinin etkisiyle ilgili deneysel çalışmalardan elde edilen bulgular, hizmetlerin kullanımı üzerinde caydırıcı etki yaratmadan geliri arttırmak için bu hizmetlerin kullanabileceğini göstermektedir. Ancak sağlık hizmetine ihtiyacı en çok olan geliri düşük bireyleri caydırabileceğini dikkate almak gerekmektedir. Sonuç olarak istenmeyen etkileri önlemek için popülasyon içindeki farklı gruplara ve farklı fiyat düzeyindeki talep esnekliği kalıplarını anlayarak politikalar geliştirilebilir.

Türkiye’de gelir seviyesinin sağlık hizmetleri talebine etkisi üzerindeki yapılan araştırma sonuçları, geliri yüksek olan bireylerin, geliri düşük olan bireylere göre %50 oranında daha fazla sağlık hizmetleri talebinde bulunduklarını göstermektedir (Kurtulmuş, 1998, s.117). Burada daha çok ertelenmiş veya kişisel sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik estetik ameliyatlara gibi bazı sağlık hizmetlerinin talebinde artış söz konusu olabilmektedir (Çelik, 2011, s.22).

Bireylerin gelirlerine bağlı olarak sağlık hizmetleri talep esnekliği değişebilir. Getrler (1987) sağlık hizmetleri talep esnekliği üzerine yaptığı çalışmada yüksek geliri olan bireylerdeki sağlık hizmeti taleplerindeki esneklik oranının çok düşük ve bu oranın düşük gelirlielerde yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Getrler vd., 1987, s.16). ABD’de yapılan bir araştırma sonucunda sağlık hizmetleri gelir esnekliği 0,2 olarak bulunmuştur (Zhou vd., 2011, s.256).

Ampirik çalışmaların sonucu esneklik değerlerinin tahmin düzeyleri ile olumlu ilişkileri olduğunu gösterdiğine göre, sağlık hizmetlerinde spesifik konuların belirlenmesi, talep esnekliğinin uygun seviyede tahmin edilmesine bağlıdır (Zhou vd., 2011, s.256). Örneğin Getzen (2000) makalesinde bireysel ve ulusal düzeylerde net gelir esnekliğini görmek için 1960-1990'lara kadar 45 çalışmayı özetlemiştir. Getzen sağlık hizmetlerinin bireysel bir zorunluluk olduğu ancak ulusal düzeyde lüks olduğu sonucuna varmıştır (Getzen, 2000).

Genel olarak yapılan çalışmalar gelir ve sağlık hizmetleri talebi arasındaki doğrusal ilişkiyi tespit etmişlerdir. ABD’de yapılan deneysel çalışmada gelirdeki %10’luk artışın sağlık hizmetleri talebini %10 oranında arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Feldstein, 2007, s.52).

Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğini etkileyen en önemli faktörlerden biri de sigorta kapsamıdır. Sigortanın temel hedeflerinden birisi sigortalanan bireyin gelir esnekliğini düşürmektir (Stahl, 2003, s.242). Ampirik çalışmalar, sigorta kapsamı geniş olduğunda bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları zaman ödemeye gerek duymadıklarından dolayı bu hizmetlerin talebinin gelir esnekliğinin sıfıra yakın olduğu sonucuna varmışlardır (Ringel vd., 2002, s.27).

Ülkenin gelişmişlik düzeyi, sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğini belirleyen diğer önemli faktördür. Deneysel çalışmalarda, Dünya Bankası'nın 1994 verilerini kullanarak sağlık hizmetleri talebinin gelir esneklikleri tahmin edilmiştir. Sonuçlar sağlık hizmetleri gelir esnekliğinin dünyadaki ortalama rakamının 1,3, yüksek gelir düzeyinde olan ülkeler için 1,47, orta gelir düzeyli olan ülkeler için 1,9 ve düşük gelirli ülkeler için 1 olduğunu göstermiştir (Merson vd., 2006, s.620). Bu bize düşük gelirli ülkelerin gelir artışının sağlık hizmetlerine olan talep üzerindeki etkisinin orta ve yüksek düzeydeki gelirleri olan ülkelere göre daha az olduğunu göstermektedir.

Genel olarak, geliri fazla ve sigorta kapsamının geniş olduğu ülkelerde sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği pozitif ve sifıra yakındır. Ayrıca sağlık normal mal olarak değerlendirilmektedir. Ama estetik ameliyatlari, diş ve benzeri hizmetler sigorta kapsamında olmadıkları için talebin gelir esnekliği 1'den büyüktür ve bu nedenle lüks mal olarak tanımlanmaktadır.

Örneğin, Zhou ve arkadaşları Çin'de sağlık hizmetlerinde iki farklı hizmet türü üzerindeki çalışmalarını ülke çapında 2003-2008 yılları arası temsili verilere dayalı olarak bireysel düzeyde sağlık hizmetleri talebinin fiyat, çapraz fiyat ve gelir esnekliğini tahmin ederek literatüre katkıda bulunmuşlardır. Yapılan çalışmada şu sonuçları elde etmişlerdir (Zhou vd, 2011, s.263).

- Ayakta tedavi hizmetlerinin duyarlılığı ile yatakta tedavi hizmetlerinin duyarlılığı arasında fiyat değişimine tepki olarak önemli bir fark yoktur.
- Yatakta tedavi hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleriyle ikame edilebilmektedir.
- Yatakta tedavi hizmetleri talebi, gelir artışına bağlı olarak ayakta tedavi hizmetleri talebindeki artışından daha hızlı yükselmiştir.

1.4.1.2.3. Türetilmiş Bir Talep Olarak Sağlık Hizmetlerinin Hanehalkı Üretim Düzeyi

Sağlık hizmetlerine olan talebin analizinde önemli bir kavramsal gelişme, tüketicinin temel talebinin sağlık bakımından değil, sağlığa yönelik olduğunu

kabul etmek olmuştur. Benzer bir öneri sağlık sigortası talebi için de geçerlidir. Ekonomik birimlerinin mallara olan taleplerinin, dolaylı olarak bu malların üretiminde kullanılacak kaynakların kullanımına ilişkin oluşturdukları talebe türetilmiş talep denilmektedir (Özer, 2005, s.213). Bununla birlikte, belli amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetleri talebinin türetilmiş bir talep olduğu da iddia edilebilir. Sağlık, sadece bireyin kendi iyiliği için değil, aynı zamanda bireylerin örneğin işgücü piyasasına katılmalarını sağlamak için de talep edilmektedir. Bu durum Grossman'ın (1972a, 1972b) yaptığı önemli bir araştırmada, tüketici talebinin yeni teorilerinin sağlık ve sağlık bakımı talebine doğrudan uygulanmasını temsil etmektedir.

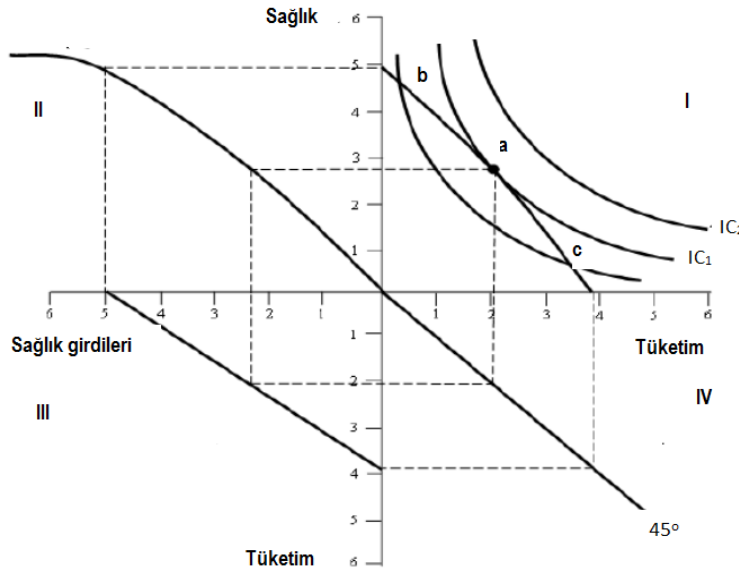
Becker (1965), tüketicilerin tüketim faaliyetlerinin yanı sıra üretimde de aynı anda yer aldığını öne sürmüştür. Hanehalkı mal ve zaman girdilerini birlikte kullanıp üretim yaparlar. Bütçe kısıtı ve fiyatlara bağlı olarak, malın fayda fonksiyonu maksimize edilerek belli miktarda mallar üretilir (Becker, 1965, s.516). Özellikle, tüketicinin talep ettiği bilgi gereksinimleri ve tüketim belirsizliğiyle ilgili problemler, bu metanın dikkate alınmasında merkezi bir unsur olarak görülmektedir.

Tüketiciler, piyasa ürünleri, girdileri ve kendi zamanları ile mal ve hizmet üretmektedir. Mallar ve hizmetler, temel emtia üretimine girdi olduğuna göre, bu mallar ve hizmetler için talep türetilmiş bir taleptir (McGuire vd., 2005, s.106). Böylece hanehalkı, üretim ve tüketim açısından temel karar alma birimi haline gelmektedir (Grossman: 1972b, s.224). Ayrıca mal ve hizmetlerin temel mal ve hizmetlerin üretimi için girdi özellikleri vardır.

Bu yaklaşımı sağlık ve sağlık hizmetlerine uygularken, Grossman sağlığı temel bir mal olarak algılamaktadır. Model, sağlık talebinin türetilmiş bir talep olduğunu ve birincil talebi sağlık talebine odakladığını önermektedir. Tüketiciler iki nedenden dolayı sağlığı talep ederler. Birincisi tüketim malı olarak sağlık, doğrudan fayda fonksiyonlarına girmektedir. İkincisi, yatırım malı olarak, tüketicilerin kazanç elde etmelerini sağlayan iş için ne kadar zaman ayırdığını ve boş zamanları doğrudan tüketim işlevine giren mal üreten diğer ürünlerle

birleştirerek, feragat zamanının miktarını belirlemektedir (McGuire vd., 2005, s.112).

Tüketici faydayı maksimize eden kişi olarak varsayarak, kayıtsızlık eğrisi analizi ile temsil etmek mümkündür. Tüketicinin bu davranışı, gelir düzeyi, sağlık girdilerinin fiyatı, tüketim faaliyetleri ve sağlık girdileri ile kısıtlanmıştır. Başka bir deyişle, bireyin amacı hem bütçe kısıtlamasında hem de sağlık üretim fonksiyonunda çevre koşullarına bağlı olarak en yüksek tüketim imkânına ulaşmaktır. Şekil 8 sağlığı türev talep olarak sağlık hizmetlerinin hanehalkı üretim fonksiyonu, fiyat ve geliri bağımsız faktörler olarak analize dâhil ederek bütçe kısıtı altında ortaya çıkan üretim fonksiyonu ile birlikte göstermektedir.



Şekil 8. Sağlık Hizmetleri Hanehalkı Üretimi

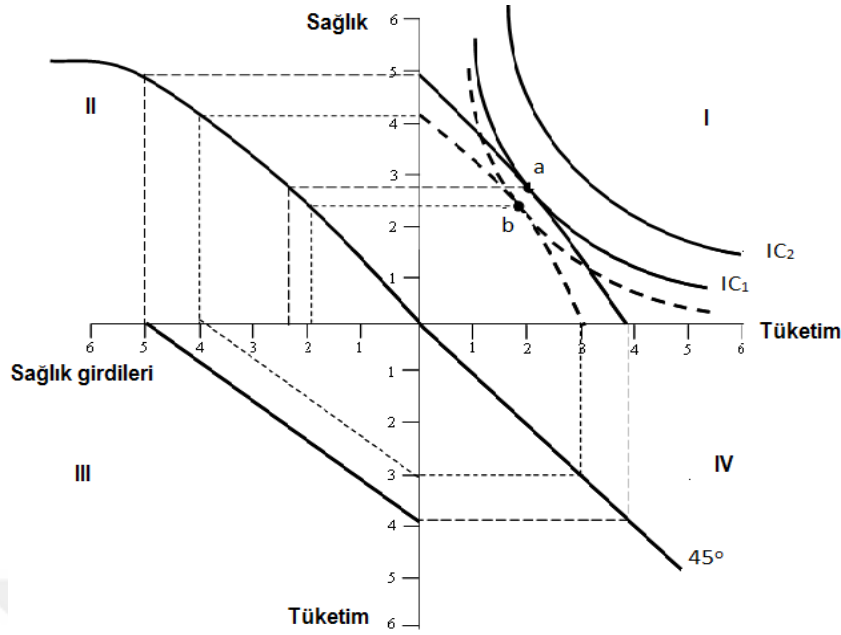
Kaynak: McGuire vd., 2005, s.107

Bölüm I: Bu bölümde IC_1 ve IC_2 eğrileri tüketici kayıtsızlık haritasının bir bölümünü ana hatlarıyla çizmektedir. Koncağ eğri tüketim imkânının sınırını ve denge (**a**) noktasında oluşmaktadır. Tüketici (**a**) noktasında maksimum faydayı sağlayarak sağlık ve tüketim dengesini kurmuştur. Ayrıca sağlık girdilerinin fiyatlarına ve bütçe kısıtına bağlı olarak hanehalkı sağlık üretim fonksiyonu oluşturulmuştur.

Bölüm II: Azalan marjinal ürünün yasasını kapsayan sağlık üretim fonksiyonunu özetlemektedir. Bu fonksiyon teknik bilgi göz önüne alındığında verilen sağlık girdisi miktarı için ne kadar sağlığın elde edilebileceğini göstermektedir.

Bölüm III: Bireyin faydayı maksimize etme davranışına ilişkin bütçe kısıtlamalarını özetlemektedir. Hem sağlık girdileri hem de tüketim faaliyetleri maliyetsiz olmadığına göre, tüketici gelirini bu faaliyetler arasında tahsis etmelidir. Eğrinin eğimi göreceli maliyetleri yansıtır. Tüketicinin bu maliyetler üzerinde mükemmel bilgiye sahip olduğu varsayılmaktadır. Aynı diyagramda bütçe kısıtı ve sağlık üretiminin dâhil edilmesi, tüketicinin gerçekten seçeceği tüketim ve sağlık girdi faaliyetleri kombinasyonunun belirlmesine olanak tanımaktadır. Bu, III'üncü bölümde verilen bilgileri IV'üncü bölümdeki 45°'lik çizgisine dönüştüren I'inci bölümü göstermektedir.

Bu diyagram Grossman modeli olarak belirlenmiştir ve gelir ile fiyat faktörlerinin bütçe kısıtı altında sağlığın hanehalkı üretimini etkilediğini anlatmaktadır (Grossman, 1999). Bu tanıtım ceteris paribus varsayımlarının incelemesinde yararlıdır. Şekil 9'da örneğin bu varsayım altında değişen gelir etkisi özetlenmektedir. Bireyin gelirinin şekilde olduğu gibi düştüğü ve bütçe kısıtlamasının kaynağına paralel bir hareketle sonuçlandığı varsayılmaktadır. Düşük bir gelir, bireyin açık sağlık girdisi ve tüketim faaliyetlerinin uygulanabilir kombinasyonlarının sayısının azaldığı anlamına gelmektedir. Şekil 9' da tüketici gelirindeki düşüş nedeniyle tüketim ve üretim fonksiyonundaki değişim gösterilmektedir.



Şekil 9. Tüketici Gelirindeki Düşüşün Hanehalkı Sağlık Üretimine Etkisi
Kaynak: McGuire vd., 2005, s.108.

III'üncü bölgedeki bütçe doğrusunun sağa kayması, tüketicinin gelirindeki azalmadan kaynaklanmaktadır. Denge (a) noktası olmadığına göre bireyin yeni dengesi (b)'de olacak ve birey bu noktada daha düşük bir sağlık seviyesine sahip olarak daha az tüketiyor olacaktır. Sağlık stoku, sağlık girdileri için daha az harcama yapması nedeniyle azaltılmaktadır. Dolayısıyla Şekil 9'da verilen özel örnek için, gelirin düşmesinin kullanılan sağlık girdilerinin miktarında bir azalmaya ve kişinin sağlık durumunun bozulmasına neden olacağı öngörülmektedir. Fiyat faktörü için de benzer bir açıklama yapılabilir.

Tüketicinin tüketim faaliyetleri ile sağlık seviyeleri arasında tutarlı tercih sıralamaları yapması için tercih edilen tüketim kalıpları ve sağlık üretimine karar verebilecek şekilde karşılaştırma yapabildiği varsayılmaktadır. Buna göre tüketicinin rasyonel karar alması için yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle eğer tahmin edilen sağlık sermaye stokunun marjinal verimliliği farklı olsaydı o zaman sağlık üretim fonksiyonu, temel sağlık ve sağlık girdi üretim fonksiyonu arasında farklı ikame esneklikleri oluşup, farklı bir denge pozisyonu oluşacaktı.

Grossman sağlığı, tüketim modelinde olduğu gibi doğrudan yarar sağlayan temel bir emtia olarak ya da diğerklerinin yanı sıra elde etme zamanı ile birleştiren bir meta olarak değerklendirmektedir (McGuire vd., 2005, s.110). Bu sağlık talebinde bir yatırım motivasyonu doğurur, çünkü sağlığını arttırmak suretiyle birey sağlık ve pazar dışı faaliyetlerinin üretimine ayrılmış olabilecek sağlık sorunu nedeniyle kaybedilen zaman miktarını düşürür. Dolayısıyla sağlık, sermaye stoku olarak sağlıklı günler ile ölçüldüğü müddetçe dönem başına sağlıklı bir çıktı üretir.

Sağlık hizmetleri talep özellikleri aynı zamanda sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler olarak belirlenmektedir.

1.4.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler

Sağlık sektöründe talebi belirleyen en önemli unsurlardan birisi, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerdir. Genel olarak sağlık sektörü tüketicilerinin belirlenmesi veya seçilmesi birçok değışik aktörün etkisi altındadır. Başka bir deyişle, talebi analiz ettiğimiz zaman bireylerin sağlık hizmetlerini kullanım oranlarını etkileyen faktörleri bulmamız gerekmektedir. Bu faktörlerin iyi anlaşılması;

1. Toplumdaki sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen değışkenleri belirlememizi;
2. Sağlık hizmetleri kullanımını toplumun katmanlarında dikkatlice ön görerek denetim ve dengeleme mekanizmalarını uygulayabilmemizi sağlamaktadır.

Sağlık hizmetleri kullanımı için talebi belirleyen birkaç faktör mevcuttur. Sağlık hizmetleri literatüründe çoğunlukla hanehalkı kararları, gelir ve sağlık hizmetleri fiyatı (doğrudan ve dolaylı maliyet) sağlık hizmeti talebi için temel faktörler olarak belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunda bu değışkenler ekonomik, demografik ve ihtiyaç algıları olarak ele alınmıştır (Teskfaye, 2003). Ayrıca ilk önce hekim tarafından belirlenen kullanım, ardından hasta açısından diğerk tedavi yöntemlerin maliyetleri, kurumsal ilişkiler, hekime maliyet gibi diğerk etkenlerde de yukarıdaki faktörlere ek olarak eklenebilir (Macstavic, 1978, s.73).

Sağlık hizmetleri talebinde ilk başta hasta doktor ile temasa geçtiğine göre hekimin belirleyici rolü vardır. Ancak daha sonraki kullanımlarda doktorun rolü büyümektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Bireyin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler çeşitlidir. Sağlık hizmetleri kullanım alanında çalışmaların öncülüğünü yapan Andersen ve arkadaşları bu hizmetleri üç ana gruba ayırmışlardır (Rosenberg and Hanlon, 1996; Kavuncubaşı ve Kısa, 2008, s.7-9, Andersen, 1968, s.14, Andersen ve Aday, 1978, s.534):

1. Hazırlayıcı veya Eğilim Faktörleri (Predisposing)
2. Kolaylaştırıcı veya İmkân Faktörleri (Enabling)
3. Gereksinim veya İhtiyaç Faktörleri (Need)

1.4.2.1. Hazırlayıcı veya Eğilim Faktörleri (Predisposing)

Bu faktör sağlık hizmetleri kullanım kararının temelini oluşturmaktadır. Eğilim faktörleri sağlık hizmetleri kullanımını doğrudan etkilemektedir ve dolaylı olarak sağlık hizmeti kullanım eğilimini daha fazla teşvik etmektedir (Andersen ve Newman, 1973, s.109). Bazı insanların diğerlerine göre sağlık hizmeti kullanmaya daha fazla eğilimleri vardır. Bireylerdeki bu eğilim, belirli bir hastalığın ortaya çıkmasından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlemekte ve üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

1. Demografik veya bireysel özellikler
2. Sosyoekonomik özellikler
3. Tutum ve davranış özellikleri

1.4.2.1.1. Demografik veya Bireysel Özellikler

Yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, geçmişte geçirdiği hastalıklar, ailenin genişlik derecesi ve aile yapısı gibi demografik faktörler sağlık hizmeti talebinin belirlemesinde önemli rol oynamaktadır.

Diğer yandan, bireyin cinsiyeti ve yaşının sağlık hizmeti talebinde önemli bir rolü vardır. Farklı yaş gurubundaki bireyler farklı hastalık türlerine sahip olabilirler. Bu bağlamda farklı miktarda ve farklı sürelerde sağlık hizmeti kullanabilirler. Genel olarak ileri yaştaki bireylerde kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser vb gibi hastalıkların artışı görüldüğü için sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bu bağlamda, risk altındaki nüfus daha çok sağlık hizmeti kullanma eğilimindedir. Rosenberg ve Hanlon'un yaptıkları çalışmada, 65 yaş ve üzeri kişiler 15-64 yaş arası kişilerden, 1,8 kat daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadırlar (Rosenberg ve Hanlon, 1996).

Hastalığın sıklığı çocuklar ve yaşlıların varlığıyla artabilir, bu da sağlık hizmetleri kullanımının yolunu açar. Teorik olarak yaş ve sağlık hizmeti talebi arasında U şekli bir ilişki vardır (Akın et al, 1985, s.92). Bebekler ve yaşlıların yüksek düzeyde sağlık hizmetleri kullanımı beklenen bir durumdur. Çünkü çocuklar olgunlaşmamış bağışıklık sistemi nedeniyle bulaşıcı hastalıklara daha duyarlılar ve dejeneratif hastalıklar yaşlılar arasında yaygındır (Belay, 2013, s.14).

Bu çerçevede, yapılan araştırmalarda kadınların, erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını belirlenmiştir (Rosenberg ve Hanlon, 1996, Bertakis, 2000). Kadınlar üreme biyolojilerinden dolayı sağlık hizmetini daha çok kullanmaktadırlar (Cleary, 1982, s.106). Ayrıca cinsiyete özel olmasından ötürü hastalık oranları erkeklerden daha fazla olması, kadınların hastalıklarla ilgili tutum ve davranışları, kullanım nedenleri arasında sayılabilir (Bertakis vd., 2000). Kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmalarının diğer nedeni de gebelik ve doğum rollerinin bir gereği olarak önleyici hizmetlerin daha önemli olmasıdır (Rosenberg ve Hanlon, 1996).

Ching'e göre ekonomik gücü zayıf olan kadınlar, sağlık hizmetlerini daha az kullanıma algısını yaratmaktadır (Ching, 1992). Levinson çalışmasında erkeklerin yeterli beslenme ve sağlıklı olabilmeleri için ailedeki kadınlara daha az gıda ve sağlık kaynaklarını ayırdıkları sonucuna varmıştır (Levinson, 1974).

Ailenin genişlik derecesi ise sağlık hizmeti talebini etkileyebilen bir başka demografik özelliktir. Bir taraftan, geniş ailelerin her birey için paylaştığı kaynaklar daha fazla kişiyle bölünür ve bu her üye için beslenme düzeyi ve sağlık hizmeti tüketimini düşürebilir. Öte yandan, çok nüfuslu ailelerde olgunlaşmış bireyler hanehalkı gelirine yardımcı olarak imkânları arttırıp sağlık hizmetleri talebinin yükselmesi üzerinde etkili olabilir (Belay, 2013, s.14).

Ev yapısı bir diğer demografik değişken olarak sağlık hizmetleri talebinde önemli bir rol oynamaktadır. Bir ailedeki annenin otorite derecesi, çocuklara verdiği emeğin tutarını, gösterdiği ilgiyi ve sağlık için ayırdığı maliyeti etkileyebilir (Belay, 2013, s.14). Aile yapısının sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisinin kanıtlanması üzerindeki çalışmalar sınırlıdır. Akin ve arkadaşları, aile yapısının sağlık hizmetleri talebi üzerindeki etkisinin az olduğunu çalışmalarında belirtmektedir (Akin, 1985).

1.4.2.1.2. Sosyoekonomik Özellikler

Sosyoekonomik özellikler bireylerin toplum içindeki statüsü ve ekonomik durumlarıyla ilgilidir. Bireyin eğitim düzeyi, sahip olduğu meslek, gelir seviyesi, aile yapısı, ait olduğu ırk ve soy, dinsel inanç, kültür v.b sosyoekonomik özellikler içindedir (Andersen, 1995, s.2).

Ekonomik değişkenler doğrudan ve dolaylı tedavi maliyetleri ile hanehalkı gelirini içermektedir (Baley, 2013, s.12):

- Doğrudan tedavi maliyetleri; tıbbi muayene, ilaç ve ulaşım için ödenen nakittir.
- Dolaylı maliyetler sağlık merkezlerine ulaşım ve gerekli hizmeti almak için fırsat maliyetidir.

Sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetlerine olan talebin önemli bir belirleyicisi olarak tedavi maliyetlerini söylemek mümkündür. Teorik olarak her şey sabitken, tedavi maliyetleri sağlık hizmeti kullanımının önemli bir belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Belirli sağlık durumu olan bir birey için, tıbbi

bakım fiyatlarındaki değişim sağlık hizmeti talebini etkileyecektir. Eğer sağlık hizmeti kullanımı fiyat değişikliğine duyarlı değilse (sıfıra yakın fiyat esnekliği) fiyat değişimi sağlık hizmeti talebini etkilemez.

Sağlık hizmetleri fiyatları esnek olmadığı durumda, sağlık hizmeti fiyatlarındaki aşırı dalgalanma diğer malların tüketimine oranla bu hizmetlerin kullanımında nispi azalmaya yol açacaktır. Ancak sağlık hizmetleri için talebin yüksek fiyat esnekliğine sahip olduğu bir durumda, sağlık hizmeti talebinde orantılı bir düşüş olacağını ve diğer tüketim malları talebi üzerinde hiçbir etkisi olmayacağı söylenebilir. Talep analizinin üçüncü dünya ülkeleri üzerindeki uygulamalarında ampirik çalışmaların sonucu, toplam tüketici refahının kullanıcı ücretleri üzerindeki vergi yükleme ile düştüğünü göstermektedir. Bu kayıp yükü yoksul kesim tarafından karşılanmakta, ancak bu tür vergi yükümlülükleri üretim getirisinde yararlı olmaktadır (Gupta ve Daskupta, 2002).

İkinci maliyet faktörü, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gerekli olan ulaşım maliyetleridir. Teorik olarak diğer etkenlerin eşit olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin fiziksel açıdan yakın olması, bu hizmetlerden yararlanmanın daha faydalı olmasını sağlamaktadır (Belay, 2013, s.13). Genellikle sağlık hizmetleri kullanıcısı sağlık imkânlarından yararlanmak için harcadığı zamana değer vermektedir.

Üçüncü maliyet faktörü sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme süresinin fırsat maliyetidir. Akin ve arkadaşları, bekleme süresinin sağlık hizmeti talebini belirleyen önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (Akin, 1985). Ancak tıbbi bakım maliyetlerinin düşük veya sıfıra yakın olduğu durumda bekleme süresinin sağlık hizmeti talebini belirlemede önemli bir rolü vardır. Acton (1975, s.559-561), Akin ve arkadaşlarının (1985) sonuçlarının tersine sağlık hizmetleri talebi adlı çalışmasında, Newyork'daki devlet hastanesinin verilerini kullanarak bekleme süresi ve ulaşım zamanının maliyet olarak görev yaptığı ve talep denkleminde negatif katsayısı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Buna ek olarak, çalışmada çalışan bireyler için zaman değerli olduğu için bu

bireylerin sağlık hizmetinin yoğun olduğu merkezlerden daha az talepte bulundukları sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetleri talebini etkileyebilecek bir diğer önemli ekonomik değişken hanehalkı gelir düzeyidir. Mikroekonomideki tüketiciler davranış teorisine dayanarak öncelikle eğer sağlık sağlıklı bir birey için normal mal ise diğer etkenler sabit olmak üzere, yüksek geliri olan bireyin sağlık hizmetleri için daha fazla talepte bulunacağı söylenebilir.

Bireylerin sosyal çevresiyle ilişkili olan faktörlerden biri mesleki konumdur. Bunların sosyal çevreyle etkileşimi sonucunda kullandıkları sağlık hizmeti düzeyi değişebilir. Örneğin işsiz bireylerin çalışan bireylere göre ve çalışanlar arasında beyaz yakalı işçiler ile öğrencilerin daha fazla sağlık hizmeti kullandığı söylenebilir (Field ve Briggess, 2001, s.300). Benzer şekilde, Flores ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, etnik köken, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık konumu ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler arasında olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Flores vd., 1998).

Genel olarak gelir ve talep arasındaki ilişki pozitif olduğuna göre gelir arttıkça sağlık hizmeti kullanımında da artış beklenmektedir (Kısa, 1999). Ancak Rosenberg ve Hanlon çalışmalarında bu ilişkinin ters olduğu sonucuna varmışlardır. Öyle ki gelir ve bireylerin genel pratisyen ve uzmanlık hizmetlerine başvurma oranı ilişkisi pozitifken, acil hizmetleri kullanmada ve hastane kabulünde ters etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bunun nedeni geliri düşük olan bireylerin önleyici sağlık hizmeti kullanma ihtimali düşük olduğuna göre acil hizmet kullanma ve hastaneye yatma ihtimali yüksektir (Rosenberg ve Hanlon, 1996). Ancak orta ve yüksek gelirli bireylerin aile hekimi ve önleyici hizmete başvurma ihtimali yüksektir. Dolayısıyla bu kişilerin beslenmelerinin iyi olması ve benzeri durumların direkt olarak sağlık konumlarını etkilemesi beklenmektedir. Bunun için acil servis hizmetleri kullanımı ve hastaneye yatma oranının az olacağı sonucuna varılmaktadır (Rosenberg ve Hanlon, 1996).

1.4.2.1.3. Tutum ve Davranış

Sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan faktörlerden biri de, insanların sağlık ve hastalık konusundaki bilgileri, duyarlılıkları, sağlık hizmetine olan güvenleri ve aldıkları hizmetlerden tatmin düzeyidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalıklara ilişkin tutum ve davranış, eğilim faktörleri içindeki son değişken gurubudur. Doktorun hastalıkları iyileştirmesine inanan aileler daha az inanan ailelere göre, daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimindedirler (Kaya, 1995; Andersen ve Newman, 1973, s.109).

1.4.2.2. Kolaylaştırıcı Faktörler (Enabling Factors)

İnsanlar sağlık hizmetleri kullanmaya meyilli olsalar bile hizmetten yararlanmaları için bazı araçların var olması gerekmektedir. Bireyin hizmet kullanımına ve bundan fayda sağlanmasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Bu hizmetlerden bireyin yararlanabilmesi için kolaylaştırıcı faktörlerin var olması gerekmektedir. Kolaylaştırıcı faktörler bireylerin sağlık hizmetleri kaynaklarına ulaşmasını daha rahat sağlayabilmektedir. Bu bağlamda kolaylaştırıcı faktörlerin önemli rolü vardır (Andersen, 1968). Bu faktörler bireylerin ailelerinin gelir, sigorta kapsamı gibi kaynaklarını, yaşadıkları toplumun ve bölgenin niteliklerini (yani kırsal veya kentsel özellikler), sağlık personel ve kurumsal kapasitesinin nüfus oranını içermektedir (Kaya, 1995). Kolaylaştırıcı faktörleri iki başlık altında inceleyebiliriz:

1.4.2.2.1. Aileye veya Hanehalkı Düzeyine İlişkin Özellikler

Aileye ilişkin özellikler:

- Hanehalkı gelir düzeyi;
- Sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı;
- Düzenli gelir kaynağına sahip olup olmaması;

- Sağlık hizmetini almada ulaşım ve bekleme süresi.

Yapılan çalışmalarda bireylerin gelir seviyesi ile sağlık hizmeti kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır (Erdem ve Pirinçci, 2003, s.42).

Sağlık sigortası, bireyin sağlık hizmeti talebini doğrudan etkileyen faktörlerden birisidir. Sağlık sigortasının olması, sağlık sorunlarına karşı özellikle finansal risklerden koruma sağladığı için kolaylaştırıcı faktörlerin başında gelmektedir. Burada sağlık sigortasının hangi tür sağlık harcamalarına karşı finansal koruma sağladığı da önemli bir konudur. Çünkü sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir rolü vardır (Kılıç ve Çalışkan, 2013, s.195). Hastanın sağlık sigortasının olması sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki davranışını etkilemektedir (Tatar, 1998). Bu konuda yapılan araştırmalarda sağlık sigortasına sahip olan kişilerin diğerlerine oranla daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları sonucuna varılmıştır.

Sağlık sigortası talep tarafından bakıldığında bireyin davranışını iki şekilde etkileyebilmektedir:

- Bireyin sigortası yapıldıktan sonra, sigortalanan olayın gerçekleşme ihtimali yükselebilir. Yani birey sigortalandıktan sonra, sigortanın ona verdiği rahatlıkla bazı uygulamaları örneğin sigara içme veya tehlikeli spor yapmak gibi faaliyetleri kolaylıkla yapabilmektedir (Tatar, 1998). Eğer bireyin koruyucu sağlık hizmeti kullanma eğilimi düşük ise sağlık hizmetlerinin kullanılmasının tedaviye yönelik olma ihtimali artmaktadır.
- Hizmete ulaşım süresi sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerden birisidir. Yapılan çalışmada, uzaklık değişkeninin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada ırk, cinsiyet ve yaş gruplarının değişik olması halinde farklı etkiler yarattığı belirtilmiştir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 43).

1.4.2.2.2. Kamusal veya Toplumsal Düzeye İlişkin Özellikler

Kolaylaştırıcı faktörlerin diğer dalı olan kamusal özellikler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır: (Andersen ve Newman, 1973: 109-110; Kavuncubaşı, 2000)

- Kişilerin ikamet ettiği yer ve bölge;
- Nüfusun sağlık hizmeti kullanım oranı;
- Yatak başına düşen nüfus;
- Sağlık hizmetinin sürekliliği;
- Ülkenin ekonomik sistemi;
- Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği;
- Sağlık hizmetinin fiyatı;

Bireylerin yaşadıkları yer ve bölgenin sağlık hizmeti kullanımı açısından önemli bir rolü vardır. Genel olarak, kentlerde özellikle büyük şehirlerde, kırsal ve küçük şehirlere oranla daha fazla sağlık hizmeti verilmektedir. Sağlık kurumları ve personeli, ilaç ve tıbbi cihazlar sağlık hizmetlerinin kullanımının önemli bölümünü oluşturan arz yönlü değişkenlerdir. Sağlık kurumlarının ve personelin nüfusa oranına bakıldığında, bölgeler arası ciddi eşitsizliğin olmasının ve sağlık hizmetleri sağlayıcılarının uzak olmasının ve ulaşmak için harcanan maliyetin ve zamanın yüksek olmasının sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarını düşürdüğü gözlenmiştir (Field ve Biggs, 2001, s.301-303). Bunun için sağlık kurumunun ve personelinin, bireylerin yaşadığı veya çalıştığı yerlere kolayca ulaşabilmesi sağlık hizmeti talebini arttırmaktadır (Andersen, 1995, s.3). Rosenberg ve Hanlon araştırmalarında, sağlık hizmetlerinin elde edilebilirliği ve bireylerin yaşadıkları yerin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir rolünün olduğu sonucuna varmışlardır (Rosenberg ve Hanlon, 1996).

Sağlık hizmetlerinin fiyatı ve katlanılan maliyet de talep eden kişinin sağlık hizmeti kullanım kararını etkileyen önemli bir faktördür (Andersen, 1995, s.3). Bazı sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça hizmeti kullananların sayısının azalması araştırmaların sonuçlarında belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin fiyatı, bireylerin tercihlerini ve talep edilen miktarı veya sağlık hizmeti türünü değiştirmelerine

neden olabilmektedir. Bu bağlamda, cepten yapılan harcamalar sağlık hizmeti kullanımında önemli rol üstlenmektedir. Öyle ki fiyatın düşük olması hizmeti kullanma talebini önemli derecede etkileyecektir (Tatar, 1998).

Günümüzde cepten yapılan sağlık harcamaları sağlık sistemi finansmanında ek kaynak olarak oldukça yüksek düzeylerde kullanılmaktadır (Özgen, 2007, s.202). Bu açıdan cepten yapılan harcamalar sağlık hizmetleri kullanım davranışında önemli bir değişkendir. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarına göre cepten yapılan harcamalar düşük gelirli hanehalklarının yoksullaşmasına ve yoksul ailelerde yoksulluğun derinleşmesine sebep olmaktadır (WHO, 2000; Wagstaff ve Van Doorslaer, 2003, s.921-922). Buna bağlı olarak bireyler, sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olduğu halde cepten harcama yapacakları için sağlık hizmetleri kullanmaktan vazgeçebilmektedirler (Pradhan ve Prescott, 2002, s.437).

Solanki ve Schaufliar yaptıkları çalışmada, maliyet paylaşımı, ortak ödeme, "muafiyetler; deductibles" ve "ortak sigorta poliçesi; 'coinsurance"ının önleyici sağlık hizmeti kullanımı üzerine negatif etkileri olduğu sonucuna varmışlardır (Solanki ve Schaufliar, 1999). Buna göre, sağlık hizmetlerinin fiyatı ile sağlık hizmeti kullanımı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

1.4.2.3. İhtiyaç veya Gereksinim Faktörleri

Hastalığın algılanması, sağlık hizmeti kullanmaya yol açan temel uyarıdır. Çünkü birey, hastalık durumunu algıladıktan sonra hizmet arama tutumunda bulunarak sağlık kullanımına yönelmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen bir diğer değişken ise ihtiyaç faktörleri veya sağlık bakım ihtiyacıdır. Sağlık bakım ihtiyacı, hastalık veya sağlık düzeyine işaret etmektedir ve sağlık hizmetleri talebini doğrudan etkilemektedir (Aday vd., 2004, s.252-255). Bireyin kendisi veya ailesi hastalıklarının ortaya çıkmasını algıladıkları zaman sağlık hizmetlerini kullanım gereği duymaktadırlar. Bu da ihtiyaç faktörünün en temel nedenidir (Kaya, 1995).

Sağlık hizmeti ihtiyaç algısı bireyin modern tıbbi tedaviyi kullanabilirlik algısı, hastalığın şiddeti ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının kalitesini içermektedir. Diğer yandan, sağlık hizmetleri ihtiyaç algısı eğitim ve aile bireylerinin inançlarından etkilenebilir (Tesfaye, 2003). Sağlık hizmeti sağlayıcısının seçiminin en önemli belirleyicilerden biri sağlık hizmeti kalitesi ve düzeyidir. Sağlık personeli tarafından tanımlanan ve birey tarafından algılanan sağlık hizmetinin kalitesi birbirinden oldukça farklıdır. Lavy ve Germain (1994, s.11)'nin sağlık personeli tanımına göre kalite ölçümü beş grupta toplanmıştır. Bunlar sağlık personeli sayısı, temel ilaçların kullanılabilirliği, laboratuvarların işleyişi, elektrik ve akarsudan oluşmaktadır. Bu faktörleri kullanarak ilaçların kullanılabilirliği, alt yapı tesisleri, ameliyathaneler ve sağlık personeli kaliteli değişkenler olarak sağlık hizmetleri talebi ve seçiminde en önemli pozitif etkenlerdir. Akin ve benzer çalışmalar, kişi başına düşen sağlık kuruluşlarının, bunların fiziksel durumunun, ilaçların kullanılabilirliğinin sağlık hizmetleri talebinde önemli etkiye sahip olduğunu rapor etmişlerdir (Akin, 1998). Bir başka çalışmada ise ilaçların kullanılabilirliği, nitelikli personel, tedavi süreci ve laboratuvarların işleyişinin sağlık hizmeti talebinde pozitif etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. Buradaki ilaçların kullanılabilirliği ve tedavi süreci en önemli iki faktör olarak belirlenmiştir (Baley, 2013, s.15).

Kalitenin geliştirilmesi sağlık hizmeti talebini arttırabilir. Bu da yeni kullanıcıları cezbederek veya mevcut kullanıcılar tarafından hizmet kullanım yoğunluğunu arttırarak olabilir. Sağlık hizmetleri satın alınabilir olsa bile, zayıf eğitilmiş personelin olması ve ilacın yetersiz arzı sağlık hizmetleri kullanımını önleyebilir (Karsiye vd., 2004). Ayrıca Karsiye ve arkadaşları Afrika'daki 50'den fazla sağlık hizmeti kullanıcısı üzerine yaptıkları çalışmada, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yüksek olduğu durumlarda kullanımının arttığı ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olması durumunda kullanımının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (Karsiye vd., 2004).

Medikal tedavinin faydalarının algılanması bireyin ruhsal, kültürel ve bilgi işleme yeteneğine bağlı olabilir. Çoğu gelişmekte olan ülkeler bu faktörlere çok önem vermedikleri için hastalık oranı yüksek düzeylerde seyretmektedir. Ayrıca

nüfusun çoğunluğu yetersiz beslenmeden ve parazit hastalıklara maruz kalmaktan hastalanmaktadır. Messing çalışmasında Etiyopya'nın kırsal alanında bir kişinin gün boyunca dinlenmesini hastalık olarak tanımladıklarına işaret etmektedir (Messing, 1970; Tesfaye, 2003).

Bireyin eğitim düzeyinin sağlık hizmetleri kullanımına karar vermesinde önemli bir rolü vardır. Eğitim bireyin idrakini etkileyerek sağlık hizmetleri talebini ve sağlık hizmeti kuruluşu seçim kararını etkilemektedir. Bu etki derecesi mikroekonomide teknik değişim sağladığı gibi hanehalkı üretim düzeyini de iyileştirmektedir. Ayrıca bu durumu aynı girdiden daha fazla çıktı elde etmek gibi düşünmek mümkündür. Welch çalışmasında iyi eğitim görmüş ailenin temiz su, dengeli beslenme gibi sağlık önlemlerinin hanehalkı performansının daha verimli olmasını sağladığını vurgulamıştır (Welch, 1970). Başka bir görüşte, eğitilmiş aileler sağlıklı olmalarının yanı sıra sağlık bakımı ve faydalarının farkında oldukları için sağlık hizmetleri kullanımına istekli olduklarını bildirmişlerdir (Tesfaye, 2003).

İhtiyaç faktörleri iki bölüme ayrılmaktadır:

1.4.2.3.1. Algılanan İhtiyaç

Algılanan ihtiyaç düzeyinin etkisi sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir konudur. Genel olarak:

- Bireylerin sağlık durumuna göre (Belli süre için sağlığının çok iyi, iyi, orta veya zayıf olarak nitelendirmesi);
- Bireylerin yaşadığı iş göremez veya engelli gün sayısına göre (Bireylerin rutin yaşamında hastalıktan dolayı günlük faaliyetlerini yapamadığı gün sayısı);
- Belirli sürede bireylerin algıladığı hastalık belirtilerine göre ölçülmektedir (Kaya, 1995; Kılıç ve Çalışkan, 2013: 197).

Bireyler sağlık problemleri ortaya çıkıp, sağlık hizmeti gereği duyduktan sonra, bu ihtiyacını gidermeye yönelik sağlık hizmeti talebinde bulunacaktır. Ayrıca

birey ihtiyacı algıladığı zaman, sağlık hizmeti talebinde bulunmuyorsa hissedilen ihtiyaç “karşılanmayan ihtiyaç” olarak değerlendirilir.

1.4.2.3.2. Değerlendirilen İhtiyaç

Hekim tarafından bireylerin yaşamakta olduğu sağlık problemi ve bu problemin ciddiyetinin klinik bulgularına göre ele alınmasıdır (Andersen ve Newman, 1973, s.110; Andersen, 1995, s.3). Birey sağlık hizmeti ihtiyacının farkında olduğu zaman, sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep edilen hizmetin gerekliliği ve türüne hekim karar vermektedir. Burada bireyin talebi profesyonel bir değerlendirme olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen bu ihtiyaca değerlendirilen ihtiyaç denilmektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003, s.44). Bu durum, klinik olarak değerlendirilen ihtiyacın şiddeti onaylandığı zaman, bireyin gerçek sağlık sorununun belirleme çabalarını kapsamaktadır.

Sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilen ihtiyaç, birey ile ilk temastan sonra ortaya çıkmaktadır. Burada sağlık hizmeti kullanımı büyük ölçüde bu değerlendirilen ihtiyaca göre şekillenmektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşılması Andersen tarafından iki şekilde ele alınmaktadır (Andersen, 1995, s.4):

- Potansiyel erişim: Kolaylaştırıcı faktörlerin oranı ne kadar yüksek düzeyde olursa sağlık hizmetleri talebi de artacaktır.
- Farkına varılmış erişim: Bireyin sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşmesini ifade etmektedir. Yani bireyin doktor, hastane ve diğer sağlık hizmetlerinden faydalanmasıdır (Andersen ve Davidson, 2007: 7-9).

Tablo 2. sağlık hizmetlerinden yararlanmada etkili olan bu faktörleri daha detaylı bir şekilde ve çeşitli yönleriyle göstermektedir.

Tablo 2. Sağlık Hizmeti Kullanımını Çeşitli Yönlerden Etkileyen Faktörler

Hazırlayıcı veya Eğilim Faktörleri		
Demografik özellikler	Sosyoekonomik özellikler	Tutum ve davranışla ilgili özellikler
Bireyin yaşı	Eğitim düzeyi	Sağlık hizmetini kullanma eğilimi
Bireyin cinsiyeti	İş durumu	Koruyucu hizmetlerin kullanımıyla ilgili tutum ve davranış
Bireyin uyruğu	Gelir düzeyi	Sağlık hizmetlerin değeri
Hanehalkı genişliği	Toplumsal sınıf	Hastalık ili ilgili bilgi
Bireyin medeni hali	İnanç	Sigorta planında tatmin olma durumu
Eçmiş sağlık hizmeti kullanımı	Etnisite	

Kolaylaştırıcı Faktörler	
Aileye ilişkin özellikler	Toplumsal düzeye ilişkin özellikler
Ailenin gelir durumu	Bireyin yaşadığı yer veya bölge
Bireyin bağlı olduğu sigorta sistemi	Yatak başına düşen hasta sayısı
Düzenli bakım	Sağlık hizmetinin sürekliliği
Başvuru aşamaları	Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği
Uzlaşma süreci	Ekonomik sistem
Sırada bekleme süresi	

İhtiyaç Faktörleri	
Algılanan ihtiyaç	Değerlendirilen ihtiyaç
Bireyin geçirdiği rahatsızlık süresi	
Hastalıkla ilgili semptomlar	Teşhis
Bireyin algıladığı sağlık düzeyi	Semptomlar
Bireyin sağlıkla ilgili endişeleri	
Bireyin hastalıkla ilgili ağrı yoğunluğu	

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000, s.61-62; Kavuncubaşı ve Kısa, 2008, s.8-9.

Yukarıdaki özelliklere ek olarak şunları ekleyebiliriz:

- Hastalığın yayılması,
- Sağlık politikaları,
- Sağlık sigortasının geliştirilmesi,
- GSMH ve kişi başına milli gelir,
- Tıptaki teknolojik gelişmeler,
- Toplumun kültürel özellikleri,

Bunlara ek olarak, sağlık hizmetlerinin yoğunluğunu zaman birimi açısından belirlemek için talep ve başvuru oranı kullanılabilir. Sağlık hizmetlerinin yoğunluğunun belirlenmesinde rolü olan iki faktör vardır:

1. Hasta topluluğunun cinsiyeti, yaşı ve ırkı;
2. Sunulan hizmetin türü;

1.4.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler Üzerine Yapılan Ampirik Çalışmalar

Sağlığı etkileyen faktörleri incelemek için kullanılan modeller iki bölüme ayrılmaktadır:

1. Mikro modeller (bireysel)
2. Makro modeller

Mikro modellerde bireysel sağlık düzeyini etkileyen faktörler incelenmektedir. Bireysel sağlık düzeyindeki araştırma kolay olmadığı için bu konudaki çalışmalar sınırlı düzeydedir. Grossman (1972), Pedrick (2001), Balia ve Jones (2008) çalışmaları bu çalışmalara örnek olarak verilebilir.

Toplulukların sağlık düzeyi karmaşık ve önemli bir konudur. Bu geniş konuyu çeşitli boyutlarda gösteren tek bir indeks yoktur. Bu nedenle, sağlık düzeyini incelemek için çeşitli araştırmalarda farklı indeksler kullanılmıştır. Örnek olarak çocuklar ve annelerin ölüm oranları verilebilir.

Sağlığı belirleyici faktörler üzerindeki yapılan çalışmalarda, makro düzeyde çeşitli değişkenler kullanılmıştır. Örneğin, kişi başına düşen milli gelir, kişi başına sağlık harcamaları, eğitim düzeyi, yaşam kalitesi ile ilgili değişkenler, kentleşme oranı kullanılan değişkenler arasındadır. Bunlara ek olarak, kadınların eğitim düzeyi, nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayısı, günlük alınan kalori miktarı sağlığı etkileyen değişkenlerdir (Siddiqui ve Mahmood, 1994, s.745-758). Sağlık üzerinde ilaç harcamaları, istihdama bağlı değişkenler ve gelir eşitsizliği de etkili olan değişkenler arasındadır (Mohan ve Mirmirani, 2007; Muller, 2002; Pedrick, 2001).

Gerdham ve Johansson 1996 yılında yaptıkları çalışmalarında sağlık hizmetleri kullanımının gelir ve eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkisi olduğu sonucuna

varmışlardır (Gerdtham ve Johansson, 1996). Diğer yandan, Grossman makalesinde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin olduğunu söyleyerek, bu özellikler arasında en çok insanların algı yeteneğini ve demografik özelliklerini dikkate alarak sağlık için doğru bir talep modeli üretebileceğini belirtmektedir (Grossman, 1999).

Schoder ve Zweifel çalışmalarında sağlığı etkileyen faktörleri 24 OECD ülkesinde 1960-2005 yılları arası incelemişlerdir. GSMH, sağlık harcamaları ve alkol tüketimi çalışmada incelenen faktörlerdir. Yapılan çalışmada, sağlık harcamalarındaki %10'luk artışın yaşam beklentisini %42 oranında arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Schoder ve Zweifel, 2011).

Baltagi, Moscone ve Tosetti "Tıbbi Teknoloji ve Sağlık Hizmetleri Üretimi" adlı makalelerinde sağlık sonuçlarını etkileyen faktörleri üç grupta incelemişlerdir. Bunlar sosyal harcamalar, yaşam tarzı ve tıbbi teknolojidir. Yapılan çalışmada sağlık harcamalarının yaşam beklentisi üzerinde anlamlı etkisi olduğu sonucuna varmışlardır (Baltagi, Moscone ve Tosetti, 2011).

Halıcioğlu, 1965-2005 yılları için zaman serileri kullanarak "Türkiye'de Yaşam Beklentisi" adlı bir çalışma yapmıştır. Yaşam beklentisi üzerinde etkili olan sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler incelenmiştir. Yapılan çalışmanın sonucuna göre gıdaya erişim, sağlık harcamaları ve sigara tüketimi yaşam süresini etkileyen en önemli değişkenlerdir (Halıcioğlu, 2010).

Lei ve arkadaşları Çin'in Pekin kentinde yaptıkları çalışmada yaşam beklentisi üzerinde etkili olan sosyoekonomik nedenleri araştırmışlardır. Çalışma sonucunda kişi başına gelir ve köylerde kişi başına düşen kullanılabilir alan ile yaşam beklentisi arasında doğrusal bir ilişki bulunurken yaşam beklentisi ile kırsal nüfus ve okuma yazma oranı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Lei, 2009).

Chang ve Ying makalelerinde 1982-1999 yılları için panel data kullanarak sağlık durumunun etkenlerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonucu da önceki çalışmaların sonucunu onaylamıştır (Chang ve Ying, 2008).

Bayati ve arkadaşları "Batı Pasifik ülkelerinde sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri" adlı makalelerinde 1995-2007 yılları arası verileri kullanarak analiz yapmışlardır. İncelemede şu sonuçlara varmışlardır (Bayati vd., 2012):

- Kişi başına milli gelir ve yaşam beklentisi arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmaktadır. Başka bir deyişle, kişi başına gelirden %1'lik bir artış o bölgede yaşam beklentisinin ortalama %5 artmasına neden olmuştur. Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda aynı sonuç elde edilmiştir (Ricci ve Zachariadis, 2006; Fayissa ve Gutema, 2005).
- Yaşam beklentisi esnekliği gıda üretimi esnekliğine göre pozitif ve anlamsızdır.
- Yaşam beklentisi esnekliği eğitim endeksine göre pozitif çıkmıştır. Buna göre, sağlık düzeyini etkileyen en önemli nedenlerden birisidir. Bu konudaki yapılan çalışmalarda eğitim ve kişi başına düşen gelir temel değişkenler olarak kullanılmıştır. Bu önemli endeksin üzerine yapılan çalışmaların sonucu üç grupta açıklanabilir:
 1. Okuma yazma değişkenini örneğin yetişkinlerdeki okuma yazma düzeyini eğitim endeksinde kullanan çalışmalar; Mohan ve Mirmirani (2007), Ricci ve Zachariadis (2006), Siddiqui ve Mahmood (1994) eğitim ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkinin pozitif olduğunu göstermişlerdir.
 2. Eğitimin yaşam beklentisi üzerinde eğitimsizlik kriterini kullanan çalışmalar; Halıcıoğlu (2010), Lei (2009) ve Fayissa ve Gutema (2005) aralarındaki ilişkiyi negatif ve anlamlı bulmuşlardır.
 3. Eğitim ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan; Muller (2002) Amerika Birleşik Devletlerindeki çalışmasında eğitimsizlik faktörünü 18 yaş üstü lise diploması olmayan bireylerde kriter olarak incelemiş ve ölüm oranı ile ilişkisini pozitif olarak bulmuşlardır.

Çoğu çalışmada eğitimin sağlık üzerindeki etkisinin pozitif olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitimin sağlık üzerindeki etkisi iki taraflıdır. Temel eğitimin bireylerin yaşam beklentileri üzerinde yadsınamaz etkisinin yanı sıra toplumun sağlığı için de olumlu dış etkileri vardır. Başka bir anlamda, iyi bir eğitim düzeyi olan kişiler kendi sağlıklarına dikkat etmekle birlikte diğer insanların yaşam beklentileri üzerinde de olumlu dışsalıklar yaratmaktadır.

- İş düzeyinin yaşam beklentisi ile güçlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmalarda işsizlik ve ölüm oranındaki ilişki de incelemiştir. Örnek olarak Tapia Granados (2005) ve Laporte (2004) Amerika Birleşik Devletleri için yaptıkları çalışmada işsizlik ve ölüm oranları ilişkisini negatif tahmin etmişlerdir.
- Yaşam beklentisi ile sağlık harcamalarının GSYİH'daki oranı Batı Pasifik bölgesinde pozitif ve anlamlı bulunmuştur. GSYİH'nın sağlık harcamalarının payındaki %1'lik artış yaşam beklentisini bu bölgede %3 arttırmaktadır. Bu konudaki çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Baltagi (2011) makalesinde OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarının yaşam beklentisi üzerinde etkisinin anlamlı olduğunu söylemiştir. Mohan ve Mirmirani (2007) ise sağlık harcamalarının etkisinin zayıf olduğu sonucuna varmıştır.
- Bölgedeki şehirleşme oranı ile yaşam beklentisi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şehirleşme oranındaki %1'lik artış sonucunda yaşam beklentisi %2 artmaktadır. Bu konudaki diğer çalışmalar incelendiğinde sonuçların çelişkili olduğu görülmektedir. Lei (2009), köyde yaşayanların yaşam beklentisi ile ilişkisini negatif ve anlamlı tahmin etmiştir. Fayissa ve Gutema (2005) ve Siddiqui ve Mahmood (1994) şehirleşme ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi pozitif ama anlamsız olarak bulmuşlardır. Halıcıoğlu (2010) ise bu ilişkiyi negatif ve anlamlı bulmuştur.

Bayati ve arkadaşlarının ve diğer çalışmaların sonuçlarına baktığımızda, sağlık hizmetleri sisteminin dışında olan sosyal ve ekonomik nedenlerin etkisinin sağlık hizmetleri sistemine bağlı olan faktörlerden fazla olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, yaşam beklentisi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sağlık

hizmetleri sistemi dışında olan sosyal ve ekonomik belirleyicilere dikkat edilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri sistemindeki üretimi ve yönetiminin iyileştirilmesi, doğrudan cepten harcamaları azaltma konusunu dikkate alarak mali sistemin iyileştirilmesi gibi performansı arttıran politikalar uygulanabilir.



2. BÖLÜM

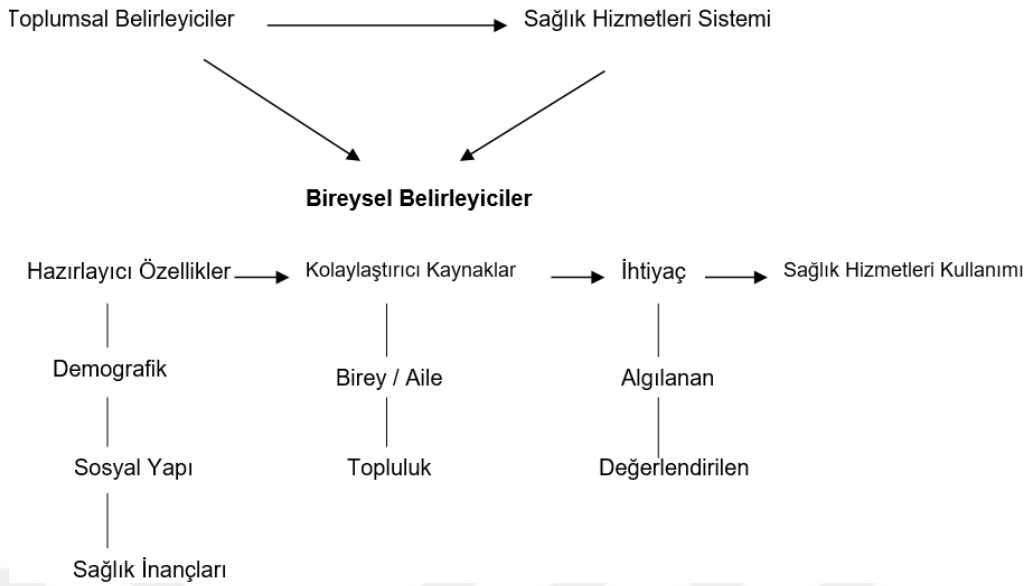
LİTERATÜR ÖZETİ

2.1. Andersen Modelinde Kavramsal Çerçeve

Ronald M. Andersen'in 1960'lı yıllarda geliştirdiği sağlık hizmeti kullanımı modeli, tıbbi bakım için ilgili sosyal belirleyicilere genel bir bakış sunmaktadır (Andersen ve Newman 1973). Andersen'in orijinal teorik çerçevesinde bireysel belirleyiciler hazırlayıcı, etkinleştirici ve ihtiyaç faktörlerinden oluşmakla birlikte sürekli gelişmişliğe (Andersen, 1995) tabidir ve uluslararası kullanım araştırmalarında bir referans model olarak kullanılmaktadır (Gruber ve Kiesel, 2010).

Andersen, sağlık hizmetleri kullanım sürecini üç farklı seviyenin nedensel etkileşimi olarak tanımlamaktadır (Şekil 10):

- Toplumsal belirleyiciler
- Sağlık sistemi
- Bireysel belirleyiciler



Şekil 10. Ronald M. Andersen'in Sağlık Hizmetleri Kullanım Olgusunun Davranışsal Modeli

Kaynak: Andersen, 1995; Gruber ve Kiesel, 2010, s.353.

Toplumsal belirleyiciler tıbbi teknoloji, sosyal normlar kılavuzu ve yapılandırılmış sağlık hizmetleri sisteminden oluşmaktadır. Sağlık sistemi, mevcut kaynakları bakım kurumlarına tahsis etmekte ve tıbbi hizmetler sunmak için örgütsel çerçeveyi oluşturmaktadır. Hem toplumsal belirleyiciler hem de sağlık sistemi, bireysel belirleyicilerin etkilerini kontrol etmektedir (Gruber ve Kiesel, 2010: 353). Burada bireysel belirleyiciler üç kısımdan yani hazırlayıcı, etkinleştirici ve ihtiyaç hiyerarşisine göre yapılandırılmıştır.

Önceden belirlenen veya hazırlayıcı nitelikler; demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum ve geçmiş hastalıklar gibi), bireysel sosyal yapı (eğitim, ırk, aile boyutu, din vb), sağlık ve tıbbi hizmetler ile ilgili inanç, değer ve bilgi ile belirlenir (Gruber ve Kiesel, 2010, s.353). Etkinleştirici özellikler, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen ve kolaylaştıran belirli bireysel kaynaklardan bahsetmektedir. Bu bağlamda, gelir ve sağlık sigortası faktörü merkezi değişkenlerdir. Ancak topluluğun kompozisyonu (ülkedeki bölgenin türü, kentsel veya kırsal karakter, vb.) bireysel doktora başvuru yeteneğini de etkileyebilir (Gruber ve Kiesel, 2010, s.353).

Sağlık hizmetleri kullanımında finansman ve örgütsel faktörleri sağlayan koşullar olduğu düşünülmektedir. Finansman faktörleri, bireyin sağlık hizmetlerine, sağlık sigortası statüsüne ve maliyet paylaşımı gerekliliklerine göre belirlenen sağlık bakım fiyatına bağlı olarak ödenen gelir durumunu içermektedir. Örgütsel faktörler, bir kişinin düzenli bir bakım kaynağına sahip olup olmadığını ve o kaynağın niteliğini kapsamaktadır (Hajek vd., 2017). Bunlar aynı zamanda sağlık hizmetlerini kullanmak için ulaşım araçları, seyahat zamanı ve bekleme zamanını da içermektedir.

Bağlamsal düzeyde, finansman, kişi başına topluluk geliri, refah, sağlık sigortası kapsamı oranı, malların ve hizmetlerin göreceli fiyatı, sağlayıcıları dengeleme yöntemleri ve sağlık harcamaları gibi sağlık hizmetleri için toplumda mevcut olan kaynakları kapsar. Bu seviyedeki organizasyon, sağlık hizmetleri tesisleri ve personelin miktarı, çeşitleri, yerleri, yapıları ve dağılımı ile ilgilidir (Babitsch vd., 2012). Ayrıca hekim ve hastane yoğunluğu, çalışma saatleri, sağlayıcı karışımı, kalite yönetimi gözetim ve sosyal yardım ve eğitim programlarını içerir. Bunun için sağlık politikaları bağlamsal etkileyici faktörler kategorisine girmektedir.

Sağlık hizmet kullanımının en önemli nedeni bireyin ihtiyacı ve dolayısıyla sağlık durumudur. Andersen, hasta açısından değerlendirilen ve objektif olarak tahmin edilen sağlık durumlarını birbirinden ayırmaktadır (Gruber ve Kiesel, 2010, s.353).

Sonuç olarak Andersen modeli, sağlık hizmetleri kullanım belirleyicilerini incelemek için yaygın olarak kullanılan bir çerçevedir (Babitsch vd., 2012; Hajek vd., 2017). Buna göre sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde inceleme yapmak için içerik ve hipotezleri göz önünde bulundurmaya isteye bağlıdır. Dolayısıyla değişkenlerin seçiminin daha somut hale gelebilmesi için modeli önemli teori ve mekanizmalarla zenginleştirmek gerekmektedir (Gruber ve Kiesel, 2010, s.353).

2.2. Literatür Taraması

Sağlık hizmetleri kullanımı sağlık sistemlerinde hastaların ihtiyaçlarının profesyonelce karşılaması gereken noktadır. İhtiyaca bağlı faktörlerin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin de arz tarafından sağlandığı ve dolayısıyla sağlık sisteminin yapılarına kesinlikle bağlı olduğu iyi bilinmektedir. Ayrıca birçok çalışmanın bulguları, sağlık hizmeti kullanımında, hastaların sosyal özelliklerine dayalı farklılıklar göstermiştir. Örneğin, kadınlar ayakta sağlık hizmetlerini erkeklerden daha sık kullanmaya meyillidirler. Farklı sağlık hizmetleri sunan ortamlarındaki kullanım şekillerini tanımlayan çok sayıda çalışmaya ek olarak, birçok araştırmacı sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili tahmin edici çerçeveler geliştirmişlerdir (Babitsch vd., 2012).

Andersen ve Newman (Andersen ve Newman, 1973) 1973'te sağlık hizmetleri kullanımını belirleyen faktörleri analiz etmek için teorik bir çerçeve geliştirmişlerdir. Yıllar geçtikçe bu davranışsal model 1995 yılında sağlık bakımı belirleyicilerini üç kategoriye ayırarak daha da gelişmiştir. Bunlar hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleridir (Andersen, 1995).

Davranışsal model, sağlık hizmetleri kullanımının bireysel ve bağlamsal belirleyicilerini içeren çok aşamalı bir modeldir. Bu modelleme yapılırken bireysel geleneksel özelliklere (sağlık hizmeti kullanımındaki hazırlayıcı veya önceden belirlenen, etkinleştirici ve ihtiyaç faktörleri) böldüğü gibi bağlamsal özellikler de temel bileşenlere bölünmektedir (Andersen, 2007).

Davranışsal model, ağırlıklı olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da özellikle Almanya'da yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Ayrıca sonuçlarını yapılandırmak için sağlık hizmeti kullanımının farklı yönleri üzerine çok sayıda sistematik değerlendirmelerde de uygulanmıştır (Hulka ve Wheat, 1985; Padgett ve Brodsky, 1992; De Boer vd, 1997; Phillips vd, 1998; McCusker vd, 2003 ve Kadushin, 2004).

Almanya gibi ülkelerde, yakın geçmişte modelin farkındalığına varılmış ve kullanımı artmıştır. Örneğin, Almanya'da, Federal Sağlık Raporlama Sistemi (Federal Health Reporting System) tarafından ülke çapında sağlık hizmetlerinin kullanım analizleri yapılmıştır (Babitsch vd., 2012) .

2.2.1. Araştırmalarda Uygulanan Modelin Versiyonları

İncelenen çalışmalarda Andersen modelinin farklı versiyonları kullanılmıştır. Bazı araştırmalarda modelin birden fazla versiyonu (örneği) çalışmaların teorik çerçevesi olarak belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunda Andersen'in davranışsal modelinin 1995 versiyonu uygulanmıştır (Andersen, 1995).

Bazı çalışmalarda Andersen-Newman Sağlık Hizmetleri Kullanım Modeli (Andersen ve Newman, 1973) kullanılmıştır (Broyles vd., 1999; Parslow vd., 2002; Surood ve Lai, 2010; Chen vd., 2008; Dhingra vd., 2010;). Blackwell ve arkadaşları Andersen'in Ailelerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımın Davranış Modelini (Andersen, 1968) uygulamışlardır (Blackwell vd., 2009).

Andersen arkadaşları ile birlikte iki farklı çalışmada sağlık hizmetleri kullanımının davranışsal modelini (Andersen ve Davidson, 2001) kullanmışlar ve çalışmalarında bağlamsal ve toplumsal değişkenlere vurgu yapmışlardır (Andersen vd., 2002; Chen vd., 2008).

2.2.2. Araştırmalarda Kullanılan Değişkenler

Yapılan literatür çalışma incelenen kilit değişkenlere genel bir bakış sunmaktadır ve her değişken üzerinde uygulanan çalışmaları da göstermektedir. En çok incelenen faktörler arasında:

- **Hazırlayıcı Faktörler:** Yaş, cinsiyet, eğitim, etnik köken, eğitim, medeni durum, kültürel normlar ve geleneksel sağlık inançları, tıbbi kuruluşa güven, dil, ikamet bölgesi ve toplumsal yapı;

- **Kolaylaştırıcı Faktörler:** Gelir (mali durum), sağlık sigortası, olağan bir bakım kaynağına sahip olma (aile hekimi olanağı) ve tıbbi hizmetleri (yatarak tedavi ve ayakta tedavi merkezleri); vaka yöneticisi, bilgilerin kullanabilirliği, hizmetlerin ekonomik olması, sağlık hizmetlerinden elde edilen güvenilirlik kaynağı, sağlık hizmetleri pazarı, duyarlı sosyal desteğin olması;
- **İhtiyaç Faktörleri:** Sağlık durumu (zihinsel veya fiziksel), kendini bildiren (algılanan sağlık), diyabet, depresif belirtiler, hipertansiyon, kalp hastalığı, kanser, önceden yapılan tıbbi tedavinin sayısı (kronik hastalık sayısı) ve günlük aktiviteler (günlük faaliyetlerdeki kısıtlamalar) dir.

Çalışmalardaki kategorize edilmiş değişkenler aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır:

2.2.3. Önceden Belirleyici Faktörler (Hazırlayıcı Faktörler)

2.2.3.1. Yaş

Genel olarak çalışmaların çoğunda yaş ile sağlık hizmetlerinden faydalanma arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (Broyles vd., 1999; Andersen vd., 2002; Afilalo vd., 2004; Thode vd., 2005 ; Stockdale vd., 2007; Nabalamba ve Millar, 2007; Chen vd., 2008; Ani vd., 2008; Blackwell vd., 2009; Dhingra vd., 2010; Hammond vd., 2010; Surood, 2010; Hochhausen, 2011).

Yapılan çalışmalarda yaş ve sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkinin yönü, diğer katılımcı özelliklerine bağlı olarak büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Örneğin, yaşlıların alkol, ilaç ve zihinsel sağlık hizmetlerini genç yaşta olanlara göre daha az kullandıkları belirlenmiştir (Stockdale vd., 2007). Nabalamba ve Millar daha yaşlı bireylerin uzman doktorla görüşme oranının düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Nabalamba ve Millar, 2007). Ancak yapılan başka bir incelemede, ileri yaşlı kişilerin pratisyen hekimlerle dört veya daha fazla görüşmede bulunma ihtimalinin yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Blackwell vd., 2009; Hammond vd., 2010 ve Nabalamba ve Millar, 2007). Ani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise ABD'de yaşayan Afrika kökenli Amerikalı

ve Latin Amerikalı yaşlıların gençlere oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları ortaya konulmuştur (Ani vd., 2008).

Diğer bir çalışmada genç kadın ve erkek göçmenlerde genel pratisyenle yapılan zihinsel sağlık danışma süreci yaşla birlikte önemli ölçüde artmıştır ve düşük gelirli latin göçmenlerdeki yaşlı kadınlar, zihinsel sağlık hizmetlerini genç meslektaşlarından yaklaşık 1,04 kat daha fazla kullanmışlardır (Hochhausen, 2011).

Kanada'da ve ABD'de 18 ve 44 yaş arasındaki genç kadınların yaşlı kadınlara göre doktora başvurma ihtimalinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada 45-64 yaş arasındaki kadınların genç ve yaşlı kadınlara göre hastaneye kaldırılma ihtimalinin düşük olduğu ve 45-64 yaş grubundaki erkeklerin genç ve yaşlı erkeklere göre hastaneye kaldırılma ihtimalinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Blackwell vd., 2009).

Almanya ve diğer ülkeler üzerinde yapılan incelemelerde genç yaşta olanların sağlık hizmetleri kullanımına özellikle sağlık kontrolüne daha az katıldıkları belirlenmiştir (Dryden vd., 2012; Richter vd., 2002; Waller vd., 1990; Sönnichsen vd., 2007). Ayrıca Hsu ve Gallinagh, Tayvan'daki çalışmalarında yaş ve sağlık kontrolleri arasında bir ilişkinin bulunmadığı sonucuna varmışlardır (Hsu ve Gallinagh, 2001).

Julfikar ve Noman, Bangladeş'de sağlık hizmetleri talebini belirleyen faktörler adlı çalışmalarında, bireyin yaşının sağlık hizmeti kullanımını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Bu nedenle bireyin yaşı arttıkça sağlık hizmetine olan talep de azalmaktadır (Julfikar ve Noman, 2013).

Reijneveld ve diğerleri de artan yaşla birlikte sağlık hizmetleri kullanımının da yükseldiğini vurgulamıştır. Hollanda'daki ergenler üzerine yapılan bu incelemede kızların yaşı yükseldikçe sosyal yardımı daha fazla aldıkları gözlenmiştir (Reijneveld, 2014).

Bähler İsveçre’de yaşamlarının son 6 ayında sağlık hizmetleri kullanan ve daha sonra ölen bireylerin üzerinde bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada yaşın artmasıyla birlikte sağlık bakım hizmetleri kullanımının arttığını da bulmuşlardır (Bähler vd., 2016). Yaşamın son altı ayında ölenlerin %94,7’sinin en az bir danışmanı olduğunu; %61,6’sinin en az bir kez hastaneye kaldırıldığını (ortalama süre 28,3 gün) ve ölenlerin %47,4’ünün huzur evinde ikamet ettiğini gözlemlemişlerdir. Aynı dönemde, %64,5’i en az bir kez hastaneye transfer edilmiştir. Geçişler için başlıca öngörücüler yaş, cinsiyet ve kronik koşullar olarak belirlenmiştir (Bähler vd., 2016). Başka bir çalışmada ise Hindistan’da hastanede yatarak tedavi hizmetleri kullanım oranı, yaşlı erkekler arasında, çocuklar ve kadınlar arasında oldukça yüksek olarak oranlarda gözlenmiştir (Ghosh, 2015).

2.2.3.2. Cinsiyet

Cinsiyet ve sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişki yapılan çalışmalarda sıkça vurgulanmıştır (Broyles vd., 1999; Andersen vd., 2002; Parslow vd., 2002; Thode vd., 2005; Dhingra vd., 2010). Erkeklerle kadınlar arasındaki davranış farklılıklarını gösteren ve giderek artan bir çalışma alanı olmasına rağmen, sağlık hizmetleri kullanımında cinsiyet veya cinsiyet farklılıklarını açıkça analiz eden çalışmaların sayısı hala düşüktür (Babitsch, 2014).

Cinsiyeti tek bir değişken olarak analiz eden üç çalışma da, kadınların hekimi ziyaret etme olasılığının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Broyles vd., 1999; Parslow vd., 2002; Dhingra vd., 2010). Bu çalışmalar, Avustralya’daki genç yetişkinlerin (Parslow vd., 2002), ABD’de yaşayan yerleşik topluluk (Dhingra vd., 2010) ve ABD’deki düşük gelirli kişilerin örneklerini içermektedir. Cinsiyet ve yaş faktörlerini birlikte analiz eden bir başka çalışma daha genç yaşta olan erkeklerin (19-39 yaş), bir önceki yıla nazaran hekimi ziyaret etmemelerini risk faktörü olarak belirtmiştir (Andersen vd., 2002).

Ayrıca mevcut bulgular, sağlık hizmetlerinde bakım talebinin davranış belirleyicilerinin erkek ve kadınlar arasında farklı olduğunu düşündüren kanıtları desteklemektedir. Bu da sosyal cinsiyet rolleri ile yakından bağlantılıdır (Babitsch vd., 2014; Tedstone ve Kartalova, 2010). Bulgular, birçok insanın psikolojik sıkıntı yaşarken yardım istemediğini göstermiştir. Tedstone ve Kartalova (2010) erkeklerde ve kadınlarda zihinsel sağlık sorunları konusunda genel pratisyen hekimlerden yardım alma üzerine, araştırılmaya yardımcı olacağı öngörülen sosyodemografik ve sağlık durumu faktörlerini incelemiştir (Tedstone ve Kartalova, 2010). Sonuçlar, erkeklerde ve kadınlarda cinsiyete dayalı farklılıklar olduğunu göstererek, genel pratisyenle görüşme konusunda erkekler için kadınlara göre daha fazla katılım sağlanmıştır.

Bulgular, zihinsel sağlık politikaları ve zihinsel sağlık geliştirme ve korunma programlarına 'toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımın' uygulanması gerektiğini göstermektedir (Tedstone ve Kartalova, 2010). Ayrıca hastanın hastalığının farkında olması, yardım arayışını etkileyen faktör olarak birinci basamakta cinsiyete özel teşvik, önleme ve tedavi programlarının tasarımına yardımcı olacaktır.

Kadın sağlığında gözlemlenen farklılıklar, yasal sağlık sigortası türüne göre sağlık kontrolüne katılımları, sağlık sigortası fonlarının sigorta kapsamında olanlara sağlık kontrolleri hakkında bilgi verme biçimindeki potansiyel farklılıkları yansıtabilir veya onları bu hizmeti kullanmaya teşvik edebilir (Hoebel vd., 2014). Gong arkadaşlarıyla birlikte Çin'de yaptığı çalışmanın sonucunda kamu sağlık tesislerine yapılan ziyaretlerin kadınlar, yaşlılar ve emekli olanlar için daha sık olduğunu göstermiştir (Gong vd., 2014).

İspanya'da yapılan bir incelemede yaşlı kadınlar tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Saurina vd., 2012). Bu konudaki başka bir çalışmada ise Estonya'da yaşlı kadınların daha fazla sağlık hizmetlerine ihtiyaçları duydukları ve sağlık konusunda erkeklerden daha fazla farkına vardıkları ileri sürülmüştür (Habicht ve Kunst, 2005).

Hollanda için yapılan bir çalışmada 10-19 yaş arası ergenler için Andersen'in sosyo davranışsal sağlık hizmeti kullanımı modeli çalışmanın teorik çerçevesi olarak kullanmıştır. Çalışmada cinsiyetin önemli bir belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Reijneveld vd., 2014).

2.2.3.3. Etnik Köken

Etnik köken veya doğum yeri ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Broyles vd., 1999; Andersen vd., 2002; Brown vd., 2004; Stockdale vd., 2007; Nabalamba, Millar, 2007; Chen vd., 2008; Blackwell vd., 2009; Dhingra vd., 2010; Pylypchuk ve Sarpong, 2012).

ABD'de yapılan iki araştırma, siyah tenli olmayan İspanyol kökenli, Asyalı veya diğer ırksal etnik grupların (Andersen vd., 2002; Dhingra vd., 2010) ve İspanyol olmayan diğerlerinin (ör. Asyalılar veya Yerli Amerikalılar) beyaz olmayan İspanyol kökenlilere göre tedavi alma oranının anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Blackwell vd., 2009). En dayanıksız alt kesime ilişkin ABD'de yapılan diğer araştırmada beyaz tenli olmayan kişilerde alkol, ilaç ve zihinsel sağlık hizmeti kullanımı olasılığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Stockdale vd., 2007).

Başka bir incelemede, Kanada'da azınlık olan yerli sakinlerin, uzman hekime başvuru oranının beyazlardan daha az olduğu rapor edilmiştir (Nabalamba ve Millar, 2007) ve başka bir çalışmada ABD'de siyahların diğer etnik gruplara göre hekimi ziyaret etme oranının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Broyles vd., 1999).

Belli bir örneklemede Kanada'da yaşayan Çinli göçmenlerin, zihinsel sağlık hizmeti kullanımları coğrafi kökenlere göre farklılık göstermektedir. Buna göre Makao ve Tayvan'dan gelen göçmenler zihinsel sağlık alanında doktor ziyaretleri konusunda en düşük orana sahipken, Çin topraklarından ve Hong Kong'dan gelen göçmenler daha yüksek oranlara sahiplerdir (Hong Kong'taki genç erkekler hariç). Araştırmacılara göre bu tutarsızlıklar farklı kökenli Çinli

göçmenler arasındaki alt kültürel farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Aynı çalışmada bir göçmenin Kanada'da yaşadığı süre, tüm cinsiyet ve yaş gruplarında zihinsel sağlık hizmetleri kullanım oranında önemli bir artış ile ilişkilendirilmiştir (Chen vd. 2008).

Etnik kökeni sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bir faktör olarak, sağlık sigortası statüsü ile birlikte ele alan bir çalışma da mevcuttur. ABD'de düşük gelirli yetişkin örneğini içeren bu araştırmada, sigortalılar arasında Afrika kökenli Amerikalılar, Amerikan ve Alaska yerlilerin, normal bir bakım kaynağına sahip olmalarının Latin olmayan beyazlara oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca sağlık sigortası olmayanlar arasında, Latin olanlarda normal bir bakım kaynağına sahip olmak, Latin olmayan beyazlara göre daha yaygındır. Bununla birlikte çalışmanın sonucunda, ağırlıklı olarak Meksika kökenli Latinlerin düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde normal bir bakım kaynağına sahip olmadıkları vurgulanmıştır (Brown vd., 2004).

Pylypchuk ve Sarpong, ABD ve Kanada'da yaşayan yabancıların sağlık hizmetleri kullanım oranlarını karşılaştırmışlardır. Çalışmada Kanada'daki az eğitilmiş ve dar gelirli göçmenlerin ABD'deki aynı düzeyde olan göçmenlere oranla koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını tespit etmişlerdir (Pylypchuk ve Sarpong, 2012). Lebrun ve Dubay tarafından yapılan benzer bir araştırma, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanım oranlarının yerli halktan daha kötü olduğunu ancak ülke çapında yapılan karşılaştırmalarda, yabancı uyruklu nüfus için kullanım oranlarında anlamlı bir farkın olmadığını ortaya koymuştur (Lebrun ve Dubay, 2010).

İspanya'da göçmenlerin ve yerel nüfusun sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde yapılan bir incelemede ise göçmenlerin acil servisleri yerel halka göre daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca göçmenlerin pratisyen ve uzman hekim ziyaretleri İspanya'da yaşayan yerel halka nazaran daha azdır (Anton ve Bustillo, 2010).

2.2.3.4. Eğitim

Eğitim ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı biçimde ispatlayan birçok çalışma mevcuttur (Parslow vd., 2002; Andersen vd., 2002; Blackwell vd., 2009; Chen vd., 2008; Dhingra vd., 2010; Hammond vd., 2010). Örneğin, Hammond ve arkadaşları eğitim düzeyi düşük seviyede olan Afrika kökenli Amerikalı erkeklerin rutin bir sağlık muayenesi planlama oranının çok düşük olduğunu göstermişlerdir (Hammond vd., 2010). Başka bir araştırma sonucunda, Kanada'da yaşayan Çinli göçmenlerin arasında, üniversite mezunu olan erkeklerin ve kadınların, daha az eğitilmiş meslektaşlarına göre zihinsel sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Chen vd., 2008).

Eğitimi etkinleştirici bir kaynak olarak kabul eden bir çalışmada, daha az geliri olan ve daha az eğitim alan Kanada ve ABD'li yetişkinlerin, doktorla meslektaşlarından daha az temas kurdukları gözlenmiştir (Blackwell vd., 2009). Bir örneklemede, ABD'deki büyük metropol alanlarında ikamet eden düşük düzeyde eğitilmiş çocuklar ve yetişkinlerin, daha az eğitilmiş Latin ve Asyalılara göre sağlık hizmetlerine erişim olanakları daha azdır (Andersen vd., 2002). Benzer şekilde, Avustralya'da yapılan bir araştırma genel pratisyen hekimi ziyaret eden gençlerin eğitilmiş olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Parslow vd., 2002). Bununla birlikte, bu bulguların aksine ABD'deki rastgele bir telefon anketi, eğitim düzeyi lise seviyesinden düşük olan katılımcıların zihinsel ya da duygusal sorunların tedavisinde en azından bazı kolej eğitimi almış olanlara kıyasla sağlık hizmetlerini kullanmış olma olasılığının daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir (Dhingra vd., 2010).

Almanya'daki bir çalışmada eğitimin sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin yüksek oranda olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada erkekler üzerindeki her ek eğitim yılı uzman hekimle istişarede bulunmalarını %10 oranında arttırmıştır (Gruber ve Kiesel, 2010). Kanada ve ABD'de yapılan bir incelemede eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde iki ülke arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları bakımından ABD'de Kanada'ya kıyasla daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Pylypchuk ve Sarpong, 2012).

Bangladeş'deki bir bölgede yapılan çalışma sonucunda eğitim, sağlık hizmetleri talebini doğrudan ve olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak belirtilmiştir (Julfikar ve Noman, 2013). Bu çerçevede, eğitimin sağlık bilincini geliştirme kampanyaları sağlık hizmetleri talebini arttırabileceği söylenebilir.

Eğitimin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin önemini anlatan Gong ve diğerleri, yüksek öğretime sahip bireylerin, ilkokul eğitimi almış ya da daha düşük düzeyde eğitim almış bireylere göre daha sık kamu sağlık hizmetlerinden faydalandığını savunmaktadır (Gong vd., 2014). Buna göre yazar, yüksek öğretime sahip kişilerin kamu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmalarını, sağlık reformu sırasında uygulanan bir dizi politikadan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bunun nedeni artan devlet sübvansiyonlarında temel inşaat, satın alma ekipmanı ve birinci basamak sağlık konusunda eğitim sağlayıcıları gibi konularda kamu sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesidir (Gong vd., 2014). Sonuç olarak, eğitim seviyesine göre eşit olmayan kamu sağlık hizmeti kullanımı, ilgili politikaların pazarlanması ve tanıtımının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yunanistan'da ergen olan çocuklar ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları üzerine yapılan bir incelemede ise eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin belli bir sağlık mesleği mensubuyla yapılan istişare sayılarının az olduğu ve hastanede yatarak tedavinin artması ile ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır (Giannakopoulos vd., 2010).

2.2.3.5. Medeni Durum

Medeni durumun sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkili olduğu yapılan incelemelerde defalarca savunulmaktadır (Parslow vd, 2002; Chen vd., 2008; Dhingra vd., 2010; Hammond vd., 2010; Ani vd., 2008; İnsaf vd., 2010). Bununla birlikte, bu ilişkinin yönü incelenen çalışmalarda farklılık göstermektedir. Örneğin rutin sağlık hizmetleri kullanımını ABD'de Latin kadınlar arasında inceleyen bir çalışmada, evli olmayan kadınların tıbbi bakım oranının evli kadınlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İnsaf vd., 2010). Avustralya'da yapılan bir

araştırmada evli kadınların evli olmayan kadınlara göre pratisyen hekimi ziyaret etme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Parslow vd., 2002). Afrika kökenli Amerikalı erkekleri örnek alan çalışmada, evli olanların rutin sağlık muayenesi planlama olasılığı oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Hammond vd., 2010).

Dhingra ve arkadaşları zihinsel sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde yaptıkları çalışmalarında, daha önce evlenenler veya hiç evli olmayan kişilerin yeni evlenenlerden psikiyatrik tedavi görmüş olma ihtimalinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Dhingra vd., 2010). Diğer yandan, Kanada'daki Çinli göçmenlerden örnek alan bir araştırma, evlenmemiş kadınların zihinsel sağlık sorunları için genel pratisyen ziyaretlerinin evli kadınlara göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşın, genel pratisyene başvurma oranı bekâr erkeklerin evli erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Chen vd., 2008).

Sağlık hizmeti kullanımı üzerinde çok faktörlü etkileri inceleyen çalışmalar arasında bir çalışma da, tıbbi olarak yetersiz hizmet alan yalnız yaşayan Afrika kökenli Amerikalı ve Latin ebeveynler ve aile genişliği düşük olan sakinlerin daha sık doktor tarafından tanı konduğu sonucuna ulaşmıştır (Ani vd., 2008). Başka bir çalışmada Parslow ve arkadaşları boşanmış olan, ya da ayrılmış ve çocuklarla yaşayan daha genç Avustralyalı kadınların, muadilleriyle karşılaştırıldığında genel pratisyen hekime başvurma ihtimalinin daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (Parslow R.vd, 2002).

Medeni durum ve sağlık hizmetleri kullanım arasındaki ilişki üzerine yapılan bazı çalışmalarda, evli kişilerin evli olmayan ve yalnız yaşayan kişilere kıyasla önleyici tedbirleri kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Martin Lopez vd., 2012; Guessous vd., 2010; Dryden vd., 2012).

2.2.3.6. Kültürel Normlar ve Geleneksel Sağlık İnançları

Kültürel normlar ve geleneksel sağlık inançları ya da davranışlar, bazı çalışmalarda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yatkın (predisposing) faktörler olarak tespit edilmiştir.

New York da yaşayan Porto Rikolu Latin olan topluluk temelli katılımcılar üzerinde yapılan bir araştırma, kadınların Latin doktorlar tarafından muayene edilmeyi tercih ettiklerini ve alternatif tıbbi bakımın gecikme olasılığının önemli ölçüde yüksek olduğunu belirtmiştir (Insaf vd., 2010).

Kanada'da yaşayan Yaşlı Güney Asyalılar, batı sağlık hizmetleri kullanımı üzerine kültür etkisini inceleyen bir çalışma, kadınların daha az kültürel engelle sahip olduklarını ve Güney Asya sağlık inançlarını kabul etme olasılığının daha düşük olduğunu tespit etmiştir (Surood, 2010). Bu çalışma kültürel faktörleri ayrı bir kategori olarak görmüştür.

2.2.3.7. Tıbbi Kuruluşlara Güven (Yakınlık ve Samimiyet)

Yapılan çalışmalarda tıbbi kuruluşlara olan güven derecesi sağlık hizmetlerinin kullanımı ile de önemli derecede ilişkilendirilmiştir. Rutin sağlık muayene oranları, tıbbi organizasyonlara daha az güven duyan ve duygularını gizli tutmaları gerektiğine inanan Afrika kökenli Amerikalı erkeklerde daha düşük olarak belirlenmiştir (Hammond vd., 2010).

Acil müdahaleye ihtiyaç duymayan hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinden yardım almadan acil servislerden yaralanmak istemektedirler. Çünkü bu tip hastalar acil servise (%11) aşına olduğunu ve hizmetlerine (%7) güvendiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Afilalo vd., 2004).

2.2.3.8. Dil

Dil ve sağlık hizmet kullanımı arasındaki ikili ilişkiyi açıkça bildiren çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular, tek başına dilin bireyleri sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın (predispose) hale getirmediğini göstermektedir.

Kanada'da yaşayan Çinli göçmenler arasında zihinsel sağlık hizmeti kullanımını araştıran çalışma, örneğin İngilizce konuşabilen erkeklerin genel pratisyen hekimi ziyaret etme olasılığının daha yüksekken, İngilizce konuşabilen kadınların psikiyatrik ziyaretlerin oranının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. British Columbia'daki Çinli göçmenlerin öncelikle Çince konuşan pratisyen hekimlerden sağlık hizmeti aldığından şüphelenmekteyken, İngilizce becerilerinin sağlık hizmetlerine erişim konusuyla daha az alakalı olabileceğini düşünmektedirler (Chen vd., 2008).

2.2.3.9. İkamet Bölgesi (Kentsel veya Kırsal)

Bazı çalışmalarda sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin yaşadığı bölge ile doğrudan olan ilişkisine değinilmiştir. Örneğin, Thode çalışmasında, kentsel alanda yaşayan sakinlerin doktora başvurma olasılığını önemli ölçüde arttığını belirlemiştir (Thode vd., 2005). Başka bir deyişle, daha az ilaç ve sağlık bakım merkezlerine sahip olan kırsal bölge sakinlerinin, sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıkları daha azdır (Broyles vd., 1999).

2.2.3.10. Toplumsal Yapı

Toplumsal ve sosyal yapının sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisi hakkında yapılan çalışmaların birinde koruyucu sağlık hizmetleri şebekesine bağımlı, nüfusu geniş olan bir toplumda yaşayan düşük gelirli yetişkinlerin normal bir bakım kaynağına sahip olma olasılığının daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Brown vd., 2004).

Blackwell ve arkadaşları bireysel özelliklerin doktor ziyareti ve hastanede yatarak tedavi edilmesi üzerindeki etkilerini öngörmek için ülkeye özgü çok değişkenli lojistik regresyonu kullanmıştır. Kanada'daki yetişkinlere göre, Amerika Birleşik Devletlerdeki yetişkinler arasında doktorla iletişimde önemli farklılıklar olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Blackwell vd., 2009).

Gong ve arkadaşları Çin'deki toplumsal sağlık hizmetleri kullanımı belirleyicilerini analiz etmişlerdir. Kamu sağlık hizmetleri kullanıcılarının özelliklerini, kullanım sıklığını ve kullanım frekansını etkileyen sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörleri analiz etmek için çoklu lojistik regresyon yöntemini kullanmışlardır. Sonuçlar, toplumsal sağlık hizmetlerinin savunmasız alt kesim (örn. kadınlar, yaşlı nüfus ve düşük gelirli gruplar) taleplerini karşılamak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir (Gong vd., 2014).

Başka bir çalışma, Çin'in Güneyinde kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde sağlık hizmeti kullanma davranışlarını anlamak için, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları olan hastalarda toplumsal sağlık hizmetleri kullanılmasının belirleyicilerini ortaya koymuştur (Yang vd, 2014). Yapılan incelemede birinci basamak sağlık hizmet sunucularının geçit görevini yapması beklenirken, toplumsal sağlık hizmetleri olanakları ciddi derecede kullanılmamaktadır. Hem kırsal hem de kentsel alanlardaki Çinliler, birincil basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için çoğunlukla yüksek katmanlı tesisler kullanmışlar ve bunun önemli derecede mali sonuçları doğmuştur (Yang vd., 2014). Bireyin kendini koruma altına alan bir güvence kaynağı ve sağlık sigortası varlığı hem kentsel hem de kırsal alanlarda toplumsal sağlık hizmetleri tesislerinden ilk temasta bağlantı kurmak, çalışmada önde gelen faktörlerdir.

2.2.4. Kolaylaştırıcı Faktörler

2.2.4.1. Gelir (Mali Durum)

Sağlık hizmetlerinin sosyoekonomik faktörlerle ilişkisi, araştırmaların çoğunda en önemli bağımsız değişkenlerden biri olarak analize dâhil edilmiştir. Yapılan çalışmalar, gelir düştükçe yetişkinlerin doktorla görüşme olasılığının düşük olduğunu (Blackwell vd., 2009) ve ilaç ile zihinsel sağlık hizmetlerine erişiminin daha az olduğunu ortaya koymuştur (Stockdale vd., 2007). Bir başka araştırmada ABD’de, yıllık hane halkı geliri 50.000 ABD Doların altında olan kişilerin psikiyatri tedavi alma olasılığı 75.000 ABD Doları veya daha fazla olanlara göre daha yüksektir (Dhingra vd.,2010).

Bangladeş’deki bir çalışma sonucunda ise gelir düzeyinin sağlık hizmetinden yararlanmayı doğrudan olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Julfikar ve Noman, 2013). Avustralya’da genç yetişkinler üzerinde yapılan bir araştırma, bir önceki yıl döneminde mali sıkıntılar yaşayanların, genel pratisyen hekimi ziyaret etme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Parslow vd., 2002).

Ani ve arkadaşları görevde olan Afrika kökenli Amerikalılar ve Latin topluluğun herhangi bir hastalık durumunda sağlık hizmetleri talebinde bulunma yerine kendi kendini tedavi etmeleri sonucu, finansal açıdan daha az sıkıntıda bulunabileceklerini savunmaktadır (Ani vd., 2008).

Van Doorslaer ve diğerleri yaptıkları incelemede, 1996 yılı Avrupa Topluluğu Hanehalkı Paneli araştırmasında toplanan 12 AB üyesi ülkesinde düşük gelirli grupların daha fazla sağlık bakımına ihtiyaçları olduğunu kontrol ettikten sonra, yüksek gelirli grupların lehine olan yatay eşitsizliklerin ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır (Van Doorslaer vd., 2004). En güçlü ve zengin İrlanda ve Portekiz ve en zayıf halk Benelüks ülkelerinde bulunmuştur (Van Doorslaer vd., 2004). Van der Heyden ve diğerleri, Belçika’daki gelir ve uzman hekim ziyaretleri arasındaki pozitif ilişkiyi 1997 Belçika Sağlık Görüşme Anketi üzerindeki inceleme sonuçlarına dayanarak onaylamışlardır (Van der Heyden vd., 2003).

Burström İsveç’de ve Rückert Almanya’da düşük gelirli grupların hekim ziyaretlerini yüksek gelirli gruplarına göre daha az kullandıklarına işaret etmişlerdir (Burström, 1990; Gruber ve Kiesel, 2010; Rückert vd., 2008).

Pylypchuk ve Sarpong (2012) gelirin sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin yüksek düzeyde olduğunu yaptıkları çalışmada belirtmişlerdir. Gelir düzeyi yüksek olan ABD’li bireyler Kanada’lı bireylerden daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Aynı çalışmada geliri düşük olan Kanadalı göçmenler aynı kategoride olan ABD’li göçmenlere kıyasla sağlık bakımına daha fazla özen göstermektedirler. Bu farklılık özellikle uzman hekim veya pahalı olan sağlık hizmetleri söz konusu olduğundan daha fazladır. Mamografi ve pap smear gibi koruyucu hizmetlerin kullanımı ABD’de, Kanada’dan önemli derecede yüksektir (Pylypchuk ve Sarpong, 2012).

Blendon ve arkadaşları ortalamanın altında geliri olan Amerikalıların, Kanada’da aynı kategoride olanlara göre sağlık hizmetlerine erişimin daha zayıf olduğunu rapor etmişlerdir (Blendon vd., 2002). Sanmartin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’daki sağlık durumunun benzer olduğunu ancak en alt gelir gruplarında Amerikalıların sağlık hizmetleri kullanımının, Kanada’daki muadilleriyle karşılaştırıldığında daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir (Sanmartin vd., 2006).

Decker ve Remler (2005), düşük gelirli ABD sakinlerinin sağlık durumlarının Kanada’daki düşük gelirli bireylerden daha zayıf olduğunun tespitinde bulunmuştur. Gelir değişimindeki farklılık, 65 yaş ve üstü olan bireyler için yarı yarıya azalmıştır. Bu da, hemen hemen tüm Amerikalılara Medicare aracılığıyla sağlık sigortasından yararlanmak için hak kazandırmaktadır (Decker ve Remler, 2005).

Bagod’Uva ve arkadaşları Avrupa birliği üyesi 10 ülkeye (Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz ve İspanya) ilişkin verileri kullanarak gelir esnekliğinin sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini analiz etmişlerdir. Anket 16 ve daha büyük yaşta olan

bireylerin sosyoekonomik ve demografik sağlık kullanımı değişkenlerini içermektedir. Çalışmada uzman ve genel pratisyen hekim ziyaretleri arasındaki farklılığa ilişkin önemli bulgulara rastlanmıştır. Gelirin genel pratisyen hekimleri ziyaret etme üzerindeki etkisi çoğunlukla anlamsız olmakla birlikte, Avusturya, Yunanistan ve daha büyük ölçüde Portekiz için olumlu esneklikler bulunmaktadır (Bagod'Uva vd., 2012). Uzman hekim ziyaretleri hakkında düşük oranda olan kullanıcıların gelir esnekliği yüksek kullanıcılardan daha büyüktür (Bagod'Uva vd., 2012). Burada ülkelerin sağlık sistemi özellikleri gözlenen eşitsizliklere katkıda bulunmaktadır.

Van Doorslaer ve arkadaşlarının gelirle ilgili eşitsizlik analizine uygun olarak, gelirlerin toplam genel pratisyen ziyaret sayısı üzerinde çoğunlukla anlamsız etkileri vardır (Van Doorslaer vd., 2004). Çin'deki sağlık hizmetleri kullanıcıların sosyal belirleyicilerini 4 yıllık kesitsel verilere dayanarak araştıran Gong ve arkadaşları ise, hanehalkı gelirinin toplumsal sağlık hizmeti kullanım sıklığının önemli bir belirleyicisi olduğunu vurgulamaktadır (Gong vd., 2014). Ancak bu sonuç gelirin toplumsal sağlık hizmeti kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını öne süren bir başka araştırmayla tutarlı değildir (Saurina ve Liosera, 2012).

Gelir düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişkiyi analiz eden Fujita ve arkadaşları, yerel bir devlet kurumu tarafından bildirilen gelir ve sağlık sigortası taleplerinden elde edilen verilere dayanarak, Japonya'daki gelir düzeyleri arasında ayakta bakım tedavisi erişiminde eşitsizlikler bulmuşlardır. Çalışmada her iki cinsiyetten tüm yaş gruplarında, gelir düzeyi ve ayakta bakım tedavi oranları arasında pozitif doğrusal ilişki olduğunu belirlenmektedir. Bununla birlikte, düşük gelirli bireylerde hastaneye kaldırma oranının daha yüksek ve hastanede yatarak tedavi süresinin daha uzun olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Fujita vd., 2016). Bu sonuçlara dayanarak düşük düzeyde geliri olan bireylerde, yüksek gelirli olanlara göre ciddi hastalıkların gelişme eğilimi daha yüksektir.

Ghosh Hindistan'daki sosyoekonomik faktörlerin bireylerin yatarak tedavi hizmetlerinden yararlanmaları üzerine bir inceleme yapmıştır. Çalışmada geliri

yüksek olan kişilerin yatarak tedavi hizmetlerinden düşük düzeyde geliri olan bireylere kıyasla kullanım oranı daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Ghosh, 2015). Sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik eşitsizlikleri belirleyen iki temel faktör, finansman ve dağıtım sistemidir (Ghosh, 2015).

Hindistan'da, kamu finansmanı olağan dışı bir şekilde düşüktür ve halk sağlık tesislerinin nüfusun yükselen sağlık ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetini önemli derecede etkili olduğunu düşünmektedir. Sonuç olarak, insanlar özel bakım hizmetlerini giderek daha fazla kullanmakta ve böylece cepten harcamalara maruz kalmaktadırlar (Ghosh, 2011). Kanıtlar, Hindistan'daki hastanede yatan yoksul hastaların %50'sinin hastane masraflarını karşılamak için finansmanda zorlandığını göstermektedir. (Duggal, 2008). Bunun için sağlık hizmeti almaya güçleri yetmeyerek, hastanede bakım hizmetlerinden faydalanmaları için kamu sektörüne büyük oranda güvenmektedirler (Ghosh, 2014). Bu nedenle, güçlü bir kamu sektörü, fakirlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırması ve arttırması için önemlidir.

2.2.4.2. Sigorta

Birçok çalışma, farklı nüfus gruplarında sigorta kapsamının geniş olmasının, sağlık hizmet kullanımındaki gecikmeyi düşürdüğünü ispatlamıştır (Andersen vd., 2002; Brown vd., 2004; Stockdale vd., 2007; Blackwell vd., 2009; Dhingra vd., 2010; Broyles vd., 1999; İnsaf vd., 2010). Örneğin, İnsaf, ABD'deki incelemesinde, sigortası olmayan Latin Amerikalı kadınların sigortalı meslektaşlarına göre sağlık bakımlarını anlamlı derecede ertelediklerini ispatlamıştır (İnsaf vd., 2010).

Brown çalışmasında ABD'de nüfus sayısının çok olduğu kentlerde yaşayan düşük gelirli yetişkinler üzerine yapılan bir araştırmada sağlık sigortası statüsü, toplumun koruyucu sağlık hizmetleri şebekesine bağlı nüfusun göreceli büyüklüğü ile düşük gelirli erişkinlerin sağlık bakım merkezlerine erişim arasındaki ilişkiyi etkilediğini bulmuştur (Brown vd., 2004).

Yapılan alışmalar aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımının sağlık sigortası türüne göre değiştiğini bulmuşlardır. Sağlık sektöründeki piyasa koşullarının alkol, uyuşturucu ve zihinsel sağlık hizmetleri kullanan savunmasız alt düzey grupların üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre Medicare, Medicaid, zel olarak tamamen yönetilen ve özel olarak kısmen yönetilen sigortalı katılımcılar, diğer sağlık sigorta türlerinden yararlanan veya sigorta planı olmayan katılımcılara göre daha yüksek Sağlık Bakım rgtlerinin (HMO) nüfuzu olan bölgelerde, daha yüksek bir kullanım olasılığına sahiptir (Stockdale vd., 2007).

Başka bir çalışma, sağlık sigorta kapsamlı geliri düşük olan bireylerin, sigortalı olamayanlara göre sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıklarının daha fazla olduğu tespitinde bulunmuştur (Broyles vd., 1999). Gruber ve Kiesel sigortanın sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde olan etkisini incelemişlerdir. Ayrıca alışma Andersen'in sağlık hizmetlerinden faydalanma modelini temel almıştır. Ampirik analiz ayrıca sağlık kullanım sürecindeki hekime başvuru oranının kadınlar ve erkekler arasında önemli ölçüde farklılaştığını göstermektedir. Ancak erkeklerin uzman doktor ziyaretleri konusunda sağlık sigortası gibi olanak sağlayan faktörlere karşı belirgin bir şekilde duyarlı olduklarını ve kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları bu tür sosyoekonomik özelliklere daha az bağlı olduklarını göstermektedir (Gruber ve Kiesel, 2010).

Lungen ve arkadaşları Almanya'da sağlık sigortasına göre tedavide bekleme süreci adlı makalede, kamu sağlık sigortası olan hastaların özel sigorta şirketlerinin müşterilerine göre bir uzman hekime başvuruda randevu almak için yaklaşık üç kat daha fazla beklemek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (Lungen vd., 2008).

Gesundheitsmonitor (sağlık izleme) araştırmasının analizlerine göre, kamu sağlık sigortasından yararlanan kişilerin hekimleriyle daha kısa görüşmeler yaptığı ve kendilerini tıbbi durumları hakkında daha az bilgilendirilmiş olarak gördüğü söylenmektedir. Buna ek olarak, özel sigortalılara kıyasla daha sonraki

tedavileri hakkında karar verme sürecinde rolleri daha azdır (Gruber ve Kiesel, 2010).

Jones ve diğerleri, Avrupa Topluluğu Hanehalkı Paneli analizine dayanılarak, uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada, özel sigortanın İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık'ta uzman hekim ziyaretlerin olasılığı ile pozitif ilişkisi olduğunu göstermektedir (Jones vd., 2004). Aynı korelasyonu Bisig ve Gutzwiller, İsviçre için bulmuşlardır (Gruber ve Kiesel, 2010).

Pohlmeier ve Ulrich makalesinde Almanya'da özel sağlık sigortasının uzman hekime başvuruda etkisinin olmadığını kanıtlara dayanarak söylemektedir (Pohlmeier, 1995; Gruber ve Kiesel, 2010). Ancak bazı araştırmacılar, kamu kapsamlı sağlık sigortalı olan kişilerin genel tıbbi bakımları daha yüksek kullanım seviyeleri bağlamında, özel sigortalıların karşısında uzman hekimden daha fazla tıbbi bakım aldıklarını tespit etmek için güncel verilere dayanarak tekrar test edilmesinin mantıklı olduğunu söylemektedirler (Bergmann vd., 2005; Gruber ve Kiesel, 2009; Pohlmeier ve Ulrich, 1995; Thode vd., 2005).

Gruber ve Kiesel özel sigortalıların kamu kapsamlı sağlık sigortasına sahip kişilere göre daha düşük oranda pratisyen hekime başvurduklarını göstermişlerdir (Gruber ve Kiesel, 2009). Son 12 ay içinde en az bir muayene için istatistiksel verilere göre şansı kamu kapsamlı sigortalılardan yaklaşık üçte bir daha düşüktür. Buna ek olarak, özel sigorta kapsamında olmak, tedavinin gerçekleşmesi durumunda muayene sayısının az olmasını sağlamaktadır. Bu sonuçlar onların uzmanlar tarafından muayene olmalarını daha anlamlı hale getirmektedir (Gruber ve Kiesel, 2010). Bunun için sadece pratisyen hekimlerin ve uzmanların dikkate alınması, acil sağlık hizmeti eşitsizlikleri hakkında sigorta durumuna ve diğer sosyoekonomik özelliklere bağlı olarak yapılan değerlendirmelere izin vermektedir.

McGrail ve arkadaşları, yaptıkları incelemede sağlık sigortası ve yaşam tarzı risk faktörleri gibi sağlık sistemi özelliklerinin Amerika Birleşik Devletlerdeki

gelirle ilişkili sağlık eşitsizliklerinin Kanada'dan daha büyük olduğunu açıklamıştır (McGrail vd., 2009).

Siddiqi ve diğerleri, Amerika Birleşik Devletler ve Kanada'daki sigorta kapsamlı ve sigortasız göçmenler ile yerliler arasındaki sağlık hizmetlerine erişimi Ortak Kanada / Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Araştırmasının (JCUSH) verilerini kullanarak karşılaştırmıştır. Bunlar karşılanmamış sağlık bakım ihtiyaçlarının sigortalı ABD'li göçmenler ile Kanada göçmenleri arasında benzer olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca bildirilmemiş sağlık bakım ihtiyaçları, Kanada göçmenlerine kıyasla sigortasız ABD'li göçmenlerde çok daha yüksektir (Siddiqi vd., 2009).

Gong ve arkadaşları sağlık sigortasının varlığının toplumsal sağlık hizmetinden yararlanma oranını arttırdığını vurgulamaktadır (Gong vd., 2014).

2.2.4.3. Alışılmış Bakım Kaynağı

Alışılmış bir bakım kaynağı olan bireyin sağlık hizmetinden faydalanmasındaki artışı ile doğrudan ilişkisi vardır (Thode vd., 2005; Broyles vd., 1999; Blackwell vd., 2009; Hammond vd., 2010).

Hammond Afrika kökenli Amerikalı erkekler üzerindeki yaptığı incelemede, olağan bir bakım kaynağına sahip olan bireylerin rutin sağlık muayenesi planlamaları ve elde etme olasılığının daha yüksek olduğunu ispatlamıştır (Hammond vd., 2010).

Benzer şekilde, Kanada ve ABD'de yetişkinler üzerinde yapılan bir araştırma, alıştıkları bir bakım kaynağı olmayan bireylerde bir önceki yıla kıyasla doktora başvurma oranının çok düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Blackwell vd., 2009).

Normal olarak insanların sağlık hizmetleri kullanım sisteminde giriş kapısı olarak sağlık hekimine başvurusu düşünülmektedir. Ancak bunun tersine Almanya'da

yapılan bir çalışmada, bireylerin diğer sağlık birimlerine daha fazla başvurduğunu görülmüştür (Thode vd., 2005).

Gruber ve Kiesel Almanya'da doktor ve hasta arasındaki iletişim sıklığını kadınlar ve erkekler arasında incelemişlerdir. Analizde doktor ve hasta arasındaki iletişim sıklığının sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde olumlu bir faktör olduğunun sonucuna varmışlardır (Gruber ve Kiesel, 2010).

2.2.4.4. Hekim Tanısı ve Vaka Yöneticisi

Yetersiz hizmet gören Afrika kökenli Amerika ve Latin toplumlarda doktor tanısının tıbbi hizmetlere erişebilme ile doğrudan ilişkisi vardır (Ani vd., 2008).

Düşük gelirli Latin göçmenler üzerindeki yapılan incelemelerin birinde, zihinsel sağlık hizmetlerini değerlendiren kadınlar 32,13 kat değerlendirmeyenlere oranla bu hizmetlerden daha fazla yararlandıklarını belirtmiştir (Hochhausen vd., 2011). Aynı çalışma, zihinsel sağlık servislerine başvuru ve hizmetin tamamlanıp, değerlendirme arasında geçen çok uzun bir sürenin, bireylerin sağlık hizmeti kullanmalarını önemli ölçüde azalttığını öngörmüştür (Hochhausen vd., 2011) .

Hochhausen yaptığı çalışmada, hastalık vakasını yöneten kişinin zihinsel sağlık hizmetlerinin kullanım olasılığını önemli ölçüde arttırdığını tespit etmiştir. Vaka yöneticileri olan kadın bireyler, zihinsel sağlık hizmetlerini diğerlerden 3.49 kat daha fazla kullanmışlardır (Hochhausen vd., 2011) .

2.2.4.5. Sağlıkla İlgili Bilgilerin Kullanılabilirliği ve Hizmetlerin Ekonomik Olması

ABD'de sağlık hizmetlerinin yetersiz bulunduğu Afrika kökenli Amerikalıların yaşadığı bölgedeki yapılan bir araştırma sonucunda, doktorun sağlık açısından tanı koyması ve bireylerin sağlıkla ilgili bilgilerden daha fazla yararlanabilecekleri sağlık hizmeti talebini olumlu yönde etkilemektedir (Ani vd.,

2008). Ayrıca Ani çalışmasında sağlık hizmetlerinin birey tarafından karşılanabilir olması, doktora bağlı olarak tıbbi durumların teşhisi ile ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır (Ani vd., 2008).

2.2.4.6. Sağlık Hizmetlerinin Elde Edilmesinin Güvenirlik Kaynağı

ABD’de yaşayan büyük nüfuslu kentlerdeki düşük gelirli yetişkinler için, bölgedeki toplam Medicaid ödemeleri gibi programın bir topluluğun sağlık güvenlik ağının kapsamı ve klinik sayısı, sakinlerin hizmetlere erişimlerini gerçek anlamda etkilemiştir (Brown vd., 2004). Bunun için düşük gelirli bireyler sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmışlardır.

2.2.4.7. Sağlık Hizmetleri Pazarı

Sağlık hizmetlerindeki pazarın koşulları da tıbbi bakıma erişimi etkilemektedir. Düşük gelirli yetişkinler gurubunda yapılan araştırmaların birinde, Sağlık Bakım Örgütleri (Health Maintenance Organizations) arasındaki rekabetin, sosyal sağlık güvencesinden bağımsız olarak tıbbi bakıma erişimi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Brown vd., 2004).

Başka bir araştırmada, toplu sağlık merkezlerinin varlığının ve belli bir kurum tarafından finanse edilmesinin, düşük gelirli erişkinlerin lehine olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Andersen vd., 2002).

Powell-Jackson ve arkadaşları 46 ülkenin sağlık araştırması verileri kullanarak, kadınların doğum öncesi hizmetlerden faydalanmalarının hizmet türünün sağlayıcısına bağlı olup olmadığını incelemişlerdir. Buradaki hizmetin sağlayıcısı kamu ve özel sektör olarak düşünülmüştür. Yazar çalışmasında doğum öncesi sağlık hizmetinin kullanım oranının kamuda (% 54), özel sektörde (% 36) ve evde (% 5) olduğunun sonucuna varmıştır. Ancak bölgelere göre

büyük farklılıklar vardır. Ayrıca kamu ve özel sektörün, bakım kalitesi açısından benzer şekilde çalıştıklarını vurgulamıştır (Powell-Jackson vd., 2015).

2.2.4.8. Duyarlı Sosyal Destek

Araştırmalar, erken teşhis tedbirlerinin alınması için sosyal desteğin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Bronner vd., 2013; Mishra vd., 2012; Oh ve Jacobsen, 2014).

ABD'de yürütülen bir çalışmada, duyarlı sosyal destek ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkileri araştırılmıştır. Bu çalışma, sürekli duyarlı destek gören kişilerin zihinsel ya da duygusal sorunların tedavisinde duygusal destek almayan bireylerden sağlık hizmetleri kullanım oranının daha az olduğu vurgulanmıştır (Dhingra vd., 2010).

Yapılan çalışmalar sosyal ilişkilerin, sağlık hizmetlerinin kullanılmasını kolaylaştırabileceğini göstermiştir (Andersen, 2014; Hoebel vd., 2014, s.8).

2.2.4.9. Diğer Sosyo Ekonomik Nedenler

ABD ve Kanada'da yapılan bir araştırmada Krajewski ve arkadaşları, acil ameliyat hizmetlerine erişimin ABD'de sosyoekonomik statüye bağlı olduğunu, ancak Kanada'da bağlı olmadığını ileri sürmüşlerdir (Krajewski vd., 2009).

Lasser ve meslektaşları düzenli bir doktora başvuru, karşılanmamış sağlık bakım ihtiyaçlarını düşük gelirli, yabancı uyruklu ve beyaz olmayan nüfus arasındaki farklılıkları incelemiştir. Yazarlar bu alt nüfus grubu için her sonuçta önemli farklılıklar bulmuşlardır ve ABD'deki farklılık Kanada'dan daha büyük oranda çıkmıştır (Lasser vd., 2006).

O'Neill ve arkadaşı CCHS (Kanada Sağlık Araştırması Topluluğu), MEPS (Tıbbi Harcamalar Panel Anketi) ve JCUSH (Ortak Kanada / Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Araştırması) verilerinden yararlanan bir çalışmada, meme

kanseri, papsmears ve prostat muayenelerinin tarama oranlarının Birleşik Devletlerde Kanada'dakilere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (O'Neill vd., 2007).

Hoebel ve arkadaşları, Almanya'daki yetişkinler arasında birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımındaki sosyal ve davranışsal belirleyicileri, Andersen modelini temel alarak incelemişler. Almanya'da sağlık kontrolleri, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve böbrek hastalıkları gibi kronik hastalıkların teşhisi birinci basamakta yapılmaktadır (Hoebel vd., 2014). Bu çalışma 35 yaş kamu kapsamlı sigortalı bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın bulguları sosyoekonomik olarak dezavantajlı gruplar (savunmasız ve gelir açısından alt düzeyde olanlar), sigara içenler, fiziksel aktiviteleri olmayanlar ve düşük oranda sebze, meyve tüketen kişiler gibi olumsuz risk faktörüne sahip olan bireylerin, risk profili daha olumlu olanlara kıyasla sağlık kontrolüne gitme olasılıkların düşük olduğunu göstermektedir (Hoebel vd., 2014).

Almanya'daki koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında sosyoekonomik farklılıklar üzerine sistematik incelemeler yapılmıştır. Çalışmaların sonucu sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupların, önleyici hizmetleri sosyoekonomik ayrıcalıklı gruplardan daha az kullandıklarını göstermiştir (Klein vd., 2014; JanBen vd., 2012). Bu ilişki diğer ülkelerde ve farklı sağlık bakım sistemlerinde de bulunmuştur (Dryden vd., 2012; Brown vd., 2010; Stanley vd., 2013).

Tountas arkadaşları ile birlikte Yunanistan'da, eşit sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin temel sağlık hizmetleri kullanmalarında demografik ve sosyal olarak bir takım farklılıkları ortaya koymuştur (Tountas vd., 2011). Kırsal alan sakinleri, sağlık uzmanlarıyla daha az iletişimde bulunmuşlar ve bu ziyaretler sırasında kentsel alan sakinlerine göre daha fazla cepten ödemeler yapmışlardır. Uzman hekimle görüşme oranı sigortası olmayan ve savunmasız alt düzeyde olan kadınlar için azdır. Yüksek sosyal sınıf düzeyinde olan kırsal alan sakinlerinin ve özel sigorta kapsamında olan kişiler tarafından daha fazla özel sağlık hizmetleri kullanımını bildirmiştir. Ayrıca demografik ve

sosyoekonomik faktörlerin hastaneye yatışları doğrudan etkilenmemiştir (Tountas vd., 2011).

Çin’da yapılan bir araştırmada toplumsal sağlık hizmetleri kurumlarının uzaklığının bu tip hizmetlerin kullanım frekansı üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gong vd., 2014). Birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlara olan mesafe, kamu sağlık kuruluşlarının varlığı açısından önemli bir husustur. Buna göre bu tür hizmetlerin kullanımını artırmak amacıyla erişime kolaylık sağlamak için kamu sağlık tesisleri stratejik bir şekilde yerleştirilmelidir.

Gong’un bulguları toplumsal sağlık kuruluşlarının kullanım sıklığında bölgesel farklılıkların açıkça gösterildiğine işaret etmektedir. Çin’in orta ve batı bölgelerde yaşayan bireylerin kamu sağlık tesisleri kullanma oranları, aynı kategoride doğu bölgesindeki yaşayan kişilerden daha düşüktür (Gong vd., 2014). Bölgesel farklılıklar, sağlık kaynaklarının eşit olmayan dağılımına bağlanabilir.

Almanya’da yapılan bir çalışmada yataklı tedavi hizmetlerinin sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisini ele almışlar. Yapılan incelemede serbest çalışanların diğer çalışanlara göre ve sağlık sigortası olanların olmayanlara göre yataklı tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları sonucuna varmışlar (Riphahn vd., 2003).

2.2.5. İhtiyaç Faktörleri

2.2.5.1. Değerlendirilen Sağlık Durumu

Fiziksel ve zihinsel durum ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında anlamlı ilişkilerin olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Thode vd., 2005; Broyles vd., 1999; Parslow vd., 2002; İnsaf vd., 2010; Surood ve Lai, 2010; Blackwell vd., 2009; Dhingra vd., 2010; Nabalamba ve Millar, 2007).

Hemen hemen tüm vakalarda, fiziksel ve zihinsel açıdan zayıf olan bireylerdeki sağlık durumu, artan sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir öngörücüsüdür. Ancak Kanada’da yapılan bir incelemede sağlık durumları iyi veya zayıf olan bireylerin doktora başvurma açısından, sağlık durumu çok iyi olan bireylerle farkı yoktur (Blackwell vd., 2009).

Tıbbi açıdan savunmasız alt düzeydeki gruplara ilişkin ABD’deki bir araştırmada (yaşlı, fakir ve sigortasız), diyabet, hipertansiyon veya kan kolesterolü yüksek olanlar diğerlerinden daha fazla hekimle iletişimde bulunmuşlardır (Broyles vd., 1999).

Dhingra çalışmasında ruhsal ve fiziksel açıdan, bireyler kendilerini iyi hissetmediği günlerde tedavi görme ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Dhingra vd., 2010).

Kronik hastalıkları olan kadınların sağlık hizmetleri kullanımı meslektaşlarından daha fazladır (Parslow vd., 2002; İnsaf vd., 2010) ve oral kontraseptif (gebelik, önleyici, gebelik kontrol hapı veya aletleri) kullananların genel pratisyeni ziyaret etme olasılığı daha yüksektir (Parslow vd., 2002).

Kanadalı ve ABD’li yetişkinlerde faaliyet kısıtlamaları, çok kötü koşullarda çalışmak ve depresif olaylar, doktorla iletişime girmek ve hastaneye yatarak tedavi görmek üzerinde artan bir etkiye sahiptir. Başka bir deyişle herhangi bir faaliyet kısıtlamasına maruz kalanlar sağlık hizmetleri kullanma olasılıkları daha yüksektir (Blackwell vd., 2009).

Gannakopoulos arkadaşlarıyla birlikte yaptığı araştırmada Yunanistan örneğinde ergenlerdeki kronik sağlık ihtiyaçlarının, sağlık hizmeti kullanımının önemli bir belirleyicisi olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda davranışsal zorlukları olan ergenler, hiç veya orta derecede problemleri olmayan yaşlılarından daha fazla hastanede yatarak tedavi altına alınmışlardır. (Giannakopoulos vd., 2010).

Bazı araştırmalar, aile ilişkilerinin pozitif olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını bildirmişlerdir (Brannan ve Heflinger, 2005; Janicke vd., 2001; Saunders ve Heflinger, 2003). Ancak başka bir çalışmada ebeveyn ve çocuğun olumlu sosyal ilişkilerin olması, sağlık danışmanlarının kullanım olasılığını arttıracakını öngörmektedir (Giannakopoulos vd., 2010).

Reijneveld arkadaşlarıyla birlikte Hollanda'da ergenlerin davranışsal ve duygusal sorunlardan dolayı sağlık hizmetleri kullanım oranında etkili olduğunu vurgulamıştır (Reijneveld, 2014). Bu konuda uzman doktorla iletişimde bulunmaları erkek ve kızlar arasında farklıydı. Bu farklılık, çalışmada veri olarak kullanılan çocukların davranış kontrol listesindeki içselleştirici ve dışsallaştırıcı sorunları, okul sorunları, ailenin sosyoekonomik durumu ve ebeveynin boşanması ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada genel sağlık hizmetlerinden faydalanma, düşük ve orta sosyoekonomik statüsü olan aileler tarafından daha sık kullanılmıştır (Reijneveld, 2014). Genel sağlık hizmetlerinde, ergenlerin davranışsal ve duygusal sorunlar açısından uzmanlaşmış zihinsel sağlık hizmetleri daha sık kullanılmıştır. Bu nedenle, birincil ve genel tıbbi bakımda bu konuyla ilgili uzmanlığın korunması ve güçlendirilmesi gerekmektedir.

2.2.5.2. Algılanan İhtiyaç

Algılanan ihtiyaç üzerindeki yapılan çalışmaların biri olan Broyles ve arkadaşları (1999)'na göre, kendini iyi hissetmeyen veya en az bir kere sakatlık geçiren katılımcıların sağlık hizmetleri merkezlerine başvurduklarını belirtmiştir (Broyles vd., 1999).

Dhingra çalışmasında sağlık açısından kendini mükemmellin altında hisseden bireylerin, mükemmel hisseden kişilerden daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını göstermiştir (Dhingra vd., 2010).

Çalışmaların birinde acil vaziyette olmayan hastaların birinci basamak tedavi kuruluşlarına başvurma yerine acil servislerden faydalanma istekleri üzerine bir

gerekçe hazırlanmıştır. Katılımcılar, acil bakıma başvuracak kadar durumlarının ciddi olduğuna inanmışlardır (Afilalo vd., 2004).

Hoebel ve diğerleri sağlık kontrolüne devam etmesinin belirleyicisi olarak ihtiyaç faktörlerinin rolüne değinmektedir (Hoebel vd., 2014). Dryden ve arkadaşları makalelerinde sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre sağlık kontrollerine katılma olasılıklarının daha düşük olduğunu vurgulamışlardır (Dryden vd., 2012).

Diğer çalışmalarda düzenli doktorla iletişim kurarak hastalıkların erken teşhisi ve tedbirlerin alınmasının, sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde kolaylaştırıcı bir etkisi olduğunu göstermiştir (Brennenstuhl vd., 2010; Guessous vd., 2010; Labeit vd., 2013; Labeit vd., 2013).

Bir başka çalışmada ayakta tedavi hizmetlerinin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sağlık kontrollerinin yapılması arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Hoebel vd., 2014).

Hajek ve arkadaşları 40 yaş ve üzeri kişilerde sağlık hizmetleri kullanımı Andersen modeline dayanarak (hazırlayıcı, etkinleştirici ve ihtiyaç faktörleri) incelenmişler. Çalışmanın sonucunda sağlık hizmetlerinden faydalanmak için ihtiyaç faktörünün önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Hajek vd., 2017).

Bagod'Uva ve diğerleri 10 Avrupa ülkesi üzerinde yapılan incelemede zengin bireylerin ihtiyaca bağlı olarak daha fazla uzman hekime başvurdıkları sonucuna varmışlardır (Bagod'Uva vd., 2012). Bunun nedeni yüksek gelirli kişilerin kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde beklemek istemedikleri için uzman hekimi tercih etmelidir. Başka bir neden bazı ülkelerde örneğin Portekiz'de özel sektörün daha yüksek düzeyde kullanabilmesi için vergi avantajların uygulanmasıdır (Bagod'Uva vd., 2012).

Göçmenlerin yaşadıkları ülkelerde karşılaştığı en büyük zorluklardan biri, sağlık hizmetlerine erişimi sağlamaktır (Buja vd., 2014). Göçmenlerin menşei

lkelerdeki deneyimlerine dayanan sağlık hizmetlerine ihtiyaına ilişkin inançlar, sağlık hizmetleri kullanım biçimlerini de etkileyebilir (Graetz vd., 2017). Avrupa'daki giderek artan göçmen nüfusa karşı göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması önemli bir ilgi konusu olmuştur. Bu bağlamda Avrupa'daki göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması üzerine sistematik bir literatür taraması yapılmıştır. Bu alışma göçmenler ve g etmeyenler arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma farklılıklarının olduğunu ve Avrupa'daki çeşitli ülkeler üzerinde yapılan 39 incelemenin ampirik bulgularını sunmaktadır (Graetz vd., 2017).

Graetz ve arkadaşları aynı çalışmada Avrupa lkelerindeki göçmenlerin ve g etmeyenlerin, genel pratisyen hizmetleri kullanımında sistematik olarak farklılık göstermediği sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte göçmenlerin kaza sonucunda acil sağlık hizmetlerini kullanma ve hastaneye yatarak tedavi hizmetleri alma oranlarının g etmeyenlere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Buna karşılık, g etmeyen kişilerin tarama hizmetleri için uzman hekim ve polikliniklere başvuru oranları göçmenlerden daha fazladır (Graetz vd., 2017).

Başka bir çalışmada Norredam ve arkadaşları göçmenlerin Avrupa'daki farklı ülkelerde fiziksel sağlık hizmetlerinden faydalanmaları üzerine sistematik bir inceleme yapmışlardır. Amaç, tarama, uzman hekim, acil servis ve hastaneye yatış gibi sağlık hizmetlerinin göçmenler tarafından kullanımı ile ilgili Avrupa literatürünü gözden geçirmektedir. Bu konu üzerinde yayınlanan 21 makaleyi inceleyerek göçmenler ve yerliler arasındaki sağlık hizmetleri kullanımı arasında önemli farklılıkları tespit etmişlerdir (Norredam vd., 2010).

Genel olarak, göçmenlerin yerlilere kıyasla mamografi ve rahim ağzı kanseri taramasına katılım oranları daha düşüktür. Hasta başına pratisyen hekimle daha fazla temas kurma eğilimleri ve telefon yoluyla istışarelerin kullanım oranı daha düşüktür. Acil servislerden yararlanma ve hastaneye kaldırma oranları yerlilere kıyasla eşit veya daha yüksektir. (Norredam vd., 2010).

Labeit ve diğerleri İngiltere'de sağlık kontrolleri için tarama hizmetinden faydalanma belirleyicilerini analiz edip karşılaştırmışlardır. Bir genel pratisyeni ziyaret eden bireylerin, 6 sağlık kontrolünün 5'inde anlamlı derecede daha fazla hizmet aldıkları belirlenmiştir. Tüm sağlık kontrolleri için, yaşın doğrusal olmayan bir ilişkisi vardır. Sosyoekonomik değişkenlerin etkileri farklı sağlık muayeneleri için farklılık göstermiştir. Etnik kökenlerin herhangi bir sağlık kontrolünde önemli bir etkisi yoktur. Sürekli olan hane halkı gelirinin yalnızca görme testleri ve diş taramasında etkisi bulunmaktadır (Labeit vd., 2013).

Çalışma sonucunda sağlık kontrolü belirleyicilerini yaş, geçmişteki tarama sıklığı ve genel pratisyen ziyareti olduğunu göstermişlerdir (Labeit vd., 2013). Sağlık kontrolünü arttırmak için politika müdahalelerinde, tarama testlerinin teşvik edilmesinde ve genel pratisyenin rolünün önemli olduğunu göz önünde bulundurmak gereklidir. Diş taraması ve görme testleri için erişimi önleyen ekonomik engeller bulunmaktadır ve bunları, politika müdahaleleri ile kaldırabilmek mümkün olabilir.

Tıbbi tedavinin kalitesi, doktor ziyaretlerinin sayısı, sağlık hizmetleri kullanımı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Önemli farklılıkların belirlenmesi sadece bilim adamları için değil aynı zamanda siyasi karar vericiler için de büyük önem taşımaktadır (Gruber ve Kiesel, 2010).

Fabbri ve Monfardini İtalya'da özel ve kamu sağlık sektöründeki bireylerin sağlık hizmetleri talebini incelemişler ve Monfardini, 2003). Yapılan çalışmada Poisson ve Negatif Binomial modellerini kullanarak 2000 yılında 1002 bireyin yaşlanma ve zenginlik anketine verilen cevapları analiz etmişler. Negatif binomial bulgularına göre kamudaki hekime başvuru ile gelir arasındaki ilişkinin olmadığı ancak eğitim ile anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu bağlamda özel sektörde hizmet veren hekime başvuru ile gelir arasında anlamlı ilişki olduğunu ve eğitim ile anlamlı ilişkisinin olmadığını belirlenmiştir. Eğitim düzeyindeki artış ve özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin sağlık hizmeti kullanımını ile anlamlı ilişkilerinin olduğu çalışmada elde edilen sonuçlardır. Ayrıca yapılan çalışmada

yaş ile özel ve kamu sağlık hizmetleri talebi arasında ilişkinin olmadığını belirlenmiştir.

Kone ve arkadaşları Afrika'daki kentsel yoksullar arasında sağlık hizmetlerinin kullanımında ikamet yerinin etkisini vurgulamak için bir araştırma yapmışlardır. Kentsel yerleşimlerdeki ateşi olan hasta çocuklarda sağlık arama davranışları üzerine yapılan bu çalışma, hanehalkının ekonomik özellikleri ve annenin eğitim düzeyinin sağlık uygulamalarını güçlü bir şekilde etkilediğini göstermektedir (Kone vd., 2015).

Valluri ve arkadaşları ABD'deki kırsal bölgede yaşayan anneler ve çocukların arasındaki sağlık hizmeti talebini incelemişler. Yaptıkları çalışmada bireylerin yaşadığı bölge, sağlık sigortası ve özellikle ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımıyla ile doğrudan ilişkisi olduğunun sonucuna varmışlar (Valluri vd., 2015).

Bununla birlikte Dakar'da özellikle fakir aileler kendilerini tedavi etmesi bir inanç olarak yaygındır. Dolayısıyla Batı Afrika bölgesinde doktora başvurma oranı düşüktür. Nüfus ve Sağlık Araştırması 2010 ile 2011 yılları arasında gerçekleştirilen bu çalışmada, ateşi olan hasta çocukların ancak yarısı (%52) Dakar metropolünde sağlık hizmetlerini kullanmışlardır (Kone vd., 2015). Elde edilen bulgulara göre Dakar'da İkamet bölgesinin bazı özellikleri yoksullar arasında sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmaktadır (örneğin sağlık merkezinin yakın olması ve hizmetlerin kaliteli olması). İnsanlar yüksek bir çevresel risk (örneğin durgun su ve sivrisinek bolluğu varlığı) algıladığında, kullanım maliyeti artık önemli bir engel değildir (Kone vd, 2015).

Ghosh Hindistan'da farklı faktörlerin yatarak tedavi kullanımı üzerine etkilerini araştırmayı amaçlamıştır. Gelir, eğitim, yaş, cinsiyet ve hanehalkı büyüklüğü gibi sosyoekonomik ve demografik faktörlerin hastaneye kabulü ve hastaneye kaldırma yoğunluğunun önemli belirleyicileri olduğu bulunmuştur. Bunların yanı sıra, hastalık türü, sağlık sorununun şiddeti ve hastane türü, kalış süresinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Gosh, 2015).

Young ve arkadaşları 1946 ve 2015 yılları arasındaki yayınlanan ampirik kanıtlardan yararlanarak, Amerika birleşik devletlerinde yaşayan Koreli göçmen kadınların sağlık hizmetleri kullanımı etkileyen faktörler hakkında sistematik bir çalışma yapılmışlardır. Bu derlemede Andersen modeli teorik bir çerçeve olarak kullanılmış, kültürel ve takviye edici faktörler eklenerek genişletilmiştir. Çalışmada Koreli göçmen kadınların sağlık hizmeti kullanımını önleyen çok sayıda bireysel değişkenler tespit edilmiştir. Bireysel belirleyiciler ile sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkide karışık sonuçlar elde edilmiştir. Tüm güçlendirici değişkenler Koreli göçmen kadınların sağlık hizmetlerini olumlu bir şekilde etkilemiştir (Young vd, 2016). Bunun için Koreli göçmen kadınların kanser taraması için sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını teşvik etmek amacıyla birden fazla faktörü hedef alan müdahaleler etkili olmuştur.

Winkelmann Almanya'daki yapılan sağlık reformun etkisini sağlık hizmetleri talebi üzerinde incelemiştir. Çalışmadaki elde edilen bulguların kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmetleri kullandıklarını tespit ederek yaş ile doktor ziyaretleri arasındaki U şekli ilişkiye değinmiştir. Ayrıca bireylerin sağlık durumlarının diğer değişkenlere göre sağlık hizmetleri ile ilişkisinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmada Almanya'daki sağlık reformunun doktora gitme sayısı üzerindeki etkisinin %10 olduğunu tespit etmiştir (Winkelmann, 2004).

Liu Tayvan'daki sağlık hizmetleri kullanımını incelemiştir. Yapılan çalışmada yatakta ve ayakta tedavi hizmetleri ve koruyucu ile iyileştirici tedavi hizmetlerinin yaşlılar üzerindeki etkisini ele almıştır. Çalışmada koruyucu sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetleri arasındaki ilişkinin negatif olduğunun sonucuna varmıştır (Liu, 2014). Yaşlıların sağlığını iyileştirmek için koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi önemli sağlık politika hedeflerinden olabilir.

Şenol ve arkadaşları Türkiye'de 2005-2006 yılları arasında yaptıkları çalışmada çoklu lojistik regresyon yöntemi kullanarak bireylerin evli olması, gelir düzeylerindeki artış, sağlık kuruluşlarına mesafenin az olması ve bireylerdeki

kronik hastalıkların varlığı sağlık hizmetleri kullanımının artmasına neden olduğunun sonucuna varmışlar (Şenol vd., 2010).

Yaylalı ve arkadaşları Türkiye’de Erzurum il merkezinde 2011 yılında 700 bireyle yüz yüze görüşme şeklinde uyguladıkları anket çalışmalarında Logit modeli kullanarak yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir, ailedeki birey sayısı ve sağlık kuruluşlarının fiziki özekliklerinin iyi olması sağlık hizmetleri kullanımında doğrudan etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca sağlık personelinin nazik davranması, tedavi hakkında bireylere bilgi vermesi ve güvenilir olması yaş ilerledikçe sağlık hizmetleri talebinde daha fazla etkili olduğunu ancak eğitim düzeyi arttıkça çok etkili olmadığı çalışmada elde edilen diğer sonuçlardır (Yaylalı vd., 2012).

Türkiye’de sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerin incelenmesini hedef alan Güneş ve arkadaşları TÜİK’in 2012 yılı Sağlık Araştırması 15 yaş ve üzeri toplam 12,700 yetişkin bireyden oluşan anket verilerini kullanmışlar. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre literatürün tersine bağımsız değişkenlerden biri olan sağlık durumunu iyi olarak belirten bireylerin kötü olarak belirtenlere göre daha çok sağlık hizmeti talebinde bulundukları sonucuna varmışlar. Ayrıca çalışmada medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyinin sağlık hizmetleri kullanımı doğrudan etkileyen faktörlerdir. Kadınların erkeklere oranla sağlık hizmeti kullanımı daha fazladır. Yataklı tedavi alan düşük yaş gruplarında sağlık hizmetinin arttığı, daha sonraki yaş gruplarında sağlık hizmeti alma durumunun değişkenlik gösterdiği ve son olarak yataklı tedavi alan yaşlıların daha fazla sağlık hizmeti aldıkları görülmüştür. Çalışan bireylerin çalışmayanlara göre sağlık hizmetleri kullanma oranı daha azdır (Güneş vd.,2016).

Saraçoğlu Türkiye’deki üç büyük ilde 20 yaş ve üzeri bireylerde anket çalışması yapmıştır. Şubat-Nisan 2014 dönemine ait çalışmada Çok durumlu Logit model kullanarak kamu ve özel sağlık hizmeti veren kuruluşları ayırarak sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin tahmininde bulunmuştur. Yapılan incelemede sağlık güvencesi ve kronik hastalığı olmayan bireyler birinci

basamak sağlık hizmetlerini daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca hanehalkı birey sayısı, bireylerin sağlık durumu, gelir düzeyi, sağlık merkezlerinde geçirdikleri zaman süresi ve mesafe sağlık hizmeti talebini etkileyen en önemli faktörlerdir (Saraçoğlu, 2014).

Çelik ve Hotchkiss, çalışmalarında 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırması verisini kullanarak logistik regresyon yöntemiyle ana sağlığı hizmetleri kullanımını etkileyen ana faktörlerin eğitim düzeyi, sağlık sigortası, etnik köken, refah düzeyi ve yerleşim yeri olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Çelik ve Hotchkiss, 2000).

Çelik başka bir çalışmasında, doğum öncesi bakım hizmetlerinin sosyo-ekonomik belirleyenlerini 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerini kullanarak logit modeli ile tahmin etmiş ve yine sağlık sigortası, eğitim, refah düzeyi ve yerleşim yerinin önemli faktörler olduğu sonucuna ulaşmıştır (Çelik, 2000).

Aşağıdaki 3. numaralı tabloda literatür çalışmalardan örnekler detaylı olarak sunulmaktadır.

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
*İnsaf ve diğerleri	2010	ABD	Araştırmacı tarafından Denetlenmiş anket	Poisson regresyon analiz	Medeni durumu; sağlık sigortası; değerlendirilen ihtiyaç faktörlerinin sağlık hizmetleri kullanımı ile pozitif ilişkisi vardır.
*Surood ve Lai	2010	Kanada	Yapılandırılmış telefon anketi	Hiyerarşik regresyon analiz	Değerlendirilen sağlık durumu ve sağlık hizmetleri talebi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.
*Parslow ve diğerleri	2002	Avustralya	Toplu anket, medikal kayıtlar	Lojistik regresyon analiz	Cinsiyet; eğitim; medeni durum ve değerlendirilen ihtiyacın sağlık hizmetleri ile pozitif, gelir ile sağlık hizmeti talebinin negatif ilişkisi vardır. (birinci basamak sağlık hizmetleri)
*Hochhaus en ve diğerleri	2011	ABD	Klinikten alınan veriler	Tamamlayıcı istatistikler	Yaş ve vaka yöneticisinin sağlık hizmetleri kullanımı arasında anlamlı ilişki vardır (zihinsel sağlık hizmetleri)
*Afialo ve diğerleri	2004	Kanada	Gözlemsel çalışmadan toplanan veriler	Çoklu lojistik regresyon analiz	Yaş; tıbbi kuruluşlara güven ve algılanan ihtiyaç ve sağlık hizmetleri kullanımı arasında pozitif ilişki mevcuttur. (birinci basamak sağlık hizmetleri)

Tablo 3. (devam) Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
*Dhingra ve diğerleri	2010	ABD	Yapılandırılmış telefon anketi	Çoklu lojistik regresyon analiz	Yaş; cinsiyet; medeni durum ve değerlendirilen ihtiyaç ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkinin olumlu olduğunu ancak eğitim; gelir ve sağlık sigortasının sağlık hizmetleri talebi ile anlamlı ve negatif olduğunu bulunmuştur. (zihinsel sağlık hizmetleri)
*Nabalamb a ve Millar	2007	Kanada	2005 yılı Kanada toplu sağlık anketi	lojistik regresyon analiz	Değerlendirile-n ihtiyaç ve etnik kökenin sağlık hizmetleri kullanımıyla anlamlı ancak yaş ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinin negatif olduğunu saptanmıştır.
*Thode ve diğerleri	2005	Almanya	1998 yılı Alman ulusal sağlık muayene ve mülakat anketi	Doğrusal model	Yaş; cinsiyet; ikamet bölgesi ve değerlendirilen ihtiyaç sağlık hizmetleri kullanımıyla pozitif ancak alışılmış bakım kaynağıyla sağlık hizmetleri talebiyle negatif ilişkisi olduğu bulunmuştur. (ikinci basamak sağlık hizmetleri)
*Brown ve diğerleri	2004	ABD	Ulusal sağlık görüşme anketi	lojistik regresyon	Etnik köken; sağlık sigortası; sağlık hizmetinden elde edilen güvenilirlik kaynağı; sağlık hizmeti pazarın koşulları ve sosyo ekonomik farklılıkların ayakta bakım sağlık hizmetleri ile ilişkisi olumlu ancak toplumsal yapı ile koruyucu sağlık hizmetlerinin anlamlı ve negatif ilişkisi olduğu saptanmıştır.
*Broyles ve diğerleri	1999	ABD	Oklahoma ulusal sağlık görüşme anketi	lojistik regresyon	Yaş; cinsiyet; ikamet bölgesi; alışılmış bakım kaynağı; değerlendirilen ve algılanan ihtiyaç ve sağlık sigortasının sağlık hizmetleri kullanımıyla pozitif ancak etnik köken ve gelir değişkenleri ile sağlık hizmetleriyle talebi anlamlı ve negatif bulunmuştur.
*Ani ve diğerleri	2008	ABD	Bölgesel yüz yüze yapılan görüşme anketi	lojistik regresyon	Sağlık hizmetlerin kullanımı Yaş; medeni durum; hekimin tanısı; sağlık bilgilerinin kullanılabilirliği ve sağlık hizmetlerinin ekonomik olması ile ilişkisi pozitif ancak gelir değişkeni ile anlamlı ve negatif olarak tespit edilmiştir.
*Stockdale ve diğerleri	2007	ABD	İki dalgada alınan ulusal sağlık görüşme anketi (2000 - 2001) ve (1997-1998)	lojistik regresyon	Birinci basamak sağlık hizmetleri talebi ve sağlık sigortası arasındaki pozitif ve anlamlı ancak yaş; etnik köken ve gelir ile zihinsel sağlık hizmetleri arasındaki ilişki negatif ve anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3. (devam) Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
*Blackwell ve diğerleri	2009	Kanada	Kanada ve ABD'ye bağlı sağlık anketi (2002- 2003)	Çok durumlu lojistik regresyon analiz	Yaş ile ayakta ve yatakta bakım hizmetleri talebi; eğitim; toplumsal yapı; gelir; sigorta; alışılmış bakım kaynağı ve değerlendirilen ihtiyacın zihinsel sağlık hizmetleri ile kullanımı arasındaki ilişki anlamlı ve pozitiftir. Ama etnik köken ile doktor ve hastane hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişki anlamlı ve negatif saptanmıştır.
*Chen ve diğerleri	2008	Kanada	Göçmen ve yönetsel veri tabanı	Genelleştirilmiş doğrusal regresyon	Yaş; eğitim; medeni durum birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımıyla anlamlı ve pozitiften etnik köken ve dil değişkenleri ile ilişkisi negatif ve anlamlı bulunmuştur.
*Andersen ve diğerleri	2002	ABD	Ulusal sağlık görüşme anketi	lojistik regresyon analiz	Yaş; cinsiyet; eğitim; sigorta ve sağlık pazarının ayakta bakım tedavisiyle anlamlı ve pozitif ilişki olduğu ancak etnik köken ile anlamlı ve negatif ilişki belirlenmiştir.
Anton ve Bustillo	2010	İspanya	Ulusal sağlık anketi 2006-2007	Poisson ve Negatif Binomial regresyon	Etnik köken acil sağlık hizmeti kullanımıyla pozitif ilişki ancak uzman hekim ile görüşme olasılığı anlamsız ve negatiftir.
*Hajek ve diğerleri	2017	Almanya	Almanya yaşlanma anketi	Sabit etkiler regresyon	Ulaşım araçlarından bekleme süresi, mesafe ve algılanan ihtiyaç faktörünün kronik hastalıklara ait sağlık bakımı kullanımı arasındaki ilişkisinin olumlu olduğu sonucuna varılmıştır.
*Gruber ve Kiesel	2010	Almanya	Avrupa'daki yaşlanma ve emeklilik anketi	Hurdel Negatif Binomial regresyon	Eğitim; gelir; alışılmış bakım kaynağı ve sigortanın ayakta tedavi hizmetleri ile olumlu ve pozitif ilişkisi ancak sağlık sigortasının yatakta tedavi hizmetleriyle negatif ilişkisi bulunmuştur. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerindeki kalite ve hekim ziyaret sayısı ile sağlık hizmetleri talebi anlamlı bulunmuştur.
Fabbri ve Monfardini	2003	İtalya	2000 yılına ait yaşlanma ve zenginlik anketi	Poisson ve Negatif Binomial regresyon	Negatif binomial bulgularına göre kamudaki hekime başvuru ile gelir arasındaki ilişkinin olmadığı ancak eğitim ile anlamlı ilişkisi olduğu ancak özel sektör ile ilişki bunun tam tersidir. Eğitim ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetleri talebi arasında doğrusal ilişki vardır. Ancak yaşın ilişkisi negatiftir.

Tablo 3. (devam) Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
Riphahn ve diğerleri	2003	Almanya	Alman sosyo ekonomik paneli (GSOEP), 1984-1995 yılları arası	Negatif Binomial regresyon	Çalışma durumunun ikinci basamak sağlık hizmetleri kullanımıyla negatif ilişki ancak sağlık sigortasının pozitif ve anlamlı ilişkisi vardır.
Winkelmann	2004	Almanya	Alman sosyo ekonomik paneli (GSOEP), 1995-1999 yılları arası	Poisson ve Negatif Binomial regresyon	Cinsiyetin sağlık hizmetleri ile pozitif; yaşın sağlık hizmetleri ile U ilişkisi vardır. İhtiyaç faktöründen sağlık durumunun sağlık hizmetleri talebi ile güçlü ilişkisi vardır.
Pylypchuk ve Sarpong	2012	ABD ve Kanada	Toplu sağlık araştırma anketi, temsili veri setleri	Çok değişkenli regresyon; Linear probability model	Etnik köken; eğitim ve gelirin koruyucu sağlık hizmetleri (mamografi, papsmear) ile ilişkisi anlamlı ve pozitifdir.
Graetz ve diğerleri	2017	Avrupa	Medlline ve Embase veri tabanları (Ocak 2009-Nisan 2016)	Nicel analiz, ampirik çalışma yoktur	İnancın sağlık hizmeti kullanımıyla olumlu ilişkisi olduğunu ve göçmenlerin genel pratisyen, uzman doktor ziyaretleri ve acil servisler ve hastaneye yatarak tedavi hizmetlerinden yararlanma oranı göç etmeyenlere göre daha fazla olduğunu sonucuna varılmıştır.
Bagod'Uva ve diğerleri	2012	Avrupa	Avrupa toplumsal hane halkı paneli kullanıcı veri tabanı (1994-2001)	Hurdle model	Gelirin bazı ülkelerde birinci basamak ve ayakta bakım sağlık hizmetleriyle olumlu ilişkisi varken bazılarıyla negatif ve anlamlı bulunmuştur. Bekleme süresinin sağlık hizmeti talebiyle ilişkili olduğunun sonucuna varılmıştır.
*Valluri ve diğerleri	2015	Amerika	Amerika'nın 13 eyaletinde 1999-2003 yılları arası kırsal bölgede yapılan görüşme anketi (ABD tarım bakanlığı destekli)	İki aşamalı Negatif Binomial	Bireyin yaşadığı bölge; sağlık sigortası ve özellikle ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri talebi ile pozitif ilişkisi vardır.
*Hoebel ve diğerleri	2014	Almanya	Almanya sağlık güncelleme verileri (2009-2010)	Lojistik regresyon	Cinsiyet; duyarlı sosyal destek; ihtiyaç faktörlerinin birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkisi pozitif ve olumlu bulunmuştur.
Labeit ve diğerleri	2013	İngiltere	İngiltere hane halkı anketine katılan bireyler (1992-2008)	Dinamik Panel veri modelleri (probit)	Doktor ile iletişimin ve ihtiyaç faktörlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişkisi anlamlıdır. Sağlık kontrolünün yaş ile doğrusal olmayan bir ilişkisi vardır. Etnik köken ve sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişki negatiftir ve gelir ile dış hizmetleri arasında pozitif ilişki vardır.

Tablo 3. (devam) Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
Norredam ve diğerleri	2010	Avrupa birliği	PUBMED ve EMBASE tarafından sistematik araştırmalar-n 21 tanesi üzerinde incelemeye dayanan veriler	Nicel analiz, ampirik çalışma yoktur	Etnik köken ile birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri arasındaki ilişkinin pozitif ancak ayakta ve yatakta bakım hizmetleri ile ilişki negatif bulunmuştur.
Tedstone ve, Kartalova	2010	İrlanda	Ulusal psikolojik sağlık ve şiddet araştırma verileri (telefon anketi)	Çok değişkenli lojistik regresyo-n	Cinsiyete dayalı değişkende Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımında erkekler kadınlardan daha fazla kullanma eğilimindedirler.
Julfikar ve Noman	2013	Banglad eş	Özel ve kamu tıp merkezlerin oluşturduğu liste anketi	İkili lojistik regresyon modeli	Genel sağlık hizmetleri kullanımıyla yaş arasındaki ilişkinin negatif olduğu sonucuna varılmıştır.
Tountas ve diğerleri	2011	Yunanist an	Kesitsel ulusal hane halkı anketi (2006 yılı için)	Nicel analiz, ampirik çalışma yoktur	İkamet bölgesi ve sağlık sigortasının ikinci basamak sağlık hizmetleriyle pozitif ilişkisi olduğunu ancak gelir ile negatif ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır.
Gong ve diğerleri	2014	Çin	Kesitsel anket (ülke çapında ziyaretçilerle görüşme anketi)(2008-2011)	Çoklu lojistik regresyon	Yaş; cinsiyet; gelir; sigorta; eğitim ve ikamet bölgesinin sağlık hizmetleri kullanımıyla ilişkisinin anlamlı ve doğrusal olduğu sonucuna varılmıştır.
Yang ve diğerleri	2014	Çin	Birebir görüşme; EPI data yazılımı kullanıldı	Lojistik regresyon analiz	İkamet bölgesi ve sağlık sigortanın varlığı birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımıyla doğrudan ilişkilidir.
*Liu	2014	Tayvan	Ulusal sağlık sigortası (2005 yılı için)	Logit; Poisson, Negatif Binomial ve En küçük kareler yöntemi (OLS)	Koruyucu sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri arasındaki ilişkisi negatiftir.
*Giannakopoulos ve diğerleri	2010	Yunanist an	11-18 yaş arası ergen çocuklar ve ebeveynleri rastgele alınan örneklem	Çok durumlu lojistik regresyo-n analiz	Eğitimi düşük olanlar ve davranışsal sorunları olanlar yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanmışlar. Aile ilişkisi sağlık hizmetleri kullanımıyla doğrusal ilişkisi tespit edilmiştir.
Powell-Jackson ve diğerleri	2015	46 düşük ve orta düzeyde olan ülke	46 ülkeden gelen demografik ve sağlık araştırması verileri	Doğrusal regresyo-n modeli	Kadınların doğum öncesi sağlık hizmetleri sağlayıcısı (kamu-özel) ile sağlık hizmeti talebi arasında doğrusal ilişkinin olduğunu tespit etmişler.
*Reijneveld ve diğerleri	2014	Hollanda	Davranış kontrol listesi veri olarak kullanıldı	Çok durumlu lojistik regresyo-n	Yaş, cinsiyet ve sosyal yardımların ikinci basamak sağlık hizmetleri kullanımıyla pozitif ilişkisi vardır. Ayrıca davranışsal ve duygusal sorunların zihinsel sağlık hizmetleri kullanımıyla ilişkisi olumludur.

Tablo 3. (devam) Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Üzerindeki Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar	Yayın Yılı	Ülke	Veri Kaynağı	Metot	Bulgular
Bähler ve diğerleri	2016	İsveçre	Helsena grubu (İsveçre sigorta sağlık sigorta) veri tabanı (2014)	Poisson regresyon modeli	Yaş ve cinsiyetin yatarak tedavi hizmetleri ile ilişkisinin anlamlı ve doğrusal olduğunun sonucuna varılmıştır.
Fujita ve diğerleri	2016	Japonya	Ulusal sağlık anketi (2012-2014)	Doğrusal regresyon analiz	Gelir ile ayakta tedavi hizmetlerinin ilişkisinin pozitif doğrusal bulunmuştur.
*Ghosh	2015	Hindistan	Ulusal sağlık anketi teşkilatından alınan kesitsel veriler (2004)	Negatif binomial regresyon	Yaş; gelir; eğitim; cinsiyet; hane halkı büyüklüğü ve sağlık durumunun yatarak tedavi hizmetleriyle ilişkisi olumlu ve pozitifdir.
*Hammond ve diğerleri	2010	ABD	2003-2009 yılları arasında 3 dalgada gerçekleştirilen anket çalışmasına dayanan veriler	Çok değişkenli lojistik regresyon	Yaş, Eğitim, Medeni durumun sağlık hizmetleri kullanımıyla anlamlı ilişkisi vardır.
*Kone ve diğerleri	2015	Afrika (Senegal)	2008-2009 yılları arasında Dakar'da sıtma hastalığından dolayı bireysel ankete dayalı veriler	Ekonometri yöntem kullanılmamıştı-r (Nicel analiz)	Eğitim; gelir genel sağlık hizmetleri kullanımı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Ancak kültürel inancın ilişkisi olumsuzdur.
*Young ve diğerleri	2016	ABD	PubMed, Medline, CINAHL, Web of Science, PsycINFO ve Google Scholar (1946-2015)	Ekonometri yöntem kullanılmamıştı-r (Nicel analiz)	Kültürel davranışlar ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişki olduğunu vurgulamışlar.
Şenol ve diğerleri	2010	Türkiye	2006-2007 yılları arasındaki yüz yüze anket çalışması	Çoklu lojistik regresyon	Gelir düzeyi, mesafe ve krinik hastalıkların varlığı sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi pozitiftir.
Yaylalı ve diğerleri	2012	Türkiye	Erzurum il merkezinde 2011 yılına ait bireysel ankete dayalı veriler	Logit model	Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir, ailedeki birey sayısı ve sağlık kuruluşlarının fiziki özelliklerinin sağlık hizmetleri talebi ile olumlu ilişkisi vardır.
Güneş ve diğerleri	2016	Türkiye	TÜİK'ten elde edilen 2012 yılına ait sağlık araştırması verileri	Sayma veri modelleri	İhtiyaç faktörünü sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkisinin negatif olduğu, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, cinsiyet ile pozitiftir. Ancak çalışan bireyler çalışmayanlara göre sağlık hizmeti kullanımları daha azdır ve yaşlıların yataklı sağlık hizmeti kullanım oranları daha fazladır.

* işareti olan yazarlar, çalışmalarında Andersen'nın sağlık hizmeti kullanımı Davranışsal modelini temel alarak incelemelerini sonuçlandırmışlardır.

3. BÖLÜM

VERİ VE YÖNTEM

3.1. Veri Setleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan belirleyicileri araştırmak için yapılan bu çalışma çerçevesinde TÜİK’den elde edilen 2008, 2010, 2012 ve 2014 yılları için yapılmış olan “Sağlık Araştırması” anketleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan veri seti (Sağlık Araştırması) Türkiye genelinden toplanmış olan bir veri setidir. Türkiye genelinde bulunan tüm yerleşim yerleri örnek seçimi için kapsama dâhil edilmiştir ve son 1 yıl içinde sağlık hizmeti almış tüm fertler kapsanmıştır. Yapılan anketlerde 0-6 ve 7-14 yaş gruplarına yönelik sorular mevcuttur. Ancak çalışmada, ilgili sorulara cevap vermiş olan 15 yaş ve üzeri fertlere yer verilmiştir. Kullanılan değişkenler ve ilgili soruların detayları 4 ve 5 numaralı tablolarda gösterilmektedir. Yapılan anketlerdeki nüfus sayısına bağlı olarak kır ve kent tanımı yapılmıştır. Nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yerleri “kır”, nüfusu 20.001 ve üzeri olan yerleşim yerleri “kent” olarak tüm veri setlerinde tanımlanmıştır.

TÜİK’den alınan sağlık araştırması verilerine dayanarak 2008 yılına ait anketlerde toplam hanehalkı sayısı 7.910 olarak seçilmiştir. Toplam 20.624 birey anketlere cevap vermişler. Bu örneklem içinde 10.921’i kadın ve 9.703’ü erkektir. Ayrıca yerleşim açısından kentsel alanda 14.143 ve kırsal alanda 6.481 birey sorulara cevap vermişler.

2010 yılına ait anketlerde toplam hane halkı sayısı 7.886 olarak seçilmiştir. Toplam 20.200 birey anket deki sorulara cevap vermişler. Bu örneklem içinde 11.078 kadın ve 9.122 erkek bulunmaktadır. Ayrıca yerleşim açısından kentsel alanda 14.273 ve kırsal alanda 5.927 birey sorulara cevap vermişler.

Veri setinin kapsamı 2012 yılında genişletilerek anketlerde toplam 14.400 hanehalkı seçilmiştir. Seçilen hanehalkı sayısından 37.979 birey sorulan sorulara cevap vermişler. Burada cevap veren birey sayısı 2008 ve 2010 yılına göre artmıştır. Bu örnekleme 19.964 kadın ve 18.015 erkek birey kapsamaktadır. Diğer taraftan yerleşim açısından 27.901 birey kentsel alanda ve 10.078 birey kırsal alanda sorulara cevap vermişlerdir. 2014 yılına ait ankette toplam 26.075 birey sorulara cevap vermiştir. Bu bireylerin 13.799'u kadın ve 12.276'sı erkektir.

Yapılan çalışmada, yıllar arasında bütünlük sağlamak için, tüm veri setlerinde aynı soruların sorulmasına önem verilmiştir. Kullanılan veri setinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı hanehalkları ve bireyler takip edilmediği için veri setlerinin panel veri özelliği bulunmamaktadır.

3.2. Değişkenler

Araştırmada kullanılan 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllara ilişkin veri setleri detaylı şekilde incelenmiş ve çalışma kapsamında kullanılacak anket soruları belirlenmiştir. Araştırmada dikkate alınan sorular kullanılarak, değişkenler çalışma kapsamına uygun şekilde kukla değişkenler haline dönüştürülmüştür. Kullanılması planlanan değişkenler, bu değişkenleri oluşturmada faydalanan sorular ve oluşturulan kukla değişkenler Tablo 4 ve 5'de listelenmiştir.

Tablo 4. Bağımsız Değişkenlerin Açıklaması ve İlgili Sorular

Değişken	Değişken Açıklaması	Değişken ile İlgili Sorular
Cinsiyet	Bireyin cinsiyeti	Cinsiyet
Yaş	Bireyin dâhil olduğu yaş grupları	Bitirdiğiniz yaş nedir sorusu kullanılarak TÜİK tarafından yaş grupları değişkeni şekline getirilmiştir.
Yaşam yeri	Kır-Kent	Bireyin adres bilgisi kullanılarak TÜİK tarafından değişken haline getirilmiştir.
Sigorta	Herhangi bir sağlık sigortasına sahip olup olmadığı	Tedavi masraflarınız hangi sigorta kurumu tarafından karşılanıyor?
Eğitim düzeyi	Bireyin eğitim durumu	En son hangi okulu bitirdiniz?
Medeni durum	Bireyin medeni durumu	Medeni durumunuz nedir?

Tablo 4. (devam) Bağımsız Değişkenlerin Açıklaması ve İlgili Sorular

Değişken	Değişken Açıklaması	Değişken ile İlgili Sorular
Çalışma durumu	Anket yapıldığı dönemdeki bireyin çalışma durumu	Son bir hafta içerisinde aynı veya nakdi bir gelir elde etmek amacıyla bir saat bile olsa bir işte çalıştınız mı? Ya da geçici olarak başında bulunmadığınız işyeri veya çalışmadığınız bir işiniz var mı?
Gelir gurubu	Hanehalkının dâhil olduğu gelir gurubu	Sizin ya da diğer hanehalkı üyeleri için daha önce ifade ettiğiniz gelir türlerini düşünerek hanehalkı gelirin (hanehalkı ortalama net gelir) aylık ne kadar olduğunu tahmin edebiliyor musunuz?
Sağlık durumu	Bireyin açıkladığı sağlık durumu	Genel olarak sağlık durumunuz nedir?
Fiziksel rahatsızlık	Bireyin beyanına dayalı fiziksel rahatsızlığının olup olmaması	Son dört hafta içerisinde ne kadar bedensel ağrı ya da fiziksel rahatsızlık hissettiniz?

Tablo 5. Bağımlı Değişkenlerin Açıklaması ve İlgili Sorular

Değişken	Değişken Açıklaması	Değişken ile İlgili Sorular
Birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı	Bireyin son 12 ayda birinci basamak sağlık hizmeti kullanım durumu	Kendiniz için, pratisyen hekimden veya aile hekiminden en son ne zaman hizmet aldınız?
Birinci basamak sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Bireyin son 4 haftada birinci basamak sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Dünden itibaren önceki 4 hafta içerisinde bir pratisyen hekim ya da aile hekiminizden kaç kez hizmet aldınız?
İkinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti kullanımı	Bireyin son 12 ayda ikinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti kullanım durumu	Kendiniz için uzman hekimlerden en son ne zaman hizmet aldınız?
İkinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Bireyin son 4 haftada ikinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Dünden itibaren önceki 4 hafta içerisinde bir uzman hekimden kaç kez hizmet aldınız?
İkinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti ihtiyacı	Bireyin ikinci basamak (ayakta bakım) sağlık hizmeti ihtiyacı durumu	Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissettiğiniz halde bu hizmetten yararlanmadığınız oldu mu?
Hizmet almama nedeni (ayakta bakım)	Bireyin ayakta bakım sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu halde alamamasının temel nedeni	Ayakta bakım sağlık hizmetinden yararlanamamanızın temel nedeni nedir?
Diş sağlık hizmeti kullanımı	Bireyin son 12 ay içerisinde diş hekiminden hizmet alma durumu	En son ne zaman bir diş hekiminden hizmet aldınız?
Diş sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Bireyin son 4 hafta içerisinde diş hizmeti kullanım sıklığı	Dünden itibaren önceki 4 hafta içerisinde diş hekiminden kaç kez hizmet aldınız?
İkinci basamak (yataklı) sağlık hizmeti kullanımı	Bireyin son 12 ay içerisinde ikinci basamak (yataklı) sağlık hizmeti kullanım durumu	Son 12 ay içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti aldınız mı?
İkinci basamak (yataklı) sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Bireyin son 4 hafta içerisinde ikinci basamak (yataklı) sağlık hizmeti kullanım sıklığı	Son 4 hafta içerisinde kaç kez yataklı tedavi hizmeti aldınız?
İkinci basamak (yataklı) sağlık hizmeti ihtiyacı	Yataklı bakım sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu halde alamayan bireyler için bu durumun temel nedeni	Son bir senede doktorun yatak tedavisini önerisini almış olmanıza rağmen, alamadığının durum oldu mu?
Hizmet almama nedeni (yataklı bakım)	Bireyin yataklı bakım hizmetinden yararlanmama nedeni	Bu sağlık hizmetini alamamanızın temel nedeni nedir?

Kullanılan veri setine ilişkin bağımsız ve bağımlı değişkenlerin istatistiki özellikleri aşağıdaki tablo 6' da görülmektedir.

Tablo 6. Seçilmiş Betimleyici İstatistikler ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı (%)

Değişken adı		2008	2010	2012	2014
Cinsiyet	Kadın	47.05	58.84	52.57	52.92
Yaş	yaş 0-6	12.01	11.86	10.93	11.60
	yaş 7-14	16.94	16.62	15.20	15.04
	yaş 15-24	13.95	13.20	13.48	12.99
	yaş 25-34	16.05	14.37	14.76	14.04
	yaş 35-44	14	13.96	14.63	14.45
	yaş 45-54	11.78	12.40	12.96	12.78
	yaş 55-64	7.80	8.69	9.11	9.8
	yaş 65-74	4.59	5.52	5.57	5.74
	yaş 75+	2.88	3.38	3.37	3.56
Yaşam yeri	kent	68.58	70.66	73.46	-
Sigortalılık durumu	Sigorta	85.54	88.83	93.61	93.70
Eğitim düzeyi	Okuma yazma bilmiyor	11.68	10.10	9.67	-
	Okur yazar	20.85	21.63	18.85	-
	İlkokul	28.08	26.80	26.08	32.69
	Ortaokul	11.27	12.81	14.39	14.20
	Lise	11.91	11.29	13.00	12.89
	Üniversite	5.57	6.87	8.25	9.05
	Yüksek lisans	0.46	0.50	0.63	0.93
Medeni durum	Bekar	15.82	15.66	16.86	15.93
	Evli	49.33	49.65	50.61	50.47
	Boşanmış-Dul	5.41	6.21	6.40	6.96
Çalışma durumu	Çalışıyor	26.54	36.29	37.23	29.07
Gelir grubu	En alt gelir grubu	29.89	19.21	9.43	32.48
	Yoksul	21.38	22.00	13.10	20.28
	Orta gelir	20.36	20.46	24.89	16.05
	Zengin	16.07	18.94	22.08	16.36
	Çok zengin	11.32	18.44	29.30	14.83
Fiziksel rahatsızlık	Var	61.71	61.07	57.23	66.86
Birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı	Birinci basamak	32.38	37.95	45.82	42.80
İkinci basamak-ayakta bakım sağlık hizmeti kullanımı	Ayakta bakım	39.30	43.09	44.21	47.41
İkinci basamak-yataklı sağlık hizmeti kullanımı	Yataklı bakım	6.61	6.64	6.70	8.94
Diş hizmetleri kullanımı	Diş hizmetleri	17.48	18.80	20.37	35.04

Çalışmadaki veri setinde kullanılan bağımsız ve bağımlı değişkenlerin istatistik özellikleri tablo 6'da verilmiştir. Görüldüğü gibi veri setinde kadınların oranı 2010, 2012 ve 2014 yılları için %50'den fazladır. Buna göre kadınların oranı her gözlem yılı için erkeklerden daha fazladır.

Yaş değişkenindeki veri setinde tüm yaş guruplarının gözlem sayısı %2,88 ile %16,94 oranları arasında değişmektedir.

Yaşam yeri değişkenindeki kent ile ilgili gözlemler kırdan daha fazladır. Ancak 2014 yılına ait veriye ulaşılmamıştır.

Bireylerin sigortalılık oranları her gözlem için %85'in üzerindedir. Bu da genel olarak Türkiye'deki sağlık sisteminde kullanılan genel sağlık sigortası uygulamasını yansıtmaktadır.

Eğitim değişkenindeki veri setinde en çok gözlem sayısı 2014 yılında gerçekleşen %32,69 oranı ile eğitim düzeyi ilköğretim olan bireylere aittir. Eğitim düzeyinde yer alan okuma yazma bilmeyen ve bilenlerin 2014 yılı verilerine ulaşıl原因amamıştır.

Medeni durum değişkeninde bekâr ve evli bireylerin tüm yıllara ait gözlemler genel olarak eşit düzededir.

Tablodaki çalışma durumuna bakıldığında çalışan bireylerin gözlem sayısı oldukça düşük düzeydedir. Bunun nedeni anketlerin 15 yaş ve üzeri bireylere uygulanmasından kaynaklanmaktadır.

Gelir değişkenine ait en yüksek düzeyde olan gözlem sayısı 2012 yılında %29,30 ile çok zengin bireylerde gerçekleşmiştir. Yine bu kategoride en az gözlem sayısı 2012 yılında %9,43 ile en alt gelir gurubuna aittir.

Tüm yıllar için fiziksel rahatsızlığı olan bireylerin gözlem sayısı %50'nin üzerinde gerçekleşmiştir.

Bağımlı değişken olarak alınan birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı tüm yıllar içinde artış göstermiştir. Benzer şekilde ikinci basamak ayakta bakım sağlık hizmeti kullanımı oranı artmıştır. Ancak ikinci basamak yataklı sağlık hizmetleri kullanımı sabit kalmıştır. Sadece 2014 yılında biraz artış göstererek

%8,94 olmuştur. Dış hizmetleri kullanım oranı her geçen yıl artmıştır. 2014 yılı 2008 yılına göre %49 artarak %35,04 olarak gerçekleşmiştir

3.3. Yöntem

Regresyon analizi birçok çalışmada değişkenler arasında eşleşme ve tahmin işlemini gerçekleştirmek için kullanılır. Burada bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında matematiksel fonksiyonun elde edilmesi üzerine çalışma yapılır ve ilgili fonksiyonun parametreleri belirlenir. Parametreleri belirlenen doğrusal veya doğrusal olmayan fonksiyon bağımsız değişkenlere göre bağımlı değişkenlerin tahmininde kullanılır. Bu eşleşme işleminde, bağımlı değişkeni etkileyen diğer değişkenlerin belirlenmesi bağımlı değişken üzerinde uygulanacak politikalarda hangi değişkenlerin ön plana çıkacağını belirler.

Regresyon fonksiyonu belirlenirken eldeki örneklemin hepsinin kullanılması yerine bir kısmı kullanılarak fonksiyon parametreleri belirlenir ve kullanılmayan örnekleme regresyon analizi test edilir.

Farklı çalışmalarda değişken türü açısından bakılırsa değişkenler, nicel olabileceği gibi, nitel de olabilir. Biriktirilen para miktarı, hastaneye başvuran hasta sayısı, doktor sayısı, kullanılan ilaç miktarı nicel değişken örneğidir. Hastanın cinsiyeti, doktorun uzmanlık alanı, hastanın mali durumu (zengin, fakir) nitel değişken örneği sayılabilir.

Regresyon analizi amaçları doğrultusunda bazı nicel değişkenler nitel değişken olarak kullanılabilir.

Nitel değişken kullanılarak yokluğu veya varlığını ifade etmek için ayrık değişken özelliği kullanılarak, bu durum 0 (yokluk) ya da 1 (varlık) değerleri ile ifade edilebilir (Canavos ve Miller, 1999). Regresyon analizinde eğer nitel değişken sayısı r ile ifade ediliyorsa bunun yanında yapay değişken $r-1$ ile ifade edilebilir. Analizde hastanın cinsiyeti söz konusu ise bu durum iki şıklı

olduğundan nitel değişkenler için tek (2-1) tane yapay değişken ile belirtilir. Bu değişkenlere 0,1 değeri rastgele atanabilir (Newbold,1995).

Regresyon analizinde eğer bağımlı değişken nitel özelliği taşıyorsa buna bağlı olarak iki farklı model kullanılır. Bunlar logit model ve probit modelidir.

3.3.1. Logit Model

Sosyal olaylar sürekli (kantitatif) veya kesikli (kalitatif) olarak iki guruba ayrılabilir. Olaylar karşısında bireyler farklı tercihler yapabilir. Kişi çalışabilir veya evlenebilir. Bu durumlar kesikli olaylar için örnek olarak gösterilebilir. İki durumu bulunan kesikli olaylar kukla değişken gibi değerlendirilebilir. İstatistiki açıdan iki değer alabilen durumlarda bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki probit, logit gibi ikili tercih modelleri ile analiz edilebilir. Bu değerlendirme doğrusal olasılık çerçevesinde düşünülebilir. Doğrusal olasılık modelinde sorunları çözmek ve analiz için logit modeli tercih edilebilir. Logit modeli birikimli dağılım fonksiyonuna göre probit modelinden ayırt edilebilir. Logit modelinde bağımlı değişken ayrık değer olarak 0 ve 1 değerlerini alabilir. Logit gibi modeller sosyal bilimlerde pek çok alana uygulanabilir (Pampel, 2000:1-2). Logit model, kesikli tercih modellerinden probit modele bir alternatiftir (Griffiths vd., 1993:751).

Genelleştirilmiş doğrusal model, iki durumla ifade edilebilen modeller için kullanılabilir. Bu durumlar için bağımlı değişken Y^* aşağıdaki regresyon ilişkisi ile tanımlanır.

$$Y^* = \sum_{k=1}^K \beta_k x_k + \varepsilon \quad (3.1)$$

Verilen denklem de (3.1) Y^* gözlenemez ve ε sıfır ortalama ile simetrik bir şekilde dağılır ve $F(e)$ olarak tanımlanabilen kümülatif dağılım fonksiyonuna (KDF) sahiptir. Bu durumda Y değişkeni bir kukla değişkendir ve aşağıda verilen ifade ile tanımlanır.

$Y=1$ durumu için $Y^* > 0$ olarak tanımlanır.

Diğer durumlar için : $Y= 0$, dikkate alınarak, (3.2) nolu denklem elde edilir.

$$\begin{aligned}
 P(Y = 1) &= P \sum_{k=1}^K \beta_k x_k + \varepsilon > 0 \\
 &= P \varepsilon > - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k \\
 &= 1 - F - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k
 \end{aligned} \tag{3.2}$$

F , ε 'nın KDF'sidir ve F 'in fonksiyonel formu ε 'nın dağılımı için ifade edilen varsayımlara bağlıdır. Logit model için (3.3) nolu denklem, (3.7) denklemde üstel ifade olarak kullanılmıştır.

$$\eta = \log[\mu/(1 - \mu)] \tag{3.3}$$

Ayrıca bu model (3.4) nolu denklem gibi tanımlanır (Liao, 1994:10-12).

$$\log \frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)} = \sum_{k=1}^K \beta_k x_k \tag{3.4}$$

Bir olayın meydana gelme olasılığı aşağıdaki denklem ile ifade edilebilir.

$$P(Y = 1) = 1 - L - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k = L \sum_{k=1}^K \beta_k x_k = \frac{e^{\sum_{k=1}^K \beta_k x_k}}{1 + e^{\sum_{k=1}^K \beta_k x_k}} \tag{3.5}$$

Bu durumun tersi yani olayın gerçekleşmeme olasılığı ise aşağıdaki denklem gibidir.

$$P(Y = 0) = L - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k = \frac{e^{-\sum_{k=1}^K \beta_k x_k}}{1 + e^{-\sum_{k=1}^K \beta_k x_k}} = \frac{1}{1 + e^{\sum_{k=1}^K \beta_k x_k}} \tag{3.6}$$

Ayrık değişken olan kalitatif bağımlı değişken 0 ve 1 değerini alabilir. Bu değişken çoklu regresyon için uygundur. Bu değerlendirmede regresyon

katsayıları, bağımsız değişkendeki bir birim değişiminin incelenen olayın gerçekleşme olasılığındaki artışı gösterir (Pampel, 2000:2).

Marjinal etkilerden yola çıkarak logit modelinin katsayıları yorumlanabilir. Bunun için (3.3) nolu denklemin logaritması alındığında aşağıdaki denklem (3.7) elde edilir.

$$\frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)} = e^{\eta} = e^{\sum_{k=1}^K \beta_k x_k} = \prod^K e^{\beta_k x_k} \quad (3.7)$$

(3.7) eşitliğinin sol tarafı bir fark oranı (odds ratio) ve sağ tarafı e^{β_k} ile gösterilen x_k 'nın bu fark oranı üzerindeki marjinal etkisini verir (Selim, 2009; Liao, 1994:13; Pampel, 2000:21- 22).

3.3.2. Sayma Veri Modelleri

Belli süreç içerisinde, bir olayın denemeler sonucunda elde edilen sayısı, sayma verileri olarak belirlenir. Sayma veri modelinin ilk uygulamaları, biyostatistik, aktueryal bilimler ve demografi alanlarında yapılmıştır. Son yıllarda bu Sayma Veri Modelleri (SVM) iktisat, sosyoloji ve toplumsal olayları incelerken sıkça kullanılan yöntemlerdendir. İstatistik açıdan SVM farklı bir regresyon yöntemi olarak kabul edilir. Ekonomik verilerin analizi açısından mikroekonomide sıkça kullanılan yöntemlerdendir. Sayma veriler tam sayı değerleriyle temsil edilir ve ekonometri çalışmalarda da çok kullanılan bir veri türüdür. Örneğin sağlık alanında, hastanın doktora gitme sayısı veya genel sağlık durumu değişkeni ayrık ve negatif olmayan değerler olduğundan, bu değişken üzerinde modelleme yapmak için sayma veri modelleri kullanılabilir.

İstatistiki çözümleme açısından, eldeki veriler sürekli olursa, doğrusal regresyon yöntemlerinin kullanımı uygun olur. Ancak veriler ve değişkenler doğrusal olmadığında, ayrık ve kesik değerler olduğunda, başka yöntemlerin kullanılması gerekir. Bu modellemede kullanılan veriler sayma verileri olarak adlandırılır. Sayma veriler, sadece negatif olmayan tam sayı değerlerinden oluşmaktadır. Sayma veri modellemede, bağımlı değişken ayrık ve pozitif tam

sayılardan oluştuğundan, geleneksel yöntemler kesin sonuç üretemeyebilir. Bu gibi durumlarda, doğru sonuç elde etmek için sayma veri modellerinin uygulanması tavsiye edilir (Cameron ve Trivedi, 1998; 2005). Sayma verileri örneğin sağlık hizmetleri alanında olan talebi ifade etmek için kullanılmıştır (Örneğin, bkz., Riphahn vd., 2003); (Munkin ve Trivedi, 1999); (Cameron ve Trivedi, 1986); (Cameron vd., 1988); (Contoyannis vd., 2004); (Pohlmeier ve Ulrich, 1995); (Deb ve Trivedi, 1997); (Gurmu 1997); (Deb ve Holmes, 2000). Sayma verisi çalışmalarında parametre tahmininde En Küçük Kareler yöntemi kullanıldığında, tutarsız ve doğru olmayan sonuçlar elde edilebilir. Bu sorunu gidermek için çeşitli sayma veri modelleri önerilmiştir. (Long, 1997: 217). Bu çözüm yöntemlerinden birisi Poisson regresyon modelidir.

3.3.2.1. Poisson Regresyon

Sayma veri modellerinin incelemesinde ilk aşama Poisson regresyon yönteminin gözden geçirilmesidir. Bu modelde, (i) durumu veya bireyi için deneme veya olay sayısı (y_i) , koşullu, λ ortalama değeri ve karakteristik özelliklerine (x_i) bağlı olarak Poisson regresyonu için bir dağılımı ifade ederse, bu ifadeler denklem (3.8) 'de olduğu gibi ifade edilebilir. (Bu çalışmada (y_i) doktor ve hasta ziyareti şeklinde sınıflandırılmaktadır).

$$\lambda_i = E(y_i | x_i) = e^{x_i\beta} \quad (3.8)$$

Denklemden görüldüğü gibi fonksiyonda ifade edilen durum koşullu olasılık fonksiyonu şeklindedir (Greene, 2007; Wooldridge, 2002; Cameron ve Trivedi, 1998). y , rassal değişkeni belirli bir zaman içinde bir olayın gerçekleşme sayısını gösterirse bu rassal değişken Poisson dağılımına sahip olduğunda bir dağılım olarak gösterilir. Bu ifade rassal değişken y 'nin j değerine eşit olma olasılığını verir. Zaman birimi başına olayların tekrarlanma oranı λ_i 'dir. Poisson dağılımın şartlı beklenen değeri ise $E(y_i)=x_i$ 'dir.

Poisson dağılımının standart sapması da aynı şekilde λ_i 'dir. λ_i 'in bağımsız değişkenlere bağlı olarak tanımlanması durumunda Poisson regresyon modeli elde edilir. λ_i genellikle $\lambda_i = e^{x_i\beta}$ şeklinde tanımlanır. Burada x bağımsız değişken vektörü ve β ise tahmin edilecek parametre vektörünü göstermektedir. λ_i 'nin bu biçimde tanımlanması β üzerinde işaret kısıtlaması getirmeyi önlemektedir.

$$P_r[y_i | x_i] = \frac{e^{-\lambda_i} \lambda_i^{y_i}}{y_i!}, \quad y = 0, 1, 2, \dots \quad (3.9)$$

$$[y] = \lambda \text{ ve } V[y] = \lambda \quad (3.10)$$

Poisson dağılımının en temel özelliği eş dağılım olmasıdır. Bu özellik (3.9) nolu denklemde gösterilmiştir. Ayrıca aynı denklem Poisson dağılımı altındaki sayma veri bağımlı değişkeninin ortalama ve varyansın eşit olduğunu da göstermektedir (Cameron ve Trivedi, 1998; Winkelmann, 2008).

Poisson regresyonda parametrelerin tahmini için maksimum olabilirlik yöntemini kullanmak daha etkin olacaktır. Maksimize edilecek olabilirlik fonksiyonunun logaritması (*log-likelihood function*) (3.11) numaralı denklemde verilmiştir.

$$\ln L = \sum_{i=1}^n [-\lambda_i + y_i x_i' \beta - \ln y_i!] \quad (3.11)$$

Poisson dağılımının (3.10) numaralı denklemde verildiği gibi “eş dağılım” (equidispersion) davranışında olmasıdır. Denkleme göre, Poisson dağılımında bulunan sayma veri bağımlı değişkeni için varyans ve ortalama değerleri aynıdır ki bu özellikten dolayı Poisson regresyon eleştirilmiştir (Cameron ve Trivedi, 1998; Winkelmann, 2008). Burada getirilen eleştirinin temel nedeni, dağılımda bir parametrenin bulunması ve y 'nin tüm momentlerinin λ parametresine bağlı olmasıdır (Cameron ve Trivedi 2005). Aynı yaklaşım için ortalama, varyans ve normal dağılım için farklı parametreler etkili olur. Ortalamanın varyanstan küçük olduğu durumlar için Poisson modeli doğru tahmin üretmeyebilir. Bu eksikliği gidermek için “Negatif Binom” (Negative Binomial-NB) modelinin kullanımı önerilmiştir. Bu yaklaşıma göre, Poisson dağılımının ortalamasına bir hata

terimi, ε ilave edilerek, (3.12) numaralı denklem elde edilir. Yeni denklem, panel veri setlerine uygulanmasına olanak sağlar (Hausman, Hall ve Griliches, 1984).

$$\ln \mu_i = x_i' \beta + \varepsilon_i = \ln \lambda_i + \ln v_i \quad (3.12)$$

Negatif Binom Regresyon Modeli kullanılırken, sıfırların olduğundan daha az tahmin edilmesine neden olmaktadır. SVM gözlemdeki sıfır sayımların sayısı, tahminden sonraki sıfırların sayısından fazla ise, Sıfır Ağırlıklı Poisson Regresyon (Zero-Inflated Poisson Regression) ve Sıfır Ağırlıklı Negatif Binomial Regresyon (Zero-Inflated Negatif Binomial Regression) modellerinin uygulanması tavsiye edilir. Bu modellerin uygulanması için, sıfırların ve negatif olmayan sayıların farklı süreçler yoluyla oluştuğunu varsaymaktadır. Bu iki modelin genel ifadesi (3.13) numaralı denklemde verilmiştir. (Long, 1997: 244).

$$E(y_i | x_i, z_i) = [0 \times \psi_i] + [\mu_i \times (1 - \psi_i)] = \mu_i - \mu_i \psi_i \quad (3.13)$$

Burada ψ tahminlenecek olan bilinmeyen bir parametre olmak üzere; bir gözlem ψ olasılıkla grup birde ve $1 - \psi$ olasılıkla grup ikidedir.

3.3.2.1.1. Poisson Regresyon Modeli İçin Katsayı Kestirimi

Poisson regresyon tabanlı modellemede bağımlı değişken y_i 'nin dağılımına göre, $\hat{\beta}$ kestiricilerini elde edilmesi değişik yöntemlerle yapılabilir. En çok olabilirlik kestirim yöntemi, karesel ve negatif binom ile doğrusal varyans fonksiyonları, genelleştirilmiş doğrusal modeller ve yapay en çok olabilirlik, bu yöntemlerden sık kullanılan ve bilinen yöntemlerdir. Poisson regresyon yönteminin önemli bir özelliği standart sapma üzerine uyguladığı kısıtlamadır. Modelde ortalama ve standart sapma aynı değerdedir. Bu özellik dikkate alınmazsa, model yanlış tanımlanabilir. Varyansın farklı olduğu durumlar için negatif binomial modeli geliştirilmiştir. Bununla birlikte y 'nin (rastsal değişken) dağılımı hatalı belirlenmiş (misspecified) olsa bile Quasi Maksimum olabilirlik tahmin edicilerini kullanmak mümkündür. Quasi Maksimum olabilirlik tahmin

edicileri varsayılan dağılım yanlış olsa bile elde edilen tahminlerin istatistiki olarak değerlendirilmesini sağlar (Cameron ve Trivedi, 2005).

3.3.2.2. Negatif Binomial Modeli

Negatif binom modeli, sürekli bir karma modelinin spesifik örneği olarak, farklı yollardan elde edilebilir. Bu karma model aşağıda detaylı açıklanmıştır. Bu modelde (Cameron ve Trivedi, 2005: 675):

Rastgele y sayımının dağılımı λ parametresine bağlı olarak Poisson olarak kabul edilirse $f(y|\lambda) = \frac{\exp(-\lambda)\lambda^y}{y!}$, X değişkeni tamamen deterministik bir fonksiyonu olmaktan ziyade, λ parametresinin rastgele olduğu varsayılırsa, özellikle $\lambda = \mu v$, formülünde μ , x 'in deterministik bir fonksiyonu olursa, örneğin $\exp(x_i'\beta)$ de ve $v > 0$ iken ve iid, $g(v|\alpha)$ yoğunluğu ile tanımlanmaktadır. Bu gözlenmemiş heterojenite örneğidir, çünkü farklı gözlemler farklı λ (heterojenite) sahip olduğunu gösterebilir, ancak bu farkın bir kısmı rastgele (gözlemlenmemiş) bir v bileşeninden kaynaklanmaktadır. Dikkat edilirse $E[y|\lambda] = \lambda$, fonksiyonunda eğer $E[v] = 1$, olursa eğim parametrelerinin yorumu Poisson modelinde olduğu gibi açıklanabilir.

y 'nin marjinal yoğunluğu, rastgele koşulsuz v parametre üzerinde, ancak deterministik parametreler μ ve α 'ya bağlı olarak, v 'yin integrali ile hesaplanır.

$$h(y|\mu, \alpha) = \int f(y|\mu, v)g(v|\alpha)dv, \quad (3.14)$$

Burada, $g(v|\alpha)$ 'ya karma dağılımı denir ve α , karma dağılımının bilinmeyen parametresini belirtir. Entegrasyon (bütünleşme), "ortalama" bir dağılımı tanımlar. $f(.)$ ve $g(.)$ 'in bazı spesifik seçimleri için, tanımlanan integral matematiksel yöntemlerle çözülebilir (Cameron ve Trivedi, 2005: 675).

Eğer $f(y|\mu)$ Poisson yoğunluğu ise ve $g(v) = v^{\delta-1}e^{-v\delta}\delta/\Gamma(\delta)$, v ve $\alpha > 0$ ise; gamma yoğunluk $E[v] = 1$ ve $V[v] = 1/\delta$, Negatif binomu aşağıdaki gibi bir karma yoğunluğu olarak elde edilir (Cameron ve Trivedi, 2005: 675):

$$\begin{aligned}
 \mu [y|\mu, \delta] &= \int_0^{\infty} \frac{e^{-\mu v}(\mu v)^y}{y!} \frac{v^{\delta-1}e^{-v\delta}\delta}{\Gamma(\delta)} dv \\
 &= \int_0^{\infty} \frac{e^{-(\mu+\delta)v}\mu^y}{y!} \frac{v^{y+\delta-1}\delta}{\Gamma(\delta)} dv \\
 &= \frac{\mu^y \delta^\delta}{\Gamma(\delta)y!} \int_0^{\infty} e^{-(\mu+\delta)v} v^{y+\delta-1} dv \\
 &= \frac{\mu^y \delta^\delta \Gamma(y+\delta)}{\Gamma(\delta)y!(\mu+\delta)^{y+\delta}} \\
 &= \frac{\Gamma(\alpha^{-1}+y)}{\Gamma(\alpha^{-1})\Gamma(y+1)} \left(\frac{\alpha^{-1}}{\alpha^{-1}+\mu}\right)^{\alpha^{-1}} \left(\frac{\mu}{\mu+\alpha^{-1}}\right)^y,
 \end{aligned} \tag{3.15}$$

Yukarıda verilen denklemin çözümünde $\alpha = 1/\delta$, $\Gamma(\cdot)$, bir tamsayı argüman için faktöriyel olarak uzmanlaşan gama integralini göstermektedir ve dördüncü satır bazı cebirsel ve gama fonksiyonunun tanımının kullanımından sonra gelmektedir (Cameron ve Trivedi, 2005:676). Negatif Binomyal'ın özel durumları arasında Poisson ($\alpha = 0$), yeniden ölçümün δ 'dan α 'ya getirilmesinin avantajını (geometrik olarak: $\alpha = 1$) içerir.

Pek çok karma dağılımında olduğu gibi, negatif binom da bağımsız gerekçelere sahiptir (Cameron ve Trivedi, 1998). Birçok farklı yolla ortaya çıkabilir ve her zaman bir karma dağılımı olarak düşünülmemelidir. Olumsuz binomun Poisson gamma karışımı olarak cebirsel çıkarımına Bayes bir yorum yapılabilir. Geriden gelen dağılımın deterministik çözümü olan bir form olması beklenmektedir. Bu nedenle, MLE ve Bayesian geriden gelen ortalaması, α üzerinde önceden belirsiz olan varsayımı altında çakışacaktır. Olumsuz binom dağılımının ilk iki ifadesi şöyledir (Cameron ve Trivedi, 2005, s.676):

$$\begin{aligned} E[y|\mu, \alpha] &= \mu, \\ V[y|\mu, \alpha] &= \mu(1 + \alpha\mu) \end{aligned} \tag{3.16}$$

Dolayısıyla varyans ortalamayı aşmaktadır, ($\alpha > 0$ ve $\mu > 0$ olduğundan). Aslında, $y|\lambda$ Poisson ve gözlemlenmeyen heterojenlik çarpım şeklinin $\lambda = \mu v$ olması durumunda, aşırı dağılımın her zaman ortaya çıktığı kolayca gösterilebilir. Burada $E[v] = 1$ olur.

Regresyon uygulamalarında negatif binomiyalin iki standart değişkeni kullanılır. Her iki biçim de açıkça belirlenmiştir: $\mu_i = \exp(x_i'\beta)$. En yaygın biçim α 'nın bir parametre olmasını sağlar. Bu durumda, koşullu varyans fonksiyonu, (3.16) 'dan yararlanarak, $\mu + \alpha\mu^2$, ortalaması olarak ikinci derecedir (Cameron ve Trivedi, 2005:676).

Negatif binom modelinin diğer biçimi doğrusal bir varyans fonksiyonuna sahip olmasıdır, $V[y|\mu, \alpha] = (1 + \gamma)\mu$, (3.15) denkleminde α yerine μ/γ , yazılması ile elde edilir (Cameron ve Trivedi, 2005:676). ML ile tahmin daha anlaşılabilir. Bazen bu tür negatif binomiyal 2 (NB2) modeli olarak adlandırılan kuadratik (ikinci dereceden) bir varyans fonksiyonuna sahip türün aksine negatif binom 1 (NB1) olarak adlandırılır (Cameron ve Trivedi, 1998) ve log-likelihood, (3.15) denklemden den kolayca elde edilir. Modelin her iki türü de ML tarafından kolayca tahmin edilebilir (Cameron ve Trivedi 1998). Her iki ifade de, katsayıların $E[y|x] \exp(x'\beta)$ denkleminde aynı yorumlanır.

NB2 modelinin uygulanan çalışmalarda çok yararlı olduğu görünmüştür. Birçok sayma verilerine iyi uyum sağlamak için gerekli olan esnekliğe sahiptir. Kısım de olsa, ikinci dereceden varyans belirtimi birçok ampirik durumda iyi bir yaklaşımdır. NB2'nin sıklıkla iyi bir uyum sağladığı gerçeğinin istenmeyen sonucu Poisson varsayımı başarısız olursa, diğer olasılıkları göz ardı ederek negatif binom alternatifine dönüşme eğilimi gösterir. Böyle bir mekanik yaklaşımdan kaçınılmalıdır, çünkü Poisson'ın zayıf performansı şartlı ortalama

fonksiyonun zayıf bir spesifikasyonundan da olabilir ve negatif binomial modelin aynı koşullu ortalamayı koruduğu bir gerçektir (Cameron ve Trivedi, 2005:677).

Dağılımın yetersiz özelliklerine göre Negatif binom modeli, Poisson'dan daha az dayanıklıdır. Üstelik Koşullu ortalama doğru olarak belirtilirse negatif binomiyal modellerde MLE, NB2 modelinin özel durumu hariç tutarsızdır, oysa β için MLE (α değil) hala tutarlıdır. Sayımlar için karma modellerinde, Poisson süreci sayımlar için doğal bir model olduğuna göre, (3.15) 'deki başlangıç yoğunluğu $f(y|\mu, v)$ için doğal bir seçimdir. (3.11) 'deki karma dağılımı $g(v)$ için gama seçimi daha keyfi olur. Diğer olası seçenekler, log normal dağılımı ve ters Gauss dağılımıdır (Willmot, 1987; Guo ve Trivedi, 2002). Bu durumlarda marjinal dağılım, kapalı çözüm biçimde ifade edilemez; zira Poisson'a eşlenik olan gama olur. Tabii ki, bu sonuçta ortaya çıkan modelin maksimum ihtimalle tahmin edilemeyeceği anlamına gelmemektedir. Bu, modeli tahmin etmek için birinin sayısal kareli veya simüle edilmiş maksimum olasılığı kullanması gerektiği anlamına gelir. Bu yöntemler şu anda mevcut bilgisayar kapasitesi ile tamamen uygulanabilir.

3.3.2.3. Sıfırla Şişirilmiş Poisson Regresyon Modeli (Zero-Inflated Poisson Regression Model)

Sayma veri modelindeki ikinci modifiye edilmiş model, sıfırla şişirilmiş regresyon modelidir. Bu model $f_1(.)$ ile $f_2(.)$ 'yi ikili bir işlemle sayma yoğunluğunu destekliyor. Eğer İkili işlem, $f_1(.)$ olasılık ile 0 değerini alırsa, $y = 0$ olur. Eğer ikili işlem $f_1(.)$ olasılık ile 1 değerini alırsa, $y; 0,1,2,...$ değerlerini $f_2(.)$ sayım yoğunluğundan alır. Bu sıfır sayısını iki şekilde sayılmasını sağlar: ikili rastgele değişken 1 değerini alırken, binary (ikili) işlemi ve sayma işleminin gerçekleşmesini tanımlar. Bunun için yoğunluk (3.17) formül olarak belirlenir (Cameron ve Trivedi, 2005: 681):

$$g(y) = \begin{cases} f_1(0) + (1 - f_1(0))f_2(0) \\ (1 - f_1(0))f_2(y) \end{cases} \quad \begin{matrix} \text{eğer } y=0, \\ \text{eğer } y \geq 1. \end{matrix} \quad (3.17)$$

Regresyon modelleri, $f_1(\cdot)$ 'i bir logit model ve $f_2(\cdot)$ 'i bir Poisson veya Negatif Binom yoğunluğun olabilmesine imkan verir. Bu model, Hurdle modelinden daha az kullanılır ve çok az sıfırı modelleme yeteneğine sahiptir.

3.3.2.4. Ayırık Seçim Modeli (Discrete Choice Model)

Sayma veriler, ayırık seçim modeli yöntemleriyle, muhtemelen kategorilerin sayısını sınırlamak için bazı gruplamalar yapıldıktan sonra modellenenebilir. Örneğin, gözlem sayısı dörtten az olan kategoriler: 0, 1, 2, 3 ve 4 gibi veya daha fazla olabilir.

Ayrık seçim modeli düzenli bir model olarak tanımlanmaktadır. $y^* = x'\beta + u$ denklemi $y = 0, 1, 2, \dots$ değerleri ile gözlemlenmeyen gizli değişkeni tanımlar ve y^* olarak gözlemlenmesi, tahmin edilecek parametreleri kademeli olarak yüksek eşikleri aşar (Cameron ve Trivedi, 2005: 682). Düzenlenmiş veya seri bir logit (veya probit) modeli, u lojistik (veya standart normal) dağıtıldığında ortaya çıkar.

Daha ihtiyatlı olmasa da, bir olası ardışık model, $p_r[y = 1|y \geq 0]$, $p_r[y = 2|y \geq 1]$ için ikili model dizisi belirterek elde edilir (Cameron ve Trivedi, 2005: 682).

Son olarak, bazı durumlarda sayımların yanı sıra süreler veya zaman da olabilir. Örneğin, doktor ziyaretlerinin tarihleri biliniyorsa, bir aydaki ziyaret sayısını veya ziyaretler arasındaki sürede modellenenebilir. Genel olarak, bu yaklaşım daha ayrıntılıdır, çünkü daha detaylı veriler kullanılmaktadır ancak sayım gerilemesi, kovaryantların rolü hakkında yararlı bilgiler sağlayabiliyor (Dean ve Balshaw, 1997).

Tahmin edilecek modelin varyansının ortalamasını aşmasına sebep olacak en tipik iki durum; gözlemlenemeyen heterojenlik ve fazla sıfır durumlarıdır (Cameron ve Trivedi, 1998; Winkelmann, 2008). Analizde kullanılan verinin yapısı incelendiğinde tüm yıllar ve sağlık hizmetleri açısından standart hataların ortalama değerlerden büyük olduğu gözlenmektedir. Analizde kullanılacak bağımlı değişkenlere ilişkin istatistiki veriler Tablo 7'den izlenebilir.

Tablo 7. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Özet İstatistikler

Yıllar	2008			2010			2012			2014	
Sağlık hizmeti türü	Birinci basamak	Ayakta bakım	Yataklı bakım	Birinci basamak	Ayakta bakım	Yataklı bakım	Birinci basamak	Ayakta bakım	Yataklı bakım	Birinci basamak	Ayakta bakım
Gözlem sayısı	20,492	20,498	20,592	7,355	8,429	1,305	16,699	16,241	27,978	11,159	12,362
Ort.	0.265	0.323	0.145	0.63	0.667	1.793	0.568	0.615	0.218	0.996	6.152
Std. Sapma	0.955	1.05	0.931	1.39	1.48	2.96	1.017	1.259	1.762	1.833	11.938
Min.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Max	25	30	20	30	30	20	20	20	90	25	300

Tablo 7'de 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarına ait her hizmet türünün standart sapmaları ortalamadan büyük olduğu görülmektedir. Yılların artmasıyla birlikte ulaşılan anket sayısının artmasına rağmen, en yüksek olan sağlık hizmetleri kullanım düzeyi 2008 yılında gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetleri kullanımının ciddi farklılık olduğunu açık bir şekilde tablodan izlenebilir. 2010 yılında sağlık hizmetleri kullanımı diğer yıllara oranla düşüktür. 2010 yılı sağlık hizmeti kullanım düzeyinin düşük olmasının nedeni muayene başına alınan farkın maksimum düzeye çıkması olabilir.

4. BÖLÜM

VERİ ANALİZİ VE BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde amaç, tüm yıllar için sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığının arkasında yatan temel nedenleri istatistiksel yöntemler ile tespit edebilmektir. Bu amaçla, öncelikle Logit modeli ve daha sonra yapılan çeşitli testler sonucunda Negative Binomial modelleri kullanılmış, sonrasında ise bireysel etkileri araştırabilmek ve yorumlayabilmek için marjinal etkiler hesaplanmıştır.

4.1. Logit Modeline Ait Bulgular

Andersen modelindeki eğilim veya hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerine dayanarak yapılan analizde eğilim faktörleri içinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu değişkenleri; kolaylaştırıcı faktörler içinde bireyin yaşadığı yer (kır veya kent), sağlık sigortası ve gelir düzeyi kullanılmıştır. İhtiyaç faktöründe yer alan algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç gurubu, sağlık durumu ve rahatsızlık olarak iki farklı kategoride değerlendirilmiştir. Buna göre rahatsızlık değişkeni, bireyin sorulan soru karşılığında verilen cevabına dayanarak 6 aydan uzun süren sağlık konusunda rahatsızlığının olup olmadığına ilişkin bir kukla değişken olarak tercih edilmiştir. Buna ilave olarak sağlık durumu değişkeni de bireyin sağlık durumunun (kötü, orta, iyi ve çok iyi) nasıl olduğuna ilişkin bir kukla değişken olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca sağlık durumu değişkeninde “çok kötü” kategorisi referans alınmıştır. Logit modelde kullanılan bağımlı değişkenler birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri, yatakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetleri olarak kullanılmıştır. Bu bağlamda 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllardan elde edilen sonuçlar 8, 9, 10 ve 11 numaralı tablolarda sunulmaktadır.

Tablo 8. Logit Modeline İlişkin 2008 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar	(6) Marjinal etkiler	(7) Diş.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Kadın	0.449*** (0.0423)	0.0736*** (0.00706)	0.401*** (0.0429)	0.0623*** (0.00658)	-0.0159 (0.0731)	0.0623*** (0.00658)	0.202*** (0.0477)	0.0259*** (0.00639)
Yaş 25_34	-0.0296 (0.0708)	-0.00480 (0.0115)	0.212*** (0.0701)	0.0324*** (0.0107)	0.0567 (0.137)	0.0324*** (0.0107)	0.322*** (0.0772)	0.0431*** (0.0111)
Yaş 35_44	0.00558 (0.0781)	0.000904 (0.0127)	0.147* (0.0783)	0.0226* (0.0120)	-0.508*** (0.148)	0.0226* (0.0120)	0.359*** (0.0858)	0.0486*** (0.0125)
Yaş 45_54	0.184** (0.0815)	0.0300** (0.0134)	0.232*** (0.0823)	0.0355*** (0.0125)	-0.520*** (0.150)	0.0355*** (0.0125)	0.171* (0.0907)	0.0226* (0.0124)
Yaş 55_64	0.332*** (0.0892)	0.0547*** (0.0148)	0.421*** (0.0913)	0.0644*** (0.0137)	-0.271* (0.155)	0.0644*** (0.0137)	0.0464 (0.101)	0.00601 (0.0132)
Yaş 65_74	0.659*** (0.105)	0.109*** (0.0172)	0.769*** (0.110)	0.116*** (0.0157)	0.0635 (0.166)	0.116*** (0.0157)	-0.150 (0.121)	-0.0186 (0.0145)
Yaş 75	0.444*** (0.124)	0.0730*** (0.0204)	0.531*** (0.131)	0.0803*** (0.0192)	0.0410 (0.187)	0.0803*** (0.0192)	-0.652*** (0.163)	0.0712*** (0.0144)
Okur yazar	0.0278 (0.0794)	0.00451 (0.0129)	-0.138* (0.0801)	-0.0213* (0.0123)	-0.313** (0.126)	-0.0213* (0.0123)	0.0130 (0.0995)	0.00168 (0.0129)
İlk okul	0.345*** (0.0633)	0.0564*** (0.0105)	0.296*** (0.0657)	0.0456*** (0.0100)	0.144 (0.0920)	0.0456*** (0.0100)	0.242*** (0.0745)	0.0314*** (0.0102)
Orta okul	0.585*** (0.0802)	0.0945*** (0.0130)	0.560*** (0.0823)	0.0835*** (0.0120)	0.0632 (0.135)	0.0835*** (0.0120)	0.442*** (0.0922)	0.0607*** (0.0138)
Lise	0.551*** (0.0789)	0.0891*** (0.0128)	0.604*** (0.0811)	0.0907*** (0.0119)	0.236* (0.126)	0.0907*** (0.0119)	0.604*** (0.0893)	0.0848*** (0.0140)
Üniversite	0.887*** (0.0953)	0.144*** (0.0151)	0.745*** (0.0979)	0.112*** (0.0141)	0.283* (0.159)	0.112*** (0.0141)	0.782*** (0.103)	0.115*** (0.0172)
Yüksek lisans ve Doktora	0.568** (0.241)	0.0931** (0.0394)	0.979*** (0.245)	0.143*** (0.0332)	-0.161 (0.534)	0.143*** (0.0332)	0.793*** (0.235)	0.119*** (0.0396)
Evli	0.521*** (0.0645)	0.0849*** (0.0109)	0.584*** (0.0636)	0.0927*** (0.0101)	1.451*** (0.148)	0.0927*** (0.0101)	0.154** (0.0694)	0.0195** (0.00913)
Boşanmış-dul	0.567*** (0.0985)	0.0936*** (0.0162)	0.629*** (0.103)	0.0952*** (0.0150)	1.279*** (0.183)	0.0952*** (0.0150)	0.129 (0.110)	0.0170 (0.0149)
Çalışıyor	-0.204*** (0.0450)	0.0332*** (0.00721)	-0.275*** (0.0459)	0.0423*** (0.00707)	-0.404*** (0.0810)	0.0423*** (0.00707)	0.00457 (0.0500)	0.000586 (0.00643)
Kent	-0.122*** (0.0414)	0.0199*** (0.00669)	0.242*** (0.0425)	0.0371*** (0.00650)	0.0391 (0.0682)	0.0371*** (0.00650)	0.0500 (0.0473)	0.00639 (0.00612)
Sigorta	0.585*** (0.0547)	0.0925*** (0.00900)	0.822*** (0.0549)	0.127*** (0.00851)	0.565*** (0.105)	0.127*** (0.00851)	0.246*** (0.0623)	0.0302*** (0.00813)
Yoksul	-0.144*** (0.0517)	0.0233*** (0.00826)	-0.00697 (0.0532)	-0.00107 (0.00815)	-0.341*** (0.0850)	-0.00107 (0.00815)	-0.0451 (0.0599)	-0.00576 (0.00756)
Orta gelir	-0.130** (0.0533)	-0.0210** (0.00854)	0.101* (0.0546)	0.0155* (0.00833)	-0.205** (0.0875)	0.0155* (0.00833)	0.0516 (0.0605)	0.00667 (0.00792)
Zengin	-0.152*** (0.0585)	0.0244*** (0.00934)	0.119** (0.0597)	0.0182** (0.00910)	-0.151 (0.0964)	0.0182** (0.00910)	0.0631 (0.0655)	0.00818 (0.00863)
Çok zengin	-0.422*** (0.0701)	0.0669*** (0.0107)	0.293*** (0.0706)	0.0448*** (0.0107)	-0.265** (0.121)	0.0448*** (0.0107)	0.271*** (0.0747)	0.0366*** (0.0107)
Kötü	3.638*** (0.123)	0.494*** (0.0112)	4.019*** (0.121)	0.498*** (0.00986)	2.261*** (0.194)	0.498*** (0.00986)	3.355*** (0.171)	0.481*** (0.0162)
Orta	3.381*** (0.115)	0.473*** (0.0132)	3.576*** (0.107)	0.489*** (0.0116)	1.605*** (0.191)	0.489*** (0.0116)	3.230*** (0.164)	0.421*** (0.0180)
İyi	2.981*** (0.114)	0.351*** (0.0155)	2.983*** (0.106)	0.358*** (0.0148)	1.083*** (0.192)	0.358*** (0.0148)	3.049*** (0.163)	0.330*** (0.0198)
Çok iyi	2.599*** (0.127)	0.348*** (0.0124)	2.440*** (0.119)	0.298*** (0.0116)	0.588** (0.242)	0.298*** (0.0116)	2.832*** (0.174)	0.417*** (0.0194)
Rahatsızlık	0.317*** (0.0397)	0.0521*** (0.00660)	0.550*** (0.0407)	0.0860*** (0.00620)	0.320*** (0.0693)	0.0860*** (0.00620)	0.169*** (0.0443)	0.0217*** (0.00593)
Sabit	-4.831*** (0.122)		-5.325*** (0.117)		-5.264*** (0.191)		-5.349*** (0.169)	
Gözlem sayısı	20,283	20,283	20,461	20,461	20,609	20,461	20,508	20,508

Parantez içindeki değerler standart hatalardır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(1) Birinci basamak sağlık hizmetleri

(3) Ayakta tedavi sağlık hizmetleri

(5) Yatakta tedavi sağlık hizmetleri

(7) Diş hizmetleri

Genel olarak tablo 8 'de değişkenlerin işaretleri beklendiği gibi olmuştur. İhtiyaç kategorisindeki yer alan sağlık durumuna ilişkin tüm değişkenler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm bağımsız değişkenler incelendiği zaman marjinal etki bakımından en büyük mutlak değeri olan değişken sağlık durumu "kötü" olan kategorisidir. Sağlık durumunda yer alan kategoriler "çok kötü" durumu referans alınarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda sağlık durumu kötü olan bireyler çok kötü olanlara göre sırasıyla birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri, yatakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetlerinden daha fazla faydalanmışlardır.

İhtiyaç faktörünü temsil eden kukla değişken olarak rahatsızlık değişkeni seçilen tüm sağlık hizmetleri türünde beklenen işarete sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Marjinal etki bakımından, ikinci sıradaki en önemli değişken eğilim faktörlerden eğitim düzeyi değişkeni iken üçüncü sırada kolaylaştırıcı faktörlerden sağlık sigortası bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler eğitimsiz olan bireylere göre ve sağlık sigortası olanlar olmayanlara göre yukarıda adı geçen tüm sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır.

Diğer değişkenlere bakıldığında kadınlar erkeklere göre, yaşlı bireyler daha genç olanlara göre, kentlerde yaşayanlar kırdaki yaşayanlara göre, evli bireyler bekârlara göre birinci basamak, ayakta tedavi, yatakta tedavi ve dış hizmetleri talebinde daha fazla bulunmuşlardır.

Çalışma durumu değişkeni dış hizmetleri dışında diğer tüm sağlık hizmetlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak sağlık durumuna ilişkin tüm kategoriler ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyler dış hizmetlerinde marjinal etki bakımından diğer bağımsız değişkenlere göre mutlak değer olarak daha fazladır.

Kolaylaştırıcı faktör içinde bulunan gelir değişkenindeki tüm kategoriler birinci basamak, ayakta tedavi ve yatakta tedavi hizmetlerinde beklenen değere sahip ve anlamlı bulunmuştur. Ancak gelir kategorisinde sadece "çok zengin" kategorisi dış hizmetlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak 2008 yılı tahmin sonuçları bize ihtiyaç faktörünün ön plana çıktığını göstermektedir.

2010 yılı için bağımlı değişkenler olarak birinci basamak, ayakta tedavi, yatakta tedavi ve dış hizmetleri ile bağımsız değişkenlerin ilişkisinin tahmin sonuçları Tablo 9 'da verilmiştir.

Tablo 9. Logit Modeline İlişkin 2010 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar	(6) Marjinal etkiler	(7) Dış.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Kadın	0.342*** (0.0419)	0.0791*** (0.00681)	0.306*** (0.0433)	0.0652*** (0.00639)	-0.0341 (0.0729)	0.0652*** (0.00639)	0.183*** (0.0465)	0.0343*** (0.00646)
Yaş 25_34	-0.180** (0.0752)	0.0411*** (0.0123)	-0.167** (0.0759)	0.0354*** (0.0116)	-0.324** (0.138)	0.0354*** (0.0116)	0.313*** (0.0816)	0.0613*** (0.0121)
Yaş 35_44	-0.321*** (0.0828)	0.0733*** (0.0135)	-0.337*** (0.0843)	0.0717*** (0.0130)	-0.985*** (0.151)	0.0717*** (0.0130)	0.206** (0.0899)	0.0398*** (0.0129)
Yaş 45_54	-0.245*** (0.0859)	0.0559*** (0.0140)	-0.285*** (0.0880)	0.0603*** (0.0135)	-1.045*** (0.154)	0.0603*** (0.0135)	0.0718 (0.0937)	0.0136 (0.0129)
Yaş 55_64	-0.0382 (0.0928)	-0.00870 (0.0151)	-0.193** (0.0957)	0.0408*** (0.0146)	-0.881*** (0.158)	0.0408*** (0.0146)	-0.0444 (0.101)	-0.00830 (0.0134)
Yaş 65_74	0.0410 (0.105)	0.00934 (0.0170)	-0.0870 (0.110)	-0.0183 (0.0166)	-0.683*** (0.167)	-0.0183 (0.0166)	-0.243** (0.117)	0.0435*** (0.0141)
Yaş 75	-0.162 (0.122)	-0.0370* (0.0198)	-0.292** (0.129)	0.0621*** (0.0198)	-0.541*** (0.183)	0.0621*** (0.0198)	-0.735*** (0.151)	-0.117*** (0.0135)
Okur yazar	0.0106 (0.0859)	0.00242 (0.0140)	0.0511 (0.0918)	0.0107 (0.0136)	-0.330** (0.129)	0.0107 (0.0136)	0.0461 (0.100)	0.00874 (0.0137)
İlk okul	0.0547 (0.0673)	0.0125 (0.0109)	0.0472 (0.0720)	0.00990 (0.0107)	-0.121 (0.0953)	0.00990 (0.0107)	0.196*** (0.0761)	0.0372*** (0.0107)
Orta okul	0.261*** (0.0831)	0.0589*** (0.0132)	0.139 (0.0875)	0.0289** (0.0128)	-0.129 (0.132)	0.0289** (0.0128)	0.339*** (0.0929)	0.0665*** (0.0138)
Lise	0.0534 (0.0820)	0.0121 (0.0133)	0.284*** (0.0867)	0.0583*** (0.0123)	0.0437 (0.127)	0.0583*** (0.0123)	0.443*** (0.0908)	0.0884*** (0.0140)
Üniversite	0.257*** (0.0932)	0.0578*** (0.0147)	0.505*** (0.0984)	0.101*** (0.0132)	0.101 (0.151)	0.101*** (0.0132)	0.689*** (0.101)	0.144*** (0.0166)
Yüksek lisans ve Doktora	0.139 (0.225)	0.0314 (0.0361)	0.898*** (0.240)	0.169*** (0.0273)	0.324 (0.380)	0.169*** (0.0273)	1.031*** (0.224)	0.228*** (0.0383)
Evli	0.380*** (0.0655)	0.0871*** (0.0106)	0.384*** (0.0660)	0.0819*** (0.00974)	1.098*** (0.133)	0.0819*** (0.00974)	0.0760 (0.0702)	0.0142 (0.00952)
Boşanmış-dul	0.238** (0.0957)	0.0540*** (0.0153)	0.351*** (0.100)	0.0719*** (0.0141)	0.903*** (0.169)	0.0719*** (0.0141)	0.0509 (0.105)	0.00965 (0.0144)
Çalışıyor	-0.259*** (0.0438)	0.0592*** (0.00711)	-0.138*** (0.0454)	0.0292*** (0.00692)	-0.301*** (0.0787)	0.0292*** (0.00692)	-1.18e-05 (0.0484)	-2.21e-06 (0.00649)
Kent	-0.0493 (0.0422)	-0.0112 (0.00687)	0.0729* (0.0438)	0.0154** (0.00653)	-0.0675 (0.0693)	0.0154** (0.00653)	0.00920 (0.0469)	0.00173 (0.00630)
Sigorta	0.623*** (0.0591)	0.143*** (0.00964)	0.730*** (0.0598)	0.160*** (0.00895)	0.522*** (0.120)	0.160*** (0.00895)	0.343*** (0.0689)	0.0605*** (0.00940)
Yoksul	0.0686 (0.0578)	0.0156* (0.00936)	0.0820 (0.0602)	0.0171* (0.00892)	0.0298 (0.0919)	0.0171* (0.00892)	0.0872 (0.0651)	0.0166* (0.00899)
Orta gelir	0.00185 (0.0592)	0.000422 (0.00962)	0.103* (0.0615)	0.0216** (0.00908)	-0.0935 (0.0989)	0.0216** (0.00908)	0.00297 (0.0671)	0.000558 (0.00901)
Zengin	-0.0330 (0.0615)	-0.00752 (0.0100)	0.160** (0.0640)	0.0332*** (0.00936)	0.00766 (0.103)	0.0332*** (0.00936)	0.0565 (0.0689)	0.0107 (0.00943)
Çok zengin	-0.135** (0.0667)	0.0310*** (0.0109)	0.255*** (0.0693)	0.0529*** (0.00997)	0.163 (0.112)	0.0529*** (0.00997)	0.247*** (0.0731)	0.0481*** (0.0107)
Kötü	0.221 (0.151)	0.0503** (0.0241)	0.161 (0.180)	0.0337 (0.0263)	-0.189 (0.162)	0.0337 (0.0263)	0.372** (0.189)	0.0742*** (0.0287)
Orta	0.134 (0.144)	0.0307 (0.0234)	-0.252 (0.171)	-0.0525** (0.0257)	-0.862*** (0.159)	-0.0525** (0.0257)	0.526*** (0.182)	0.104*** (0.0282)
İyi	-0.336** (0.145)	0.0774*** (0.0240)	-1.000*** (0.171)	-0.209*** (0.0275)	-1.483*** (0.166)	-0.209*** (0.0275)	0.239 (0.184)	0.0448* (0.0258)

Tablo 9. (devam) Logit Modeline İlişkin 2010 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar	(6) Marjinal etkiler	(7) Diş.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Çok iyi	-0.884*** (0.157)	-0.202*** (0.0239)	-1.575*** (0.181)	-0.337*** (0.0245)	-1.786*** (0.215)	-0.337*** (0.0245)	0.0102 (0.196)	0.00192 (0.0264)
Rahatsızlık	0.353*** (0.0395)	0.0789*** (0.00609)	0.584*** (0.0410)	0.115*** (0.00517)	0.417*** (0.0694)	0.115*** (0.00517)	0.195*** (0.0435)	0.0381*** (0.00630)
Sabit	-0.657*** (0.175)		-0.257 (0.199)		-1.959*** (0.244)		-2.347*** (0.216)	
Gözlem sayısı	14,186	14,186	14,282	14,282	14,400	14,282	14,279	14,279

Parantez içindeki değerler standart hatalardır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(1) Birinci basamak sağlık hizmetleri

(3) Ayakta tedavi sağlık hizmetleri

(5) Yatakta tedavi sağlık hizmetleri

(6) Diş hizmetleri

Kukla değişken olarak kullanılan rahatsızlık değişkeni adı geçen tüm sağlık hizmetleri türlerinde 2008 yılı gibi beklenen değere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık durumuna ilişkin kategoriler de genel olarak istatistiksel bakımdan anlamlıdır. Sağlık durumu gurubundan “iyi” ve “çok iyi” kategorileri birinci basamak, ayakta bakım hizmetleri ve yatakta tedavi sağlık hizmetlerinde anlamlılık derecesini korumaktadır. Ayrıca bu grupta yer alan “kötü” ve “orta” kategorileri diş hizmetlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşlardır.

Marjinal etkiler açısından 2010 yılı için en yüksek olan mutlak değer sağlık sigortasına aittir. Diğer yandan, eğitim düzeyi yüksek olan bireyler marjinal etki bakımından ikinci sırada yer almaktadır. Özellikle yüksek düzeyde eğitim almış bireyler ayakta tedavi hizmetleri, yatakta tedavi hizmetleri ve diş hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır.

Eğilim faktörlerinden olan cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri genel olarak anlamlı bulunmuşlardır. Özellikle gelir değişkeninde yer alan “çok zengin” kategorisi tüm hizmetler için anlamlı bulunmuştur.

Tablo 10. Logit Modeline İlişkin 2012 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar	(6) Marjinal etkiler	(7) Diş.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Kadın	0.483*** (0.0304)	0.106*** (0.00463)	0.414*** (0.0307)	0.0891*** (0.00469)	-0.0699 (0.0526)	0.0891*** (0.00469)	0.176*** (0.0325)	0.0339*** (0.00479)
Yaş 25_34	-0.193*** (0.0551)	0.0420*** (0.00898)	0.0309 (0.0553)	0.00652 (0.00860)	-0.171 (0.108)	0.00652 (0.00860)	0.257*** (0.0583)	0.0513*** (0.00900)
Yaş 35_44	-0.266*** (0.0619)	0.0579*** (0.0102)	-0.218*** (0.0622)	0.0465*** (0.00993)	-0.718*** (0.118)	0.0465*** (0.00993)	0.168** (0.0653)	0.0331*** (0.00982)
Yaş 45_54	-0.180*** (0.0642)	0.0389*** (0.0104)	-0.137** (0.0645)	0.0292*** (0.0102)	-0.860*** (0.121)	0.0292*** (0.0102)	0.0663 (0.0676)	0.0129 (0.00985)
Yaş 55_64	0.0880 (0.0700)	0.0188* (0.0109)	-0.101 (0.0697)	-0.0214* (0.0110)	-0.763*** (0.124)	-0.0214* (0.0110)	-0.110 (0.0731)	-0.0208** (0.00999)
Yaş 65_74	0.149* (0.0804)	0.0315** (0.0124)	0.0118 (0.0804)	0.00250 (0.0125)	-0.429*** (0.129)	0.00250 (0.0125)	-0.368*** (0.0854)	0.0663*** (0.0103)
Yaş 75	0.183* (0.0961)	0.0387*** (0.0146)	-0.0498 (0.0964)	-0.0106 (0.0152)	-0.439*** (0.141)	-0.0106 (0.0152)	-0.715*** (0.109)	-0.118*** (0.0107)
Okur yazar	0.0999 (0.0707)	0.0212* (0.0110)	0.0432 (0.0721)	0.00912 (0.0112)	-0.0543 (0.0962)	0.00912 (0.0112)	0.223*** (0.0783)	0.0448*** (0.0121)
İlk okul	0.296*** (0.0533)	0.0629*** (0.00808)	0.0702 (0.0539)	0.0148* (0.00835)	-0.108 (0.0711)	0.0148* (0.00835)	0.281*** (0.0581)	0.0548*** (0.00882)
Orta okul	0.404*** (0.0632)	0.0833*** (0.00911)	0.279*** (0.0640)	0.0577*** (0.00950)	0.0401 (0.0952)	0.0577*** (0.00950)	0.411*** (0.0685)	0.0829*** (0.0109)
Lise	0.317*** (0.0621)	0.0660*** (0.00916)	0.274*** (0.0630)	0.0569*** (0.00939)	-0.0114 (0.0940)	0.0569*** (0.00939)	0.602*** (0.0666)	0.125*** (0.0111)
universite	0.431*** (0.0687)	0.0882*** (0.00976)	0.486*** (0.0698)	0.0991*** (0.00989)	0.197* (0.108)	0.0991*** (0.00989)	0.841*** (0.0723)	0.182*** (0.0127)
Yüksek lisans ve Doktora	-0.108 (0.147)	-0.0234 (0.0237)	0.365** (0.151)	0.0747*** (0.0218)	-0.238 (0.324)	0.0747*** (0.0218)	1.229*** (0.145)	0.278*** (0.0254)
Evli	0.456*** (0.0474)	0.0997*** (0.00730)	0.460*** (0.0476)	0.0991*** (0.00730)	1.042*** (0.0990)	0.0991*** (0.00730)	0.138*** (0.0498)	0.0264*** (0.00723)
Boşanmış-dul	0.268*** (0.0708)	0.0562*** (0.0106)	0.407*** (0.0716)	0.0836*** (0.0103)	0.869*** (0.123)	0.0836*** (0.0103)	0.0246 (0.0749)	0.00476 (0.0108)
Çalışıyor	-0.311*** (0.0329)	0.0684*** (0.00542)	-0.180*** (0.0334)	0.0386*** (0.00532)	-0.482*** (0.0606)	0.0386*** (0.00532)	-0.0767** (0.0352)	0.0146*** (0.00485)
Kent	0.181*** (0.0316)	0.0392*** (0.00495)	0.157*** (0.0318)	0.0335*** (0.00494)	-0.123** (0.0505)	0.0335*** (0.00494)	0.0940*** (0.0344)	0.0180*** (0.00495)
Sigorta	0.528*** (0.0533)	0.118*** (0.00842)	0.691*** (0.0553)	0.151*** (0.00864)	0.503*** (0.110)	0.151*** (0.00864)	0.267*** (0.0624)	0.0489*** (0.00896)
Yoksul	0.185*** (0.0556)	0.0391*** (0.00847)	0.172*** (0.0566)	0.0359*** (0.00859)	0.178** (0.0866)	0.0359*** (0.00859)	0.0217 (0.0629)	0.00421 (0.00904)
Orta gelir	0.312*** (0.0502)	0.0658*** (0.00750)	0.275*** (0.0510)	0.0572*** (0.00764)	0.214*** (0.0798)	0.0572*** (0.00764)	0.0732 (0.0564)	0.0142* (0.00821)
Zengin	0.273*** (0.0517)	0.0574*** (0.00776)	0.313*** (0.0526)	0.0649*** (0.00781)	0.173** (0.0842)	0.0649*** (0.00781)	0.126** (0.0575)	0.0247*** (0.00852)
Çok zengin	0.263*** (0.0519)	0.0556*** (0.00785)	0.464*** (0.0530)	0.0965*** (0.00774)	0.140 (0.0867)	0.0965*** (0.00774)	0.264*** (0.0575)	0.0523*** (0.00883)
Kötü	0.104 (0.153)	0.0222 (0.0237)	-0.312 (0.190)	-0.0667** (0.0303)	-0.229 (0.146)	-0.0667** (0.0303)	0.336** (0.169)	0.0685** (0.0269)
Orta	0.101 (0.147)	0.0217 (0.0229)	-0.777*** (0.183)	-0.157*** (0.0274)	-0.886*** (0.143)	-0.157*** (0.0274)	0.254 (0.164)	0.0503** (0.0251)
İyi	-0.370** (0.147)	0.0791*** (0.0241)	-1.451*** (0.183)	-0.286*** (0.0294)	-1.596*** (0.147)	-0.286*** (0.0294)	0.0630 (0.164)	0.0121 (0.0237)
Çok iyi	-0.693*** (0.151)	-0.156*** (0.0256)	-1.924*** (0.186)	-0.397*** (0.0234)	-1.750*** (0.168)	-0.397*** (0.0234)	-0.168 (0.169)	-0.0316 (0.0226)
Rahatsızlık	0.437*** (0.0300)	0.0888*** (0.00415)	0.626*** (0.0300)	0.124*** (0.00389)	0.489*** (0.0507)	0.124*** (0.00389)	0.170*** (0.0312)	0.0339*** (0.00474)
Sabit	-0.923*** (0.165)		-0.226 (0.198)		-2.047*** (0.205)		-2.207*** (0.186)	
Gözlem sayısı	27,701	27,701	27,748	27,748	27,990	27,748	27,796	27,796

Parantez içindeki değerler standart hatalardır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(1) Birinci basamak sağlık hizmetleri

(3) Ayakta tedavi sağlık hizmetleri

(5) Yatakta tedavi sağlık hizmetleri

(7) Diş hizmetleri

11 numaralı tablonun sonuçları izlenildiği zaman genel olarak birinci basamak, ayakta tedavi hizmetleri, yatakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetlerinde tüm bağımsız değişkenler beklenen değere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşlardır.

2012 yılı tahmin sonuçları 2010 yılı tahmin sonuçlarına benzerlik gösterecek şekilde marjinal etkiler bakımından mutlak değeri en yüksek olan değişken doktora ve yüksek lisans düzeyinde eğitim almış bireylerdir. Bu da bağımlı değişkenler arasında dış hizmetleri olarak görülmektedir.

Mutlak değer bakımından ikinci sırada yer alan değişken sağlık sigortasıdır ve üçüncü sırada kukla değişken olarak seçilen rahatsızlık durumudur.

Sonuç olarak 2012 yılı tahmin sonuçları Andersen modeline uyumlu olarak sağlık hizmetleri talebinde eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerinin etkisinin önemli olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. Logit Modeline İlişkin 2014 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar.	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar.	(6) Marjinal etkiler	(7) Dış.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Kadın	0.548*** (0.0350)	0.0942*** (0.00581)	0.412*** (0.0354)	0.0682*** (0.00561)	0.0485 (0.0542)	0.00360 (0.00409)	0.488*** (0.0528)	0.0360*** (0.00344)
Yaş 25_34	0.0636 (0.0629)	0.0107 (0.0106)	0.223*** (0.0636)	0.0360*** (0.0101)	0.0132 (0.116)	0.000984 (0.00873)	1.142*** (0.0880)	0.0777*** (0.00489)
Yaş 35_44	0.187*** (0.0698)	0.0314*** (0.0116)	0.0674 (0.0709)	0.0110 (0.0115)	-0.435*** (0.125)	0.0295*** (0.00717)	1.678*** (0.102)	0.113*** (0.00550)
Yaş 45_54	0.431*** (0.0728)	0.0720*** (0.0118)	0.229*** (0.0741)	0.0370*** (0.0117)	-0.330*** (0.126)	0.0228*** (0.00771)	2.074*** (0.110)	0.137*** (0.00596)
Yaş 55_64	0.781*** (0.0783)	0.128*** (0.0118)	0.362*** (0.0792)	0.0579*** (0.0122)	-0.172 (0.128)	-0.0123 (0.00862)	2.484*** (0.123)	0.157*** (0.00687)
Yaş 65_74	1.040*** (0.0912)	0.165*** (0.0127)	0.513*** (0.0919)	0.0806*** (0.0136)	0.270** (0.134)	0.0216* (0.0118)	3.063*** (0.152)	0.184*** (0.00905)
Yaş 75	0.978*** (0.107)	0.154*** (0.0149)	0.709*** (0.113)	0.108*** (0.0156)	0.437*** (0.146)	0.0371*** (0.0143)	3.274*** (0.179)	0.191*** (0.0110)
Sigorta	0.380*** (0.0592)	0.0651*** (0.0100)	0.416*** (0.0591)	0.0699*** (0.00964)	0.195* (0.101)	0.0137* (0.00756)	0.383*** (0.0765)	0.0299*** (0.00547)
İlk okul	0.498*** (0.0501)	0.0839*** (0.00815)	0.336*** (0.0507)	0.0545*** (0.00795)	0.0537 (0.0658)	0.00401 (0.00501)	0.817*** (0.0693)	0.0592*** (0.00411)
Orta Okul	0.772*** (0.0629)	0.123*** (0.00937)	0.700*** (0.0633)	0.107*** (0.00898)	0.398*** (0.0895)	0.0327*** (0.00831)	1.445*** (0.0834)	0.0929*** (0.00452)
Lise	0.731*** (0.0624)	0.118*** (0.00949)	0.736*** (0.0635)	0.114*** (0.00908)	0.190** (0.0924)	0.0148* (0.00767)	2.015*** (0.0954)	0.132*** (0.00519)
Üniversite	0.891*** (0.0705)	0.141*** (0.0103)	0.869*** (0.0719)	0.132*** (0.00988)	0.439*** (0.106)	0.0368*** (0.0102)	2.126*** (0.119)	0.129*** (0.00609)
Yüksek lisans ve doktora	0.331** (0.148)	0.0548** (0.0239)	0.722*** (0.151)	0.109*** (0.0208)	0.243 (0.266)	0.0196 (0.0232)	3.189*** (0.606)	0.175*** (0.0373)

Tablo 11. (devam) Logit Modeline İlişkin 2014 Yılı Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1) B.B.H Katsayılar.	(2) Marjinal etkiler	(3) A.T.H Katsayılar	(4) Marjinal etkiler	(5) Y.T.H Katsayılar.	(6) Marjinal etkiler	(7) Diş.H Katsayılar	(8) Marjinal etkiler
Evli	0.361*** (0.0555)	0.0625*** (0.00947)	0.365*** (0.0564)	0.0614*** (0.00924)	1.343*** (0.113)	0.0889*** (0.0112)	0.345*** (0.0816)	0.0263*** (0.00575)
Boşanmış- dul	0.239*** (0.0814)	0.0401*** (0.0134)	0.469*** (0.0847)	0.0742*** (0.0126)	1.102*** (0.137)	0.111*** (0.0182)	0.345** (0.135)	0.0236*** (0.00853)
Çalışıyor	-0.237*** (0.0377)	0.0403*** (0.00648)	-0.0835** (0.0386)	-0.0137** (0.00637)	-0.265*** (0.0610)	0.0192*** (0.00399)	-0.0476 (0.0584)	-0.00346 (0.00429)
Yoksul	0.0347 (0.0440)	0.00586 (0.00742)	-0.0521 (0.0444)	-0.00855 (0.00732)	-0.253*** (0.0644)	0.0179*** (0.00415)	0.169*** (0.0632)	0.0120*** (0.00434)
Orta gelir	0.0532 (0.0474)	0.00899 (0.00798)	0.136*** (0.0483)	0.0221*** (0.00773)	-0.0889 (0.0687)	-0.00648 (0.00486)	0.184*** (0.0689)	0.0131*** (0.00469)
Zengin	0.0106 (0.0477)	0.00179 (0.00807)	0.0768 (0.0484)	0.0125 (0.00783)	-0.299*** (0.0747)	0.0208*** (0.00463)	0.409*** (0.0731)	0.0281*** (0.00457)
Çok zengin	-0.0356 (0.0529)	-0.00603 (0.00898)	0.0554 (0.0536)	0.00904 (0.00870)	-0.384*** (0.0860)	0.0260*** (0.00502)	0.607*** (0.0869)	0.0400*** (0.00499)
Kötü	3.398*** (0.0966)	0.426*** (0.00821)	3.937*** (0.0960)	0.464*** (0.00718)	2.044*** (0.135)	0.254*** (0.0244)	3.292*** (0.112)	0.215*** (0.00689)
Orta	3.330*** (0.0875)	0.454*** (0.00939)	3.466*** (0.0825)	0.467*** (0.00877)	1.335*** (0.132)	0.122*** (0.0168)	3.538*** (0.0940)	0.302*** (0.00652)
İyi	3.036*** (0.0863)	0.384*** (0.0115)	3.063*** (0.0808)	0.401*** (0.0112)	1.002*** (0.132)	0.0826*** (0.0140)	3.510*** (0.0914)	0.353*** (0.00808)
Çok iyi	3.013*** (0.0942)	0.363*** (0.00844)	2.875*** (0.0892)	0.338*** (0.00838)	0.665*** (0.160)	0.0603*** (0.0174)	3.600*** (0.109)	0.238*** (0.00739)
Rahatsızlık	-0.229*** (0.0340)	0.0390*** (0.00583)	-0.408*** (0.0346)	0.0673*** (0.00590)	-0.296*** (0.0554)	0.0214*** (0.00358)	-0.185*** (0.0544)	0.0134*** (0.00410)
Sabit	-4.443*** (0.0956)		-4.040*** (0.0887)		-4.292*** (0.139)		-4.886*** (0.114)	
Gözlem sayısı	26,075	26,075	26,075	26,075	26,075	26,075	26,075	26,075

Parantez içindeki değerler standart hatalardır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(1) Birinci basamak sağlık hizmetleri

(3) Ayakta tedavi sağlık hizmetleri

(5) Yatakta tedavi sağlık hizmetleri

(7) Diş hizmetleri

2014 yılı tahmin sonuçları ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri talebinde önemli olduğunu göstermektedir. Kukla değişken olarak seçilen sağlık durumu ve rahatsızlık değişkeni beklenen değerlere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Marjinal etki bakımından mutlak değeri en yüksek olan sağlık durumu gurubunda yer alan “kötü” ve “orta” kategorileridir. Bu da sağlık durumu kötü ve orta olan bireyler birinci basamak, ayakta tedavi, yatakta tedavi ve diş hizmetlerinden sağlık durumları çok kötü olan bireylere göre daha fazla kullandıklarını göstermektedir.

Marjinal etki bakımından yaş ve eğitim değişkenleri sırasıyla ikinci ve üçüncü sırada bulunmaktadır. Özellikle 75 yaşı olan bireyler ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyler diş hizmetlerinden daha fazla faydalanmışlardır.

2014 yılı tahmin sonuçları diğer yıllar gibi sağlık hizmetleri kullanımında ihtiyaç faktörü etkisinin ön plana çıktığını göstermektedir. Ayrıca sonuçlarda eğilim faktörünün etkisi kolaylaştırıcı faktörlerden daha fazla olduğu belirgin şekilde görülmektedir. 2014 yılına ilişkin dikkat edilecek özelliklerden biri de, dış hizmetlerinin çalışma değişkeni hariç istatistiksel olarak tüm bağımsız değişkenler ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri anlamlı olmasıdır.

4.2. Negatif Binomial Modeline Ait Bulgular

Bu bölümde Andersen modeli çerçevesinde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler sayma veri yöntemiyle tahmin edilmiştir. Gerçekleştirilen Vounç ve Uyum (countift) testleri sonuçlarına göre en uygun tahmin yönteminin Negatif Binomial modeli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Andersen modelindeki eğilim veya hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerine dayanarak yapılan analizde eğilim faktörleri içinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi değişkenleri; kolaylaştırıcı faktörler içinde bireyin yaşadığı yer (kır veya kent), sağlık sigortası ve gelir düzeyi kullanılmıştır. İhtiyaç faktöründe yer alan algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç gurubu, sağlık durumu ve rahatsızlık olarak iki farklı kategoride değerlendirilmiştir. Buna göre rahatsızlık değişkeni, bireyin sorulan soru karşılığında verilen cevabına dayanarak 6 ay içinde kaç kere rahatsız olduğuna ilişkin bir kukla değişken olarak tercih edilmiştir. Buna ilave alarak sağlık durumu değişkeni de bireyin sağlık durumu (iyi, orta, kötü ve çok kötü) bir kukla değişken olarak değerlendirilmiştir. Sağlık durumu değişkeninde “çok iyi” kategorisi referans olarak alınmıştır. Negatif Binomial modelinde kullanılan bağımlı değişkenler birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetleri olarak seçilmiştir. Bu bağlamda 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllardan elde edilen sonuçlar 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. numaralı tablolarda sunulmaktadır.

Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Modeli Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Kadın	0.467*** (0.0484)	0.138*** (0.0142)	0.0614 (0.0462)	0.0362 (0.0270)	0.139*** (0.0298)	0.0704*** (0.0149)
Yaş 25_34	-0.0817 (0.0914)	-0.0238 (0.0261)	-0.0793 (0.0950)	-0.0460 (0.0537)	-0.223*** (0.0623)	-0.107*** (0.0281)
Yaş 35_44	-0.0918 (0.1000)	-0.0266 (0.0282)	-0.0580 (0.102)	-0.0339 (0.0582)	-0.269*** (0.0679)	-0.128*** (0.0299)
Yaş 45_54	0.225** (0.103)	0.0725** (0.0358)	-0.0650 (0.104)	-0.0379 (0.0592)	-0.214*** (0.0690)	-0.103*** (0.0313)
Yaş 55_64	0.286** (0.111)	0.0955** (0.0415)	0.0404 (0.108)	0.0244 (0.0662)	-0.107 (0.0715)	-0.0530 (0.0341)
Yaş 65_74	0.328*** (0.123)	0.113** (0.0491)	-0.0233 (0.116)	-0.0138 (0.0679)		
Yaş 75	0.180 (0.144)	0.0585 (0.0505)	0.126 (0.130)	0.0794 (0.0863)	0.00676 (0.0871)	0.00348 (0.0450)
Kent	0.0264 (0.0494)	0.00782 (0.0146)	0.0591 (0.0459)	0.0347 (0.0266)	0.00705 (0.0327)	0.00361 (0.0167)
Sigorta	0.500*** (0.0718)	0.126*** (0.0152)	0.119 (0.0795)	0.0673 (0.0428)	0.197*** (0.0671)	0.0927*** (0.0288)
Okur yazar	0.230** (0.0956)	0.0760** (0.0348)	-0.0225 (0.0870)	-0.0132 (0.0508)	0.0209 (0.0687)	0.0108 (0.0359)
İlk okul	0.131* (0.0725)	0.0395* (0.0222)	0.0333 (0.0661)	0.0199 (0.0396)	0.0117 (0.0500)	0.00599 (0.0257)
Orta okul	0.295*** (0.0967)	0.0977*** (0.0355)	0.123 (0.0892)	0.0765 (0.0576)	0.0317 (0.0625)	0.0164 (0.0327)
Lise	0.131 (0.0957)	0.0410 (0.0312)	-0.0929 (0.0900)	-0.0534 (0.0500)	-0.136** (0.0620)	-0.0667** (0.0292)
Üniversite	0.215* (0.119)	0.0704* (0.0425)	-0.0383 (0.105)	-0.0224 (0.0607)	-0.0803 (0.0697)	-0.0399 (0.0336)
Yüksek lisans ve doktora	0.152 (0.317)	0.0487 (0.110)	-0.617* (0.361)	-0.275** (0.117)	-0.357* (0.201)	-0.155** (0.0724)
Evli	0.259*** (0.0836)	0.0736*** (0.0226)	0.0863 (0.0853)	0.0504 (0.0489)	0.188*** (0.0549)	0.0925*** (0.0261)
Boşanmış-dul	0.257** (0.116)	0.0856** (0.0430)	0.0859 (0.111)	0.0529 (0.0705)	0.0887 (0.0750)	0.0472 (0.0415)
Yoksul	-0.0179 (0.0622)	-0.00531 (0.0183)	-0.00623 (0.0625)	-0.00370 (0.0370)	-0.0198 (0.0586)	-0.0101 (0.0296)
Orta gelir	-0.138** (0.0654)	-0.0395** (0.0180)	0.00799 (0.0654)	0.00476 (0.0391)	-0.0281 (0.0523)	-0.0143 (0.0264)
Zengin	-0.00716 (0.0712)	-0.00213 (0.0211)	-0.0285 (0.0696)	-0.0168 (0.0407)	-0.106* (0.0545)	-0.0531** (0.0264)
Çok zengin	-0.255*** (0.0868)	-0.0694*** (0.0215)	-0.0431 (0.0776)	-0.0253 (0.0449)	-0.0291 (0.0549)	-0.0149 (0.0279)
İyi	0.337*** (0.0942)	0.100*** (0.0281)	0.0269 (0.0957)	0.0160 (0.0570)	-0.0293 (0.0508)	-0.0150 (0.0261)
Orta	0.852*** (0.101)	0.317*** (0.0470)	0.289*** (0.101)	0.181*** (0.0669)	0.340*** (0.0567)	0.190*** (0.0344)
Kötü	1.180*** (0.115)	0.601*** (0.0930)	0.543*** (0.112)	0.402*** (0.101)	0.517*** (0.0693)	0.334*** (0.0557)
Çok kötü	1.303*** (0.180)	0.784*** (0.192)	0.804*** (0.158)	0.723*** (0.205)	0.598*** (0.126)	0.418*** (0.116)
Rahatsızlık	0.373*** (0.0483)	0.114*** (0.0151)	0.296*** (0.0454)	0.175*** (0.0267)	0.261*** (0.0301)	0.135*** (0.0158)
Sabit	-2.972*** (0.141)		-1.102*** (0.148)		-1.098*** (0.104)	
Gözlem sayısı	14,523	14,523	7,338	7,338	15,192	15,192

Parantez içindeki değerler standart hatadır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* 2012 yılında ankete cevap veren 65-74 yaş aralığında birey bulunmadığı için bu değişken modelde kullanılmamıştır.

12 numaralı Tabloda birinci basamak sağlık hizmetlerinin 2008, 2010 ve 2012 yıllarında Negatif Binomial modeli tahmin sonuçları sunulmaktadır.

Bu tabloya göre sorulan sorular karşısında bireyin verdiği cevaplara dayanarak sağlık açısından herhangi bir rahatsızlığı veya sıkıntısı olduğunda kaç kere

birinci basamak sağlık hizmeti aldığına göre kukla değişken olan “rahatsızlık” değişkenin katsayısı tüm yıllar için pozitif işaretlidir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Rahatsızlık değişkeni ihtiyaç faktörünü temsil ettiğine göre sağlık hizmetleri kullanım sıklığında 2008, 2010 ve 2012 yılları için ihtiyacın önemli bir belirleyici olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetine olan ihtiyaç faktörünün önemli olduğunu gösteren diğer faktör sağlık durumu değişkenidir. Tablo 12’de görüldüğü gibi sağlık durumu çok kötü olan birey, sağlık durumunda var olan diğer kategorilere göre daha fazla birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmıştır. Sağlık durumu değişkeninde yer alan “çok kötü” kategorisi marjinal etkiler bağlamında mutlak değer açısından en büyük değişkenler arasında bulunmaktadır ve bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti kullanım olasılık ve sıklığını etkileyen en önemli faktör olarak görülmektedir.

Andersen modeline dayanarak tercih edilen, hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörleri temsil eden değişkenler 2008 ve 2012 yılları için genel olarak beklenen işarete sahip ve birçoğu istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçlara bakıldığı zaman eğilim veya hazırlayıcı faktörlerden cinsiyet değişkeni pozitif işaretli ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bağlamda kadınlar biyolojik özelliklerinden dolayı erkeklere oranla daha fazla sağlık hizmeti kullanmışlardır.

Yaş değişkeni sonuçlarına bakıldığında 2008 yılı için 65-74 arası kategoride yer alan bireylerde sonuç istatistiksel olarak anlamlı ve beklenen işarete sahiptir. Bunun nedeni dejeneratif hastalıkların yaşlılar arasında yaygın olması ve bu nedenle daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunmalarındır.

Hazırlayıcı veya eğilim faktörlerinden medeni durum değişkeni 2008 ve 2012 yıllarında pozitif işaretli ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Burada evli olanlar bekâr bireylere oranla daha fazla birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmışlardır.

Kolaylaştırıcı faktörlerinden sigorta değişkeninin etkinliğini 2008 ve 2012 yıllarına ait sonuçlarda görmek mümkündür. Bu bağlamda sağlık sigortasına sahip olanlar olmayanlara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır.

Kolaylaştırıcı faktörler arasında yer alan bir diğer değişken olan eğitim faktörü incelendiğinde; özellikle 2008 yılında eğitilmiş olan bireylerin hiç okuma yazma bilmeyenlere göre birinci basamak sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

2008 ve 2012 yıllarına ait sonuçlara baktığımız zaman Andersen (1968) modelindeki hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörlerin sağlık hizmetleri kullanımında etkin rolü olduğunu söylemek mümkündür. Ancak 2010 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde rol oynayan bu değişkenlerin önemli bölümü istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Tablo 13. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2014 Yılı Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2014	2014 yılı Marjinal etki
Kadın	0.182*** (0.0336)	0.160*** (0.0291)
Yaş 25_34	-0.0126 (0.0668)	-0.0112 (0.0593)
Yaş 35_44	-0.0733 (0.0723)	-0.0642 (0.0620)
Yaş 45_54	0.0427 (0.0743)	0.0387 (0.0682)
Yaş 55_64	0.145* (0.0771)	0.136* (0.0759)
Yaş 75	0.310*** (0.0945)	0.319*** (0.111)
Sigorta	0.102 (0.0662)	0.0870 (0.0542)
İlkokul	-0.0576 (0.0483)	-0.0512 (0.0426)
Orta	-0.154** (0.0648)	-0.131** (0.0524)
Lise	-0.0455 (0.0615)	-0.0401 (0.0534)
Üniversite	-0.251*** (0.0712)	-0.205*** (0.0531)
Yüksek lisans ve doktora	-0.390** (0.185)	-0.290** (0.113)

Tablo 13. (devam) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2014 Yılı Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2014	2014 yılı Marjinal etki
Evli	0.0801 (0.0593)	0.0705 (0.0513)
Boşanmış-dul	0.0934 (0.0811)	0.0869 (0.0784)
Yoksul	-0.187*** (0.0437)	-0.159*** (0.0351)
Orta gelir	-0.152*** (0.0465)	-0.129*** (0.0377)
Zengin	-0.286*** (0.0484)	-0.234*** (0.0362)
Çok zengin	-0.289*** (0.0540)	-0.235*** (0.0399)
İyi	0.0194 (0.0573)	0.0174 (0.0514)
Orta	0.149** (0.0621)	0.137** (0.0587)
Kötü	0.408*** (0.0722)	0.431*** (0.0894)
Çok kötü	0.429*** (0.119)	0.476*** (0.162)
Rahatsızlık	-0.185*** (0.0344)	-0.163*** (0.0300)
Sabit	-0.200* (0.104)	
Gözlem sayısı	10,090	10,090

Parantez içindeki değerler standart hatadır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* 2014 yılı yaş gurubundaki 65-74 yaş arası, kentlerde yaşayan bireyler ve okuryazar değişkenlerine ait verilere erişilememiştir.

2014 yılı birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı tahmin sonuçları 13 numaralı tabloda verilmiştir. 2008, 2010 ve 2012 yıllarıyla uyumlu olarak 2014 yılında da ihtiyaç faktörünü temsil eden sağlık durumu ve rahatsızlık değişkenleri beklenen değere sahiptirler ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşlardır. Ayrıca marjinal etki bakımından “çok kötü” değişkeni mutlak değer olarak en büyük değere sahiptir. Sonuç olarak, sağlık açısından çok kötü olan bireyler sağlık durumu çok iyi olan bireylere göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmışlardır. Bu tablo da birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için en etkin değişkenin ihtiyaç faktörü olduğuna işaret etmektedir.

Hazırlayıcı faktörler içinde yer alan yaş ve medeni durum değişkeni istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Eğitim değişkeni kategorisinde yer alan üniversite

ve üzeri eğitim gören bireylerin sonucu anlamlı çıkmıştır. Elde edilen sonuca göre eğitimin sağlık hizmetleri kullanımında etkisinin önemli olduğu söylenebilir.

Kolaylaştırıcı faktörler arasında olan sağlık sigortası 2008 ve 2012 yıllarının aksine anlamsız bulunmuştur.

2014 yılına ait kolaylaştırıcı faktörlerden gelir değişkeninde yer alan tüm kategoriler diğer yılların aksine beklenen işarete sahip ve anlamlı bulunmuştur. Gelir gurubundaki orta gelire sahip olan aileler çok düşük geliri olanlara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla kullanmışlardır. Buradaki sonuç geliri düşük bireylerin zengin bireylere göre acil sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarının bir göstergesi olabilir.

Tablo 14. Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Kadın	0.451*** (0.0424)	0.161*** (0.0151)	0.0433 (0.0435)	0.0263 (0.0263)	0.146*** (0.0324)	0.0809*** (0.0177)
Yaş 25_34	-0.0449 (0.0780)	-0.0160 (0.0275)	-0.132 (0.0901)	-0.0772 (0.0507)	-0.0429 (0.0652)	-0.0238 (0.0358)
Yaş 35_44	-0.0925 (0.0843)	-0.0325 (0.0288)	-0.0888 (0.0960)	-0.0527 (0.0555)	-0.130* (0.0715)	-0.0703* (0.0373)
Yaş 45_54	0.0759 (0.0880)	0.0282 (0.0335)	-0.188* (0.0996)	-0.108** (0.0540)	-0.190*** (0.0733)	-0.101*** (0.0369)
Yaş 55_64	0.101 (0.0948)	0.0381 (0.0371)	0.00195 (0.103)	0.00119 (0.0629)	-0.160** (0.0776)	-0.0854** (0.0391)
Yaş 65_74	0.235** (0.107)	0.0945** (0.0478)	0.0828 (0.109)	0.0523 (0.0715)		
Yaş 75	0.0685 (0.126)	0.0256 (0.0485)	-0.0804 (0.124)	-0.0474 (0.0704)	-0.0963 (0.0954)	-0.0519 (0.0493)
Kent	0.221*** (0.0453)	0.0768*** (0.0152)	0.152*** (0.0460)	0.0901*** (0.0263)	0.0947** (0.0372)	0.0519*** (0.0199)
Sigorta	0.523*** (0.0650)	0.158*** (0.0164)	0.296*** (0.0813)	0.160*** (0.0387)	0.332*** (0.0805)	0.161*** (0.0335)
Okur yazar	0.111 (0.0887)	0.0420 (0.0353)	-0.0455 (0.0867)	-0.0272 (0.0509)	0.141* (0.0760)	0.0844* (0.0485)
İlk okul	0.229*** (0.0651)	0.0849*** (0.0249)	0.101 (0.0644)	0.0626 (0.0403)	0.0693 (0.0556)	0.0394 (0.0319)
Orta okul	0.158* (0.0867)	0.0604* (0.0351)	0.00876 (0.0868)	0.00536 (0.0533)	0.0998 (0.0690)	0.0580 (0.0414)
Lise	0.244*** (0.0843)	0.0961*** (0.0360)	0.194** (0.0830)	0.127** (0.0581)	-0.0200 (0.0675)	-0.0112 (0.0375)
Üniversite	0.324*** (0.100)	0.135*** (0.0478)	0.160* (0.0961)	0.105 (0.0668)	-0.0239 (0.0749)	-0.0133 (0.0414)
Yüksek lisans ve doktora	0.456* (0.253)	0.208 (0.144)	0.265 (0.234)	0.185 (0.186)	0.0773 (0.167)	0.0452 (0.101)
Evli	0.299*** (0.0707)	0.102*** (0.0229)	0.165** (0.0790)	0.0970** (0.0450)	0.182*** (0.0564)	0.0984*** (0.0293)
Boşanmış-dul	0.231** (0.101)	0.0925** (0.0446)	0.0292 (0.104)	0.0181 (0.0648)	0.0600 (0.0794)	0.0346 (0.0470)
Yoksul	0.0249 (0.0562)	0.00906 (0.0206)	0.0388 (0.0624)	0.0239 (0.0389)	-0.0483 (0.0662)	-0.0266 (0.0359)

Tablo 14. (devam) Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Orta gelir	0.0499 (0.0586)	0.0183 (0.0218)	0.0393 (0.0655)	0.0242 (0.0409)	-0.0886 (0.0593)	-0.0487 (0.0319)
Zengin	0.0659 (0.0637)	0.0243 (0.0241)	0.0531 (0.0673)	0.0329 (0.0424)	-0.0808 (0.0612)	-0.0445 (0.0329)
Çok zengin	0.175** (0.0739)	0.0675** (0.0305)	-0.0763 (0.0743)	-0.0455 (0.0433)	-0.00818 (0.0614)	-0.00459 (0.0344)
İyi	0.464*** (0.0849)	0.168*** (0.0309)	0.119 (0.0955)	0.0730 (0.0589)	-0.0197 (0.0579)	-0.0111 (0.0326)
Orta	0.983*** (0.0905)	0.462*** (0.0549)	0.468*** (0.100)	0.312*** (0.0732)	0.291*** (0.0640)	0.175*** (0.0412)
Kötü	1.434*** (0.103)	1.010*** (0.125)	0.806*** (0.110)	0.682*** (0.126)	0.725*** (0.0760)	0.564*** (0.0795)
Çok kötü	1.564*** (0.158)	1.337*** (0.264)	1.230*** (0.147)	1.440*** (0.295)	0.743*** (0.133)	0.614*** (0.154)
Rahatsızlık	0.448*** (0.0432)	0.166*** (0.0166)	0.340*** (0.0440)	0.205*** (0.0263)	0.387*** (0.0330)	0.220*** (0.0190)
Sabit	-3.218*** (0.130)		-1.574*** (0.149)		-1.410*** (0.119)	
Gözlem sayısı	14,529	14,529	8,403	8,403	14,761	14,761

Parantez içindeki değerler standart hatadır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tablo 14, 2008, 2010 ve 2012 yılları için ayakta bakım sağlık hizmetleri Negatif Binomial modeli tahmin sonuçlarını göstermektedir. Sağlık durumu değişkeninde yer alan tüm kategoriler ve rahatsızlık değişkeni söz konusu olan tüm yıllar için beklenen değere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İhtiyaç değişkenini temsil eden her iki değişken (sağlık durumu ve rahatsızlık) Andersen modeline dayanarak hakkaniyetli bir tabloya işaret etmektedir. Marjinal etkiler bakımından sağlık durumu değişkeninde yer alan "çok kötü" kategorisi mutlak rakam olarak en yüksek değere sahiptir ve bireylerin sağlık açısından kendilerini kötü hissettikleri zaman ayakta bakım sağlık hizmetlerini fazla talep ettiklerini göstermektedir. Bu da ihtiyaç değişkeninin ayakta bakım sağlık hizmetleri kullanımında etkili bir faktör olduğunun bir belirleyicisidir.

2008 ve 2012 yıllarında eğilim faktörlerinden cinsiyet, bireyin yaşadığı yer ve medeni durum; kolaylaştırıcı değişkenlerden sağlık sigortası beklenen değerlere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Özet olarak Tablo 14'e bakıldığında kadınlar erkeklere göre, kentlerde yaşayanlar kırdaki yaşayanlara göre, evli bireyler bekâr olanlara göre ve sağlık

sigortasına sahip olanlar olmayanlara göre ayakta bakım sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadırlar.

Tablo 15. Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2014 Yılı Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2014	2014 yılı Marjinal etki
Kadın	0.225*** (0.0194)	1.181*** (0.101)
Yaş 25_34	-0.109*** (0.0360)	-0.565*** (0.181)
Yaş 35_44	-0.271*** (0.0389)	-1.344*** (0.179)
Yaş 45_54	-0.218*** (0.0411)	-1.093*** (0.193)
Yaş 55_64	-0.355*** (0.0436)	-1.688*** (0.185)
Yaş 75	-0.439*** (0.0550)	-1.953*** (0.202)
Sigorta	0.100*** (0.0384)	0.513*** (0.188)
İlk okul	-0.0493* (0.0294)	-0.262* (0.156)
Orta	-0.0873** (0.0372)	-0.454** (0.188)
Lise	0.0259 (0.0357)	0.140 (0.194)
Üniversite	-0.00199 (0.0399)	-0.0106 (0.213)
Yüksek lisans	-0.0518 (0.0879)	-0.270 (0.447)
Evli	0.157*** (0.0316)	0.814*** (0.159)
Boşanmış-dul	0.186*** (0.0456)	1.073*** (0.285)
Yoksul	-0.0576** (0.0265)	-0.303** (0.137)
Orta gelir	-0.0101 (0.0277)	-0.0541 (0.147)
Zengin	-0.0305 (0.0281)	-0.162 (0.147)
Çok zengin	-0.0288 (0.0309)	-0.153 (0.162)
İyi	0.197*** (0.0338)	1.067*** (0.186)
Orta	0.553*** (0.0367)	3.316*** (0.248)
Kötü	1.147*** (0.0436)	10.08*** (0.596)
Çok kötü	1.436*** (0.0689)	16.65*** (1.486)
Rahatsızlık	-0.291*** (0.0202)	-1.521*** (0.104)
Sabit	1.272*** (0.0603)	
Gözlem sayısı	11,298	11,298

Parantez içindeki değerler standart hatadır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* 2014 yılı yaş gruplarından 65-74 yaş arası, kır/kent ayrımı ve okuryazar değişkenlerine ait verilere erişilememiştir.

2014 yılı ayakta bakım Negatif Binomial modelin tahmin sonuçları Tablo 15’de sunulmaktadır. Bu tablo da ayakta bakım sağlık hizmetleri bağımlı değişken olarak tercih edilmiştir. 2008, 2010 ve 2012 yıllardaki gibi sağlık durumu ve rahatsızlık değişkenleri kukla değişken olarak ihtiyaç faktörünü temsil etmektedirler. Bu iki değişkene ait tahmin sonuçları beklenen değere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine marjinal etkiler bakımından sağlık durumunda yer alan “çok kötü” kategorisi diğer yıllar ile kıyaslandığında en yüksek değere sahiptir.

Hazırlayıcı veya eğilim faktörlerinden yaş gurubunda yer alan tüm kategoriler, cinsiyet, medeni durum ve kolaylaştırıcı faktörlerden sağlık sigortası değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak eğitim faktöründe yer alan tüm kategoriler ve kolaylaştırıcı faktörler arasında olan gelir kategorileri istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tablo 16. Yatakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Kadın	0.123 (0.0781)	0.0170 (0.0107)	-0.193*** (0.0630)	-0.343*** (0.115)	-0.0431 (0.0619)	-0.00565 (0.00812)
Yaş 25_34	-0.103 (0.139)	-0.0138 (0.0182)	0.0530 (0.123)	0.0927 (0.219)	-0.316*** (0.112)	-0.0379*** (0.0124)
Yaş 35_44	-0.695*** (0.153)	-0.0794*** (0.0146)	-0.113 (0.137)	-0.187 (0.218)	-0.692*** (0.126)	-0.0758*** (0.0117)
Yaş 45_54	-0.530*** (0.159)	-0.0621*** (0.0158)	-0.103 (0.138)	-0.172 (0.221)	-0.736*** (0.130)	-0.0783*** (0.0113)
Yaş 55_64	-0.250 (0.169)	-0.0315 (0.0193)	-0.195 (0.144)	-0.315 (0.216)	-0.609*** (0.140)	-0.0647*** (0.0120)
Yaş 65_74	0.247 (0.189)	0.0381 (0.0325)	-0.210 (0.150)	-0.335 (0.220)		
Yaş 75	0.0367 (0.220)	0.00516 (0.0315)	-0.201 (0.156)	-0.319 (0.229)	-0.290* (0.172)	-0.0334* (0.0173)
Kent	0.120 (0.0819)	0.0163 (0.0108)	0.0151 (0.0608)	0.0259 (0.104)	-0.138** (0.0676)	-0.0186** (0.00948)
Sigorta	0.607*** (0.118)	0.0684*** (0.0109)	0.292** (0.121)	0.445*** (0.162)	0.0788 (0.124)	0.00996 (0.0151)
Okur yazar	-0.0888 (0.161)	-0.0118 (0.0206)	-0.249** (0.118)	-0.387** (0.165)	-0.121 (0.148)	-0.0150 (0.0174)
İlkokul	0.123 (0.116)	0.0172 (0.0164)	-0.0852 (0.0812)	-0.145 (0.137)	-0.141 (0.106)	-0.0181 (0.0134)
Ortaokul	-0.193 (0.153)	-0.0250 (0.0185)	-0.231* (0.119)	-0.366** (0.173)	-0.163 (0.127)	-0.0203 (0.0151)
Lise	-0.000526 (0.147)	-7.27e-05 (0.0203)	-0.194* (0.115)	-0.312* (0.172)	-0.283** (0.130)	-0.0340** (0.0143)
Üniversite	-0.175 (0.193)	-0.0226 (0.0231)	-0.167 (0.139)	-0.268 (0.209)	-0.229 (0.145)	-0.0275* (0.0159)

Tablo 16. (devam) Yatakta Tedavi Sağlık Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yılları Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Yüksek lisans ve doktora	-0.990 (0.648)	-0.0874*** (0.0339)	-0.0955 (0.353)	-0.157 (0.554)	-1.112** (0.437)	-0.0886*** (0.0193)
Evli	0.793*** (0.135)	0.0959*** (0.0146)	-0.0993 (0.117)	-0.176 (0.213)	0.719*** (0.0958)	0.0842*** (0.0103)
Boşanmış-dul	0.539*** (0.192)	0.0948** (0.0421)	0.196 (0.146)	0.363 (0.292)	0.759*** (0.144)	0.141*** (0.0365)
Yoksul	-0.444*** (0.103)	-0.0545*** (0.0112)	-0.00721 (0.0790)	-0.0124 (0.136)	0.124 (0.121)	0.0170 (0.0174)
Orta gelir	-0.285*** (0.105)	-0.0363*** (0.0125)	0.0538 (0.0865)	0.0943 (0.154)	0.211** (0.107)	0.0291* (0.0157)
Zengin	-0.139 (0.113)	-0.0183 (0.0143)	-0.241** (0.0937)	-0.385*** (0.139)	0.129 (0.111)	0.0175 (0.0156)
Çok zengin	-0.359** (0.143)	-0.0436*** (0.0153)	-0.153 (0.101)	-0.251 (0.158)	-0.0496 (0.115)	-0.00643 (0.0148)
İyi	0.651*** (0.163)	0.0905*** (0.0230)	0.0757 (0.148)	0.132 (0.262)	0.450*** (0.100)	0.0574*** (0.0126)
Orta	1.275*** (0.173)	0.251*** (0.0478)	0.335** (0.153)	0.611** (0.296)	1.288*** (0.114)	0.258*** (0.0338)
Kötü	1.996*** (0.193)	0.728*** (0.147)	0.381** (0.160)	0.733** (0.343)	2.228*** (0.143)	0.950*** (0.144)
Çok kötü	2.242*** (0.296)	1.127*** (0.366)	0.868*** (0.185)	2.287*** (0.707)	2.076*** (0.281)	0.898*** (0.286)
Rahatsızlık	0.426*** (0.0773)	0.0603*** (0.0113)	-0.0306 (0.0638)	-0.0529 (0.111)	0.359*** (0.0637)	0.0490*** (0.00912)
Sabit	-3.861*** (0.233)		0.468** (0.220)		-2.809*** (0.198)	
Gözlem sayısı	14,623	14,623	1,302	1,302	25,853	25,853

Parantez içindeki değerler standart hatadır

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* 2014 yılına ait yatakta tedavi sağlık hizmetleri verilere erişilememiştir.

2014 yılı ayakta bakım Negatif Binomial modelin tahmin sonuçları Tablo 16'da sunulmaktadır. Bu tablo da yatakta bakım sağlık hizmetleri bağımlı değişken olarak tercih edilmiştir. Burada da sağlık durumu ve rahatsızlık değişkenleri kukla değişken olarak ihtiyaç faktörünü temsil etmektedirler. Bu iki değişkene ait tahmin sonuçları beklenen değere sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayakta bakım sonuçlarına benzer olarak yatakta tedavi sağlık hizmetleri, marjinal etkiler bakımından sağlık durumunda yer alan "çok kötü" kategorisi diğer yıllar ile kıyaslandığında en yüksek değere sahiptir.

Kolaylaştırıcı faktörler içinde bulunan sağlık sigortası marjinal etki bakımından ikinci derecede bulunmaktadır. Buna göre sağlık sigortası olan bireyler olmayanlara göre 2008 ve 2010 yıllarında daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmışlardır.

Eğilim faktöründe bulunan medeni durum değişkeninde, evli olan bireyler bekâr olanlara göre 2008 ve 2012 yıllarında yatakta tedavi hizmetlerini daha fazla kullanmışlardır.

Genel olarak hazırlayıcı faktörlerden yaş gurubunda yer alan tüm kategoriler 2008 ve 2012 yıllara ait sonuçları negatif anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet ve kolaylaştırıcı faktörlerden eğitim değişkenleri ve sosyo-ekonomik faktöründe bulunan gelir değişkeni istatistiksel olarak negatif anlamlı bulunmuştur.

Tablo 17. Dış Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yıllara Ait Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Kadın	0.197** (0.0846)	0.0256** (0.0109)	0.0401 (0.0812)	0.0190 (0.0383)	0.0892 (0.0552)	0.0396 (0.0244)
Yaş 25_34	0.178 (0.154)	0.0245 (0.0222)	0.270* (0.160)	0.138 (0.0882)	0.0308 (0.109)	0.0139 (0.0495)
Yaş 35_44	0.320* (0.171)	0.0463* (0.0274)	0.410** (0.175)	0.220** (0.106)	0.106 (0.122)	0.0490 (0.0577)
Yaş 45_54	0.131 (0.182)	0.0180 (0.0260)	0.519*** (0.183)	0.295** (0.124)	0.182 (0.126)	0.0862 (0.0630)
Yaş 55_64	0.0668 (0.200)	0.00896 (0.0275)	0.597*** (0.196)	0.362** (0.149)	0.179 (0.137)	0.0859 (0.0704)
Yaş 65_74	0.0280 (0.226)	0.00371 (0.0303)	0.555** (0.231)	0.342* (0.181)		
Yaş 75	-0.986*** (0.304)	-0.0852*** (0.0166)	0.469 (0.307)	0.282 (0.229)	0.0887 (0.209)	0.0414 (0.102)
Kent	0.0858 (0.0915)	0.0110 (0.0116)	0.0398 (0.0893)	0.0188 (0.0417)	0.000887 (0.0669)	0.000397 (0.0299)
Sigorta	0.328*** (0.121)	0.0382*** (0.0126)	-0.273** (0.133)	-0.146* (0.0796)	0.176 (0.126)	0.0726 (0.0482)
Okur yazar	-0.0851 (0.191)	-0.0107 (0.0233)	0.135 (0.202)	0.0684 (0.108)	0.111 (0.157)	0.0520 (0.0774)
İlk okul	0.112 (0.137)	0.0148 (0.0183)	0.0959 (0.147)	0.0462 (0.0716)	-0.0143 (0.116)	-0.00638 (0.0517)
Orta okul	0.208 (0.177)	0.0293 (0.0269)	0.301* (0.176)	0.159 (0.103)	-0.127 (0.135)	-0.0546 (0.0556)
Lise	0.232 (0.173)	0.0328 (0.0265)	0.268 (0.173)	0.139 (0.0985)	-0.151 (0.131)	-0.0646 (0.0537)
Üniversite	0.376* (0.199)	0.0578 (0.0358)	0.143 (0.190)	0.0718 (0.100)	-0.229 (0.140)	-0.0950* (0.0537)
Yüksek lisans ve doktora	0.685 (0.470)	0.128 (0.121)	-0.685 (0.455)	-0.238** (0.111)	-0.118 (0.244)	-0.0499 (0.0972)
Evli	0.0106 (0.141)	0.00138 (0.0183)	-0.00614 (0.138)	-0.00292 (0.0659)	-0.117 (0.0930)	-0.0536 (0.0438)
Boşanmış-dul	0.0950 (0.208)	0.0129 (0.0295)	0.0856 (0.198)	0.0423 (0.101)	-0.0521 (0.145)	-0.0228 (0.0617)
Yoksul	-0.0150 (0.116)	-0.00195 (0.0150)	0.0139 (0.128)	0.00666 (0.0616)	-0.0591 (0.124)	-0.0258 (0.0530)
Orta gelir	0.0636 (0.119)	0.00846 (0.0161)	-0.0938 (0.134)	-0.0434 (0.0601)	-0.0212 (0.109)	-0.00943 (0.0484)

Tablo 17. (devam) Dış Hizmetleri 2008, 2010 ve 2012 Yıllara Ait Negatif Binomial Tahmin Sonuçları

Değişkenler	2008	2008 yılı Marjinal etki	2010	2010 yılı Marjinal etki	2012	2012 yılı Marjinal etki
Zengin	0.231* (0.127)	0.0327* (0.0195)	0.103 (0.135)	0.0505 (0.0683)	0.00763 (0.111)	0.00342 (0.0500)
Çok Zengin	0.295** (0.148)	0.0432* (0.0243)	-0.0224 (0.141)	-0.0106 (0.0664)	-0.00488 (0.111)	-0.00218 (0.0496)
İyi	0.104 (0.142)	0.0136 (0.0185)	0.0198 (0.146)	0.00942 (0.0693)	0.0863 (0.0881)	0.0383 (0.0389)
Orta	0.509*** (0.160)	0.0754*** (0.0270)	-0.0580 (0.162)	-0.0273 (0.0755)	0.158 (0.104)	0.0735 (0.0504)
Kötü	0.828*** (0.199)	0.156*** (0.0521)	-0.127 (0.203)	-0.0572 (0.0868)	0.131 (0.144)	0.0622 (0.0723)
Çok kötü	1.117*** (0.343)	0.264** (0.133)	0.504 (0.372)	0.310 (0.291)	0.645** (0.324)	0.403 (0.275)
Rahatsızlık	-0.0335 (0.0872)	-0.00437 (0.0114)	0.253*** (0.0817)	0.121*** (0.0395)	0.0109 (0.0575)	0.00488 (0.0258)
Sabit	-3.096*** (0.230)		-1.172*** (0.250)		-1.029*** (0.208)	
Gözlem sayısı	14,628	14,628	3,714	3,714	7,255	7,255

Parantez içindeki değerler standart hatadır.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* 2014 yılına ait dış sağlık hizmetleri verilere erişilememiştir.

Dış hizmetleri kullanımı Negatif Binomial modeli tahmin sonuçları 17 numaralı tabloda verilmiştir. Bu tabloya göre ihtiyaç faktöründe yer alan sağlık durumu kategorileri (orta, kötü ve çok kötü) özellikle 2008 yılında anlamlı bulunmuştur. İhtiyaç faktörünü temsil eden rahatsızlık değişkeni sadece 2010 yılı için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

2008 yılı sonuçlarında kadınlar erkeklere göre daha fazla dış hizmetlerinden faydalanmışlardır.

Eğilim faktöründen yaş gurubunda yer alan tüm kategoriler, kentlerde yaşayan bireyler, medeni durum ve kolaylaştırıcı faktörlerden sağlık sigortası ve gelir değişkenine ait tüm kategoriler istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

5. BÖLÜM

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Ülkelerin kalkınmışlık düzeyini değerlendirirken, en önemli ölçütlerden biri de sağlık hizmetlerinin sunulması ve ülkede yaşayan bireylerin etkin düzeyde bu hizmetlerden yararlanmasıdır. Bu konu ekonomik ölçütler açısından ele alındığında, sağlık hizmetlerine olan talep analiz edilebilir. Hükümetler tarafından sağlık hizmetleri için geliştirilen politikaların belirlenmesinde bireylerin sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerine dikkat edilmesi en önemli konulardan biridir. Ayrıca sağlık hizmetleri talebi sağlık ekonomisi literatüründe üzerinde önemle durulan bir konu olarak toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesine katkı yapan en önemli faktörlerden birisidir.

Bu bağlamda sağlık hizmeti kullanım davranışının anlaşılmasına yönelik bunu etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlık düzeyi göstergelerindeki farklılıkların nedenlerinin belirlenmesinde rol oynamakta ve sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmede kullanılacak politikaların yapılmasında yol gösterici olmaktadır (Aday, 1993). Bu çerçevede bu tezde Türkiye’de sağlık hizmetleri (birinci basamak; ayakta tedavi hizmetleri; yatakta tedavi hizmetleri ve dış tedavi hizmetleri için ayrı ayrı) kullanımının belirleyicileri TÜİK’ten elde edilen “Sağlık Araştırması” veri seti kullanılarak incelenmiştir. Söz konusu veri seti Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebin 2008, 2010, 2012 ve 2014 döneminde 0- 75 yaş aralığını içermektedir. Ancak yapılan anket uygulaması 15-75 ve üzeri bireylerin cevaplarından oluşturulmuştur. Buna ek olarak, yapılan tez çalışmasında söz konusu yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında öne çıkan faktörler de belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgulara göre sağlık hizmetleri kullanımını iyileştirmek için bu bölümün sonunda politika önerileri yer almaktadır.

Sağlık verilerinin doğası ve sağlık hizmetlerinin taşıdığı kendine özgü özellikler nedeniyle sağlık hizmetlerine yönelik talebi analiz eden çalışmalarda genel olarak farklı modeller kullanılmıştır. Bu çalışmada Logit ve Negatif Binomial

modelleri kullanılmıştır. Kullanılan modeller için bağımlı değişkenin iki sonuçlu ve fazla olması ve bağımsız değişkenlerin her birinin en az iki kategoriye sahip olması nedeniyle sağlık hizmetlerine yönelik talebin analizinde ikili tercih modellerinden logit modeli kullanılmıştır. Buna ek olarak sağlık kuruluşlarına yapılan ziyaret sayısı kesikli ve negatif olmayan değerler aldığından, bu değişkenler için sayma veri modellerinden Negatif Binomial modeli kullanılmıştır.

Logit modelinde katsayılar, doğrudan bağımsız değişkenin olasılık üzerindeki etkisini vermemektedir. Olasılığın bağımsız değişkene göre değişme oranı sadece ilgili katsayıya değil, aynı zamanda değişimin ölçüldüğü olasılığın düzeyine de bağlıdır. Bunun da anlamı, bağımsız değişkenlerdeki bir birimlik değişimin bireylerin hasta olduklarında ilk olarak sağlık hizmetlerini talep etme olasılığı üzerinde meydana getireceği değişimi vermesidir. Bu bağlamda bireysel etkileri araştırabilmek ve yorumlayabilmek için her iki modelde marjinal etkiler hesaplanmıştır.

Andersen'in davranışsal modeli çerçevesinde yapılan çalışmada analiz sonuçları ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli değişken olduğunu göstermektedir. Buna göre kolaylaştırıcı ve eğilim faktörleri sırasıyla ikinci ve üçüncü derecede sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktör gruplarıdır.

Bireyler fiziksel açıdan kendilerini rahatsız veya sağlık durumunda herhangi bir değişiklik hissettikleri zaman sağlık hizmetleri talep etmeleri beklenen bir olgudur. Bu çalışmada elde edilen bulgular da bu beklentiyi desteklemektedir. Ayrıca sağlık durumlarında herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman sağlık hizmetlerini tercih etme olasılığı kadınlarda, 44-75 yaş arası, kentsel alanda yaşayan, sigortası olan, eğitim düzeyi yüksek olan, evli olan, çalışmayan, gelir düzeyi çok zengin ve yoksul olan, fiziksel rahatsızlığı olan ve sağlık durumu kötü ve çok kötü olan bireylerde daha fazladır.

Ankete katılan bireylerin fiziksel rahatsızlık oranı 2008 yılında %61,71’iken 2014 yılında %66,86 olarak belirlenmiştir. Hastalığın algılanması sağlık hizmeti kullanımına yol açan temel uyarıdır. Sağlık bakım ihtiyacı hastalık veya sağlık düzeyine işaret etmektedir. Buna göre sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler arasında bireyin fiziksel rahatsızlığı ve sağlık durumu değişkenleri analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ihtiyaç faktörünü temsil eden kukla değişken olarak rahatsızlık değişkeni seçilen tüm sağlık hizmetleri türünde beklenen işarete sahip ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun için fiziksel rahatsızlığı olan bireyin, rahatsızlığı olmayan bireye göre sağlık hizmetleri kullanma olasılığı yüksektir.

Elde edilen sonuçlara göre ihtiyaç faktörünü temsil eden sağlık durumundaki “kötü” kategorisi özellikle 2008 ve 2014 yıllarında marjinal etki bakımından en yüksek değere sahiptir. Buna göre sağlık durumu kötü olan bireyler çok kötü olanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır. Aynı değerlendirmeyi 2010 ve 2012 yıllarında da yapabiliriz ancak bu dönemde katkı payının yüksek olması nedeniyle bireylerin sağlık hizmetleri kullanım oranı daha düşüktür. Negatif Binomial analizinden elde edilen bulgulara göre sağlık durumu değişkeninde yer alan “çok kötü” kategorisi tüm yıllar için anlamlılık düzeyini, en yüksek marjinal etki ile korumaktadır. Sağlık durumu çok kötü olan bireyler çok iyi olan bireylere göre söz konusu yıllarda sağlık hizmetlerden daha fazla yararlanmışlardır.

Her iki kukla değişkenden elde edilen bulgular bize Türkiye’de ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımındaki en önemli etken olduğunu göstermektedir. Buna göre bireylerin sağlık hizmeti kullanmaya ihtiyaç duymadan düzenli sağlık kontrolünden geçerek hastalıkların erken teşhisi ve tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılmasına neden olmaktadır. Örnek olarak tahliller sonucunda ortaya çıkan bir prostat rahatsızlığının erken teşhisi ve tedavisi birey için özellikle maliyet açısından daha avantajlı olacaktır. Buna göre sağlık hizmetine ihtiyaç hissetmeden önce, bireyleri koruyucu sağlık hizmetleri kullanmaya teşvik etmek için sağlık hizmetlerinin kalitesi ve düzeyi önemli faktörler olarak sayılabilir. Sağlık

personelinin sayısı ve niteliği, temel ilaçların kullanılabilirliği, laboratuvarların işleyişi, alt yapı tesisleri ve ameliyathanelerin sağlık hizmetleri kullanımında pozitif etkisi vardır. İhtiyaç faktöründen elde edilen bulgular yapılan literatür çalışmalarının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Örneğin: Baley, 2013; Kasirye vd., 2004).

Diğer yandan elde edilen bulgulara göre, eğilim faktörleri içinde yer alan cinsiyet değişkeni ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişki pozitif olarak belirlenmiştir. Yapılan anket sonucunda gözlem sayısı %50'den fazla olan kadınların birinci basamak, ayakta tedavi ve yatakta tedavi sağlık hizmetleri ve dış hizmetlerini kullanım oranı erkeklerden daha fazladır. Sağlık hizmetleri kullanımında erkekler ve kadınlar arasındaki davranış farklılıklarını gösteren ve açıkça analiz eden çalışma sayısı düşüktür. Ancak yapılan çalışmada cinsiyet faktörünün sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini belirlemek için elde edilen sonuç bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyum sağlamıştır (örneğin: Rosenberg ve Hanlon, 1996; Bertakis, 2000). Kadınlar üreme biyolojilerinden dolayı sağlık hizmetlerini daha çok kullanmaktadırlar. Kadınlarda hastalık oranlarının erkeklerden daha fazla olması, kadınların hastalıklara karşı tutum ve davranışları, kadınların gebelik ve doğum rolleri sağlık hizmetleri erkeklere göre daha fazla kullanmalarına neden olmaktadır.

Az gelişmiş ülkelerde kadınların sağlık hizmetleri kullanma oranı erkeklere göre daha azdır. Bunların nedeni, sağlık hizmetlerinde bakım talebinin davranışsal belirleyicilerinin kadınlar ve erkekler içinde farklı olmasıdır. Hanehalkında var olan kadının ekonomik gücünün az olması ve sosyo-demografik faktörler sağlık hizmeti talebini engelleyebilmektedir. Sosyo-ekonomik statüsü daha düşük olan kadınlar, yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip kadınlara kıyasla daha yüksek oranda morbidite ve mortalite tecrübe etmektedirler. Bu nedenlerden dolayı kadınların sağlığını geliştirmek amacıyla onları sağlık kavramlarıyla ilgili bilgilendirmek, kadın özerkliğini (karar verme gücü) toplumda yükseltmek, kadınların sosyo-ekonomik gücünü geliştirilmesi bu hizmetin kadınlar arasındaki daha fazla kullanılmasını sağlayabilir. Bu bağlamda zihinsel sağlık politikaları ve zihinsel sağlık geliştirme ve koruma programları uygulanabilir. Ayrıca hastanın

hastalığının farkında olması yardım arayışını etkileyen faktör olarak birinci basamak cinsiyete özel teşvik, önleme ve tedavi programlarının tasarımına yardımcı olacaktır.

Eğilim faktöründe bulunan bireyin yaşının sağlık hizmeti talebinde önemli bir rolü vardır. Farklı yaş gurubundaki bireyler farklı hastalık türlerine sahip olabilirler. Bu bağlamda farklı miktarda ve farklı sürelerde sağlık hizmeti kullanabilirler. Çalışmada yer alan yaş değişkenindeki veri setinde tüm yaş guruplarının gözlem sayısı %2,88 (2008 yılı 75 yaş ve üzeri) ile %16,94 (2008 yılı 7-14 arası yaş gurubu) oranları arasında değişmektedir. Yapılan analiz sonucunda her iki modelden elde edilen bulgularda genel olarak yaş değişkeninde yer alan kategorilerin sağlık hizmetleri kullanımıyla ilişkisi istatistiksel olarak beklenen işarete sahiptir. Ancak 44-75 yaş aralığında olan bireylerin referans alınan 15-24 yaş aralığında bulunan bireylere oranla sağlık hizmetleri kullanma oranları daha fazladır. Diş kayıpları yaşlılık döneminde sık görülen bir durum olmasına rağmen 75 yaş ve üzeri olan bireylerin diş sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları elde edilen bulgularda yer almaktadır. Bu sonuç, yaşlı kişilerin diş sağlık bakımına genç bireylere göre daha az istekte olduklarını göstermektedir. Çalışmada yaş değişkeninden elde edilen sonuçlar yaş ve sağlık hizmeti talebi arasındaki U şeklinde bir ilişki olduğu teoriye (Akın vd., 1985) uymaktadır. Bu teoride bebekler ve yaşlıların sağlık hizmetlerini yüksek düzeyde kullanmaları beklenen bir durumdur. Çocuklar olgunlaşmamış bağışıklık sistemi nedeniyle bulaşıcı hastalıklara daha duyarlılar ve dejeneratif hastalıklar yaşlılar arasında yaygındır.

Elde edilen bulgulara göre yaş değişkeninde yer alan bazı yaş gurupları sağlık hizmetleri kullanımında marjinal etkiler bakımından birbirleriyle farklılık göstermektedir ve istatistiksel olarak negatif anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni yaş ve sağlık hizmetleri kullanım arasındaki ilişkinin yönünün, diğer katılımcı özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterebilmesidir. Örneğin yaşlılar alkol, ilaç ve zihinsel sağlık hizmetlerini genç yaşta olanlara göre daha az kullanabilirler. Yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerini ikinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla kullanmaları da elde edilen bulgular arasındadır.

Burada yaşlıların ikinci basamak sağlık hizmetlerini koruyucu anlamda kullanmalarını teşvik etmek için bu tür sağlık kuruluşlarının mesafe açısından yakınlık düzeyi, geçirecekleri zaman süresi çok önemlidir. Ayrıca yaşlıların sağlık hizmeti talebini arttıran diğer faktörler arasında, sağlık kuruluşlarında hizmeti veren personelin davranışı, tedavi sürecinde bilgi verilmesi ve güvenilir olması yer almaktadır.

Yaşlıların sağlığını iyileştirmek ve tıbbi maliyetlerin artışı arasındaki dengeyi kurmak için koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek, etkili bir sağlık politikası olarak sağlık hizmetleri kullanımını olumlu etkileyebilir.

Hastalıkları önleyici ve erken teşhis konusu tüm bireyler için gerekli olduğu halde, yaşlılar için daha fazla önem taşımaktadır. Halen yaşlılara birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri bazen birlikte sunulmuş olmasına rağmen, ülke öncelikleri ve milli gelir dikkate alınarak, daha kapsamlı bir yaşlı sağlığı politikası geliştirilebilir (Giray vd., 2008). Bu bağlamda, ülkede çevresel koşullar yaşlıların aktif ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için yeniden gözden geçirilebilir ve geniş kapsamlı bir program oluşturularak, yaşlıların durumlarıyla ilgilenen sektörlerarası işbirliği sağlanabilir. Bu çerçevede, yaşlılar için gelir durumu, sağlık ve sosyal güvence gibi etkenler gözden geçirilebilir.

Andersen'in davranışsal modeline dayanarak hazırlayıcı faktöründen sosyo-ekonomik özellikler içinde yer alan eğitim faktörü elde edilen analizler sonucunda marjinal etki bakımından ikinci sıradadır. Bilindiği gibi eğitim ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyi arasında güçlü bir ilişki vardır. Grossman (1972), Bloom ve Canning (2000) bilgili insanların sağlığa önem verdikleri için koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanarak verimli çalışabileceklerini vurgulamaktadırlar. Elde edilen sonuçlar literatür çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Özellikle Logit modelinden elde edilen bulgularda okuryazarlık veya eğitim faktöründe yer alan tüm kategoriler 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarında tüm hizmetlerden okuma yazma bilmeyenlere göre daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmışlardır. Bu bağlamda özellikle 2010 yılında üniversite, yüksek lisans ve doktora bitiren bireyler marjinal etkiler açısından diğer

bağımsız değişkenlerle kıyasladığında mutlak olarak en yüksek değere sahiptir. Ancak elde edilen bulgulara dayanarak ilkokul veya ortaokul bitiren katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım oranları diğer sağlık hizmetlerine göre daha fazladır. Üniversite ve bunun üstünde diploması olan katılımcıların özellikle ayakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetlerini kullanım oranları daha yüksektir.

Eğitim sağlık hizmetleri talebini doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Mevcut literatürde, insan sermayesinin tartışılmaz en önemli unsurları olan sağlık ve eğitim, yalnızca sosyal kalkınmada önemli bir rol oynamakla kalmaz, aynı zamanda daha nitelikli bir işgücü vasıtasıyla ekonomik büyümeye de katkıda bulunur (Schultz, 1961; Becker, 1962). Bu bağlamda, insan sermayesi, ekonomiyi istikrara kavuşturmayı ve ekonomik büyüme ve gelişmeyi arttırmayı hedefleyen gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye için çok önemlidir. Bunun için eğitimin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi yüksek öğrenime sahip bireylerin, ilkokul eğitimi almış ya da daha düşük düzeyde eğitim almış bireylere göre daha sık sağlık hizmetlerinden yararlanması yapılan çalışmanın bulgularında görülmektedir.

Sağlık kuruluşlarındaki personelin tutum ve davranışları, sağlık kuruluşlarının fiziki özellikleri eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetleri talebini ters yönde etkileyebilir. Sağlık kuruluşlarının fiziki özelliklerine özen gösterilmesi, sağlık personelinin hizmet kalitesinin artırılması konusunda eğitilmesi, eğitimi düşük olan bireylerin sağlık hizmetleri talep etmelerinde pozitif etki yaratacaktır. Eğitim düzeyi düşük veya okuma yazma bilmeyen bireylerin sağlık bilinçlerini geliştirme kampanyaları sağlık hizmetleri kullanımını olumlu yönde etkileyebilir. Bu kategoride yer alan bireylere sağlık hizmetleri ve kavramı konusunda eğitim verildiğinde en azından kendi kendilerini tedavi etmek yerine sağlık kuruluşlarına gitmeyi tercih edebilirler. İlkokul, ortaokullar ve liselerde sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri konusunda bireyleri bilgilendirmek koruyucu sağlık hizmetleri talebini arttırabilir.

Sosyo-demografik faktörler içinde bulunan medeni durum ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki pozitif ilişki yapılan çalışmalarda defalarca savunmaktadır (Örneğin bkz. İnsaf vd., 2010; Chen vd., 2008; Dhingra vd., 2010) . Bu çalışmalara paralel olarak, yapılan tez çalışmasında ekonometrik analizden elde edilen bulgular neticesinde evli olan bireylerin bekârlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla talep ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmada kullanılan bağımsız değişkenlerden çalışma durumu ve gelir seviyesi sosyo- ekonomik faktörler arasında en önemli faktörlerdendir. Elde edilen bulgulara göre çalışan bireyler çalışmayan bireylere göre sağlık hizmetlerini daha az kullanma olasılığına sahiptir. Bunun nedeni çalışmayan bireylerin boş zamanlarının daha fazla olması ve bu nedenle daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanması olabilir.

Kolaylaştırıcı faktörler içinde bulunan hanehalkı düzeyine ilişkin özelliklerden, bireylerin yaşadığı yerin (kır/kent) sağlık hizmetleri talepleri ile doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Yapılan çalışmada yaşam yeri değişkenindeki kent ile ilgili gözlemler kırdan daha fazladır. Ancak 2014 yılına ait veriye ulaşılamamıştır. Elde edilen bulgulara göre 2008, 2010 ve 2012 yılları için kentsel alanda yaşayan bireyler kırdaki yaşayanlara göre ayakta tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan hastalar tedavi sürecinde daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmak için şehir merkezlerindeki hastaneleri tercih etmektedirler. Sağlık hizmetlerine erişim için gerekli ulaşım maliyetleri, sigorta primleri, katkı ve katılım payları gibi cepten yapılan ödemeler nedeniyle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler sağlık bakımına erişimde zorlanmaktadır.

Kentsel veya kırsal alandaki sağlık hizmetleri kullanımını arttırabilen faktörlerden biri hizmet veren sağlık kuruluşunun bireyin yaşadığı yere uzaklığıdır. Genel olarak büyük şehirlerde birinci basamak alanında hizmet veren yerler bireylerin yaşadıkları bölgeye yakındır. Ancak küçük şehir veya kırsal alanlarda bunun tam tersidir. Sağlık hizmetleri politikalarının uygulamasında birinci basamak hizmet veren kuruluşların sayısının arttırılması

bireyler açısından bu hizmetlere olan talebi arttırabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanında ikinci basamak sağlık hizmetleri kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetinden faydalanmasını sağlayabilir. Özellikle koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde birarada yürütülmesi hedeflenebilir.

Kolaylaştırıcı faktörlere bağlı olan hanehalkı düzeyine ilişkin özelliklerden sağlık sigortası, önemli faktörlerden biridir. Sağlık sigortasının varlığı bireylerin sağlık hizmeti taleplerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık sigortasının varlığı sağlık sorunlara karşı finansal risklerden koruma sağladığı için kolaylaştırıcı faktörlerin başında gelmektedir. Sağlık sigortasının varlığı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını önemli derecede etkilemektedir (Örneğin: Dhingra vd., 2010; Blackwell vd., 2009). Yapılan araştırmalar da bu konuyu teyit etmektedir. Yapılan çalışmada Logit modelinin sonuçlarına göre 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarında sağlık sigortası olan bireyler, olmayanlara göre tüm sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır. Negatif Binomial modelinden elde edilen bulgularda 2008 yılına ait tüm hizmetlerde sağlık sigortası değişkeni pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık sigortası olan bireyler tüm yıllarda ayakta tedavi hizmetlerinden sağlık güvencesi olmayan bireylere göre daha fazla yararlanmışlardır. Yatakta tedavi hizmetleri ve dış hizmetlerinde hemen hemen aynı sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuç genel olarak, Türkiye'deki sağlık sisteminde kullanılan genel sağlık sigortası uygulamasını yansıtmaktadır. Sağlık güvencesinin varlığı bireyin sağlık hizmetleri kullanma eğilimi olmasa bile koruyucu sağlık hizmetlerini talep etmesini teşvik etmektedir.

Sağlık hizmetleri talebini etkileyebilecek bir diğer önemli sosyo-ekonomik değişken hanehalkı gelir düzeyidir. Tüketici davranış teorisine dayanarak sağlıklı bir birey için diğer etkenler sabit olmak üzere sağlık normal bir mal olduğu zaman, yüksek geliri olan bireyin sağlık hizmetleri için daha fazla talepte bulunduğu söylenebilir. Genel olarak gelir ve sağlık hizmetleri talebi arasında pozitif bir ilişki olması beklenmektedir. Çalışmanın bulgularına dayanarak genel olarak gelir ve sağlık hizmetleri talebi arasında pozitif ilişki gözlenmektedir. Özellikle zengin ve çok zengin bireylerin dış hizmetlerini kullanma oranları çok

yoksul bireylere göre daha fazladır. Ancak analiz sonucunda gelir değişkeninde yer alan bazı kategorilerin negatif ve anlamsız olması Rosenberg ve Hanlon'un (1996) çalışmasına uymaktadır. Bu bağlamda, gelir ve bireylerin genel pratisyen ve uzmanlık hizmetlerine başvurma oranı ilişkisi pozitifken, acil hizmetleri kullanmada ve hastane kabulünde ters etki yaratabilir. Bunun nedeni geliri düşük olan bireylerin önleyici sağlık hizmetleri kullanmaları ihtimali düşük olduğuna göre acil hizmet kullanma ve hastaneye yatma ihtimali yüksektir (Rosenberg ve Hanlon, 1996). Buna ek olarak, genel sağlık hizmetinden yararlananlar katkı payı ödemektedirler. Katkı payının ödenmesi gereksiz yere doktora başvurma sayısını azaltır, ayrıca maliyetler düştüğü gibi verimlilik de artmış olur. Gelir düzeyi düşük olan bireyler önleyici sağlık hizmetlerine önem vermeyen grup olarak sağlık hizmetlerini daha fazla kullanarak daha fazla katkı payı ödemektedirler. Güçlü bir kamu sağlık sektörünün olması, geliri çok düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırması ve arttırması için önemlidir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine erişimin arttırılması ve yetersiz hizmet alan bölgelerin finansal olarak güçlendirilmesi halkın sağlığını olumlu yönde etkileyen faktörler olarak düzenli bir gelir ve sigortalılık yoluyla yapılabilir.

Ankete katılan bireyler 2008 yılı için %39,30; 2010 yılı için %43,09; 2012 yılı için %44,21 ve 2014 yılı için %47,41'i fiziksel rahatsızlık veya sağlık durumunda bir sorunla karşılaştıklarında ilk tercihlerini ikinci basamak (ayakta tedavi) sağlık hizmetlerinden yana kullanmaktadırlar. Bunun nedeni ise sevk zincirinin işlememesinden ötürü birinci basamak sağlık hizmetlerini daha az tercih etmeleridir. Bu durum ayakta tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarındaki personelin hastalara yeterince zaman ayıramamalarına ve başvuran bireylerin bekleme süresinin artmasına neden olarak sağlık hizmetleri talebini ters yönde etkilemektedir. Politika yapıcıları sevk zincirinin daha etkin biçimde işlemlerini sağlayarak bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını olumlu yönde etkileyebilir.

Esasen ihtiyaç faktörü sağlık hizmetleri kullanım sıklığı ve olasılığını belirlediğine göre politika yapıcılara önemli bir bulgu olarak Türkiye'deki sağlık hizmetleri talebini olumlu yönde genişletmek için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki bölgesel eşitsizliklerin ortadan kaldırılması,
- Kırsal bölgelerde etkili ve erişebilir hizmetlerin olması,
- Sağlık hizmetlerinin bireylere eşit ve yaygın olarak sunulması, maliyet açısından uygun olması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bireyler açısından ilk başvuru yeri olarak kullanılması için erişilebilir olması,
- Acil olmayan vakaların sağlık hizmetleri kuruluşlarına gereksiz başvurmaları kaynakların kullanımında israfa neden olmaktadır. Bu hizmetin ücrete tabi olması ve bireylerin bu konuda bilgilendirmesi gereksiz başvuruların azalmasını ve gerçek acil durumlarda kaliteli hizmet sunulmasını sağlayabilir.
- Sağlık hizmetlerinin bilinçli ve verimli kullanımı konusu yaygın eğitime dahil edilirse, bu hizmet için ayrılan kaynakların verimli kullanımı sağlanmış olur.
- Muayene için doktorun hastaya ayırdığı süredeki artış, hastaya tedavi ve ilaçlar hakkında bilgi vermesi ve hastayla ilgilenmesi, hizmete olan talebi artırır. Bu uygulamanın benzeri bazı özel hastanelerde görülmektedir.
- Kırsal alanlarda özellikle kalabalık olan bölgelerde birinci basamak sağlık hizmeti veren personel, sorunların fazla olmasından dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren personele nazaran daha zor şartlarda çalışmaktadır. Örneğin yardımcı sağlık personeli eksikliği ve dengesiz dağılımı iş yükünün fazla olmasına neden olmaktadır. Bu da kaliteli hizmet sunumunu engelleyerek bireylerin sağlık hizmetine talebini düşürebilir. Bu bağlamda kırsal alanda birinci basamak sağlık hizmeti veren çalışanların çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ödeneklerin artırılması koruyucu sağlık hizmetleri talebini olumlu yönde etkileyecektir.
- Bireylerin sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek ve sağlıkta daha eşit düzeyde hizmet sunmak ve sağlık harcamalarının maliyetini azaltmak için birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır. Birinci basamak sağlık hizmetinin verimliliğini ve talebini artırmak için, bu hizmeti sunan merkezlere ekipman ve tıbbi teçhizatın verilmesinin olumlu katkısı olur. Böylece üst basamakta hizmet veren hastanelere başvuru sayısı azalır ve hizmet kalitesi artar.

- Hastanelerde yeterli ve eğitilmiş personelin ve gerekli teçhizatın bulunması, koruyucu hizmete olan talebi artırabilir. Örneğin, Türkiye’de 2003 yılından önce bireyler ağız diş sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duydukları zaman serbest diş hekimlerinden ücretli bu hizmetleri kullanmaktaydılar. Ancak giderek diş ünitesinin ve diş hekimlerinin hastanelerde istihdamının arttırması bireylerin sadece ihtiyaca yönelik değil koruyucu amaçlı diş hizmetlerinden yararlanmasını teşvik etmiştir. İstihdam edilen diş hekiminin hizmet verebilmesi için yeterli fiziki imkân ve teknik donanımın sağlanması bu hizmetlere yönelik talebi arttırmaktadır. Kırsal alanlarda yeteri kadar ağız diş sağlık merkezlerinin oluşması ve bireylere uygulanan politikalar ile hizmetin sunum kapasitesini arttırarak ve hizmete erişimi kolaylaştırarak bireylerin hem ihtiyaç hem koruyucu amaçla diş hizmetleri talebi arttırılabilir.
- Koruyucu diş sağlık hizmetlerinin maliyeti, tedavi edici diş hizmetleri maliyetinden düşük olduğu için bu hizmetlerin kullanımını teşvik ederek toplam sağlık harcamalarında azalma sağlanabilir. Ayrıca diş sağlık hizmetlerinin talebini arttırmak için, ağız diş sağlığı hizmeti veren kuruluşların özellikle fakültelerin verdikleri tedavi hizmetleri dışında doğrudan toplum ile ilişkileri olması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- ABA (American Bar Association) .(2004). Antitrust Health Care Handbook. Third Edition. *USA: Defending Liberty Pursuing Justice*, 95.
- Acton, J.P. (1975). Non-Monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence. *Journal of Political Economy*, 83, 595-614.
- Aday, L.A. (1993). Indicators and Predictors of Health Services Utilization. In Williams, S. and Torrens, P. (Ed.), Introduction to Health Services, *Delmar Publishers Inc., Albany, New York*, 46-70.
- Aday, L.A. ve Begley, C.E., Lairson, D.R. and Balkrishnan, R. (2004). Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity. *Health Administration Press, Chicago*, 252-255.
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B. and Giguère, C. (2004). Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Acad Emerg Med*, 11(12), 1302-1310.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı). *ATAUM Araştırma Dizisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi*, 25, 13-18.
- Akin, J.S, Griffin, C.C. ve Guilkey, D.K. (1985). The demand for primary health services in the third world. *Rowman and Allan head publishers*, 92.
- Akin, JS., Guilkey, DK., Hutchinson, P. and McIntosh, M. (1998). Price elasticity of demand for curatives health care with control for sample selectivity on endogenous illness: An analysis for Sri Lanka. *Health Economics*, 7, 509–531.
- Aktan CC. ve Işık AK. 21. yüzyılda herkes için sağlık: 21 hedef. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdfaktan/herkes-icin.pdf>, Erişim Tarihi: (29.03.2015).
- Aktan, C. C. (2006b). Piyasa Başarısızlığının Anatomisi ve Kamu Ekonomisi Rasyoneli. *Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası*, 9-36. Derleyen C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural. *Ankara: Seçkin Yayınevi*, 16.
- Aktan, C. C. ve Çoban, H. (2006 a). Kamu Sektöründe İyi Yönetim İlkeleri. Kurumsal Devlet Yönetimi-İyi Devlet Yönetimi İçin Kurallar ve Kurumlar. 17- 53. Derleyen C. C. Aktan. Sermaye Piyasası Kurulu Kurumsal Araştırmalar Serisi No:5. Yayın No: 197. *Ankara: SPK Yayınları*, 138.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 36-41.

- Andargie, G. (2008). Introduction to Health Economics', Lectures Notes, For All Health Science Students, EPTHI, *Ethiopia Public Health Training Initiative, University of Gonder*, 1.
- Andersen, R. (1968). A Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series #25, *The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago*.
- Andersen, R. and Newman, JF. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1) 95-124.
- Andersen, R.M. (1968). Families' Use of Health Services: A Behavioral Model of Predisposing, Enabling and Need Components [dissertation]. *West Lafayette, IN: Purdue University*. Available from: <http://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI6902884/> (Erişim Tarihi: 03.02.2017).
- Andersen, R.M. and Aday, L.A. (1978). Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential. *Medical Care*, 14(7), 533-546.
- Andersen, R.M. and Davidson, P.L. (2007). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In Andersen, R.M., Rice, T.H. and Kominski, G.F. (Ed.), *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, John Wiley & Sons Inc. *San Francisco*, 3-31.
- Andersen, R.M. and Davidson, PL.(2001). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski EF, eds. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*". *San Francisco, CA: Jossey-Bass*,3-30.
- Andersen, RM. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, RM. (2014). Foreword. In *Health Care Utilization in Germany - Theory, Methodology, and Results*. Edited by Janssen C, Swart E, von Lengerke T. *New York: Springer*, v–vii.
- Andersen, RM., Yu H, Wyn, R., Davidson, PL., Brown, ER. and Teleki, S. (2002). Access to Medical Care for Low Income Persons: How do Communities Make a Difference? *Med Care Res Rev*, 59(4), 384-411.
- Ani, C., Bazargan, M., Bazargan-Hejazi, S., Andersen, RM., Hindman, DW. and Baker, R.S. (2008). Correlates of Self Diagnosis of Chronic Medical and Mental Health Conditions in Under Served African American and Latino Populations. *Ethnicity & Disease*, 18, 105- 111.

- Anton, J.I. and Bustillo, R.M. (2010). Health Care Utilisation and Immigration in Spain. *Eur. J. Health Econ.* 11, 487–498.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Asefzadeh, S., Rezapur, A. and Moini Naini, M. (2009). Estimated demand for health services in Nain. *Scientific Journal of the Student Research Committee of Qazvin University*, 5(18), 9-22.
- Babitsch, B., Bormann, C., Gohl, D. and Ciupitu-Plath, CC. (2014). Gender and Utilization of Health Care. In Health Care Utilization in Germany - Theory, Methodology, and Results. *Edited by Janssen C, Swart E, von Lengerke T. New York*, 101–116.
- Babitsch, B., Gohl, D. and Lengerke, T.V. (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.
- Backhaus, U. (2007). A History of German and Austrian Economic Thought on Health Issues. *Duitsland: Groningen*, 11.
- Bagod'Uva, T. and Jones, A.M. (2012). Health Care Utilisation in Europe: New Evidence From the ECHP. *Journal of Health Economics*, 28, 265–279.
- Bähler, C., Signorell A. and Reich O., (2016), Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. *Plos One*, 11(9), 1-17.
- Bailey, S. J. (1995). Public Sector Economics. *Macmillan Press*. First Edition, 28.
- Balia, S. and Jones, A. M. (2008). Mortality, lifestyle and Socio-Economic Status. *Journal of Health Economics*, 27, 1-26.
- Baltagi, B.H. Moscone, F. and Tosetti, E. (2011). Medical Technology and the Production of Health Care. *Discussion Paper*, 5545, 1-21.
- Bayati, M., Akbariyan, R., Kavoosi, Z., Sadrayi Javaheri, A., Amini Razani, M. and Delavari, S. (2012). Sosio-Economic Determinants of Health in the West Pasific: Panel Data analysis. *Journal of Social Welfare*, 47(12), 111-128.
- Becker, G. (1965). A theory of the allocation of time. *Economic Journal*, 65, 493–517.
- Belay, M. (2013). Determinants of Demand for Health Care Services in Mekelle City. Master Thesis, College of Business and Economics Department of Economics, *Mekelle University, Ethiopia*, 10-27.

- Bergmann, E., Kalcklösch, A. and Tiemann, C. (2005). Public Health Care Utilization; Initial Results of the Telephone Health Survey. *Federal Health Journal -Health Research- Health Protection*, 48 (12),1337-1365.
- Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L., Callahan, E.J. and Robbins, J.A. (2000). Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.
- Bitran, R. A. and McInnes, D. K. (1993). The Demand for Health Care in Latin America: Lessons from the Dominican Republic and El Salvador. *Washington D.C.:World Bank*, 14.
- Blackwell, DL., Martinez, ME., Gentleman, JF., Sanmartin, C. and Berthelot, JM. (2009). Socioeconomic Status and Utilization of Health Care Services in Canada and the United States: Findings From a Binational Health Survey. *Med Care*, 47(11), 1136-46.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C.M., Osborn, R., Scoles, K.L. and Zapert, K. (2002). Inequities in Health Care: A Five Country Survey. *Health Affairs, PubMed*. 21, 182–191.
- Bloom, D.E. and Canning, D. (2000). The Health and Wealth of Nations. Science's Compass, *Policy Forum: Public Health*, 287, 1207–1209.
- Blum, L. H. (1974). Planning for Health: Development and Application of social Change Theory. *New York: Human Sciences Press*.
- Brannan, M. A. and Heflinger, C. A. (2005). Child Behavioral Health Service Use and Caregiver Strain: Comparison of Managed Care and Fee for Service Medicaid Systems. *Mental Health Services Research*, 7(4), 197–211.
- Brennenstuhl, S., Fuller-Thomson, E. and Popova, S. (2010). Prevalence and Factors Associated with Colorectal Cancer Screening in Canadian women. *J Womens Health (Larchmt)*, 19,775-784.
- Bronner, K., Mesters, I., Weiss-Meilik, A., Geva, R., Rozner, G., Strul, H., Inbar, M., Halpern, Z. and Kariv, R. (2013). Determinants of Adherence to Screening by Colonoscopy in Individuals With a Family History of Colorectal Cancer. *Patient Educ Couns*, 93, 272–281.
- Brown, ER., Davidson, PL., Yu, H., Wyn, R., Andersen, RM., Becerra, L. and Razack, N. (2004). Effects of Community Factors on Access to Ambulatory Care for Lower Income Adults in Large Urban Communities. *Pub Med*, 41(1), 39-56.
- Broyles, RW., McAuley, WJ. and Baird-Holmes, D. (1999). The Medically Vulnerable: Their Health Risks, Health Status, and Use of Physician Care. *J Health Care Poor Underserved*, 10(2), 186-200.

- Buchanan, J. M. and Tollison, R. D. (1972). Theory of Public Choice: Political Applications of Economics. *Misgihan Universty Pres*, 51-55.
- Buja, A., Fusco, M., Furlan, P., Bertoncello, CH., Baldovin, T., Casale, P., Marcolongo, A. and Baldo, V. (2014). Characteristics, Processes, Management and Outcome of Accesses to Accident and Emergency Departments by Citizenship. *Int J Public Health*, 59,167–174.
- Bulutoglu, K. (1988). *Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Kuramı*. Filiz Kitabevi, İstanbul, 251.
- Burström, B. (1990). Increasing Inequalities in Health Care Utilisation Across Income Groups in Sweden During the 1990s. *Health Policy*, 62, 117–129.
- Cameron, A.C. and Trivedi P.K. (1998). "Regression Analysis of Count Data", New York: Cambridge University Press.
- Cameron, A.C. and Trivedi P.K.. (2005). *Microeconometrics Methods and Applications*. New York: Cambridge University Press, 470-691.
- Cameron, A.C. and Trivedi, P.K. (1986). Econometric Models Based on Count Data: Comparisons and Applications of Some Estimators and Tests. *Journal of Applied Econometrics*, 1, 29-54.
- Cameron, A.C., Trivedi P.K., Milne, F. and Piggott, J. (1988). A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia. *Review of Economic Studies*, 55, 85-106.
- Canavos, G.C. and Miller, D.M. (1999). *Introduction to Modern Business Statistics*. 2nd ed. Pacific Grove, California: Duxbury Press.
- Cardoso, C. (2008). Health Economics or Health Care Economics? *Polytechnical Studies Review*, 6 (10), 189-198.
- Chang, K. and Ying, Y. H. (2008). An Empirical Study on Health in Taiwan and Its long-Term Adjustment. *The Journal of the Japanese Economic Association*, 59(1), 84-88.
- Chen, AW., Kazanjian, A. and Wong, H., (2008). Determinants of Mental Health Consultations Among Recent Chinese Immigrants in British Columbia, Canada: Implications for Mental Health Risk and Access to Services. *J Immigr Minor Health*, 10(6), 529-40.
- Cherkin, DC. Grothaus, L. and Wagner, EH. (1989). The Effect of Office Visit Copayments on Preventive Care Services in an HMO. *Inquiry, A Journal of Medical Care Organization, Provision and Finsncity*, 27(1), 24–38.
- Ching, P. (1992). *Factors Affecting the Demand for Health care in Philippines*. working paper series, Philippine Institute for Development, 4.

- Cleary, P.D., Mechanic, D. and Greenley, J.R. (1982). Sex Differences in Medical Care Utilization: An Empirical Investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 106-119.
- Contoyannis, C. , Jones, A. and Rice. N. (2004). The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey. *Journal of Applied Econometrics*, 19(4), 473-503.
- Culyer, A. (2005). The Dictionary of Health Economics. *Cheltenham: Edward Elgar*, 150-152.
- Culyer, A. J. (1981). *Health, Economics and Health Economists*. In J. Van de Gaag, & M. Perlman (Eds.). Amsterdam: North- Holland, 3.
- Cushman W. P. and Beyrer M. K. (1965). *Positive Health: Desings for Actions*, Marian K. Solleder ve Robert Kaplan, Charles E. Merrill Book, Inc., Ohio, 2.
- Çelik, Y. (2000). The socio-economic determinants of alternative sources of antenatal care in Turkey. *International Journal Of Health Planning and Management*, 15(13), 221-35.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Siyasal Kitap Evi, Ankara, 22-135.
- Çelik, Y. and Hotchkiss, D.R. (2000). The socioeconomic determinants of maternal health care utilization in Turkey, *Social Science and Medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Çıraklı, Z. and Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda ve Maliyet Etkililik Göstergelerinin İncelenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi* 19-21 Mart 2009, 347-365, Antalya.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 11-19.
- Çoban, S. (2007). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 34.
- Davidson, PL., Andersen, RM., Wyn, R. and Brown, ER. (2004). A Framework for Evaluating Safety-net and Other Community Level Factors on Access for Low-Income Populations. *The journal of Health Care Organization Provision, and Financing*, 41(1), 21-38.
- Davis, K. and Russell, LB. (1972). The Substitution of Hospital Outpatient Care for Inpatient Care. *Review of Economics and Statistics*, 54, 109–20.

- De Boer, AG., Wijker, W. and De Haes, HC. (1997). Predictors of Health Care Utilization in the Chronically Ill: A Review of the Literature. *Health Policy*, 42(2), 101-15.
- Dean, C. and Balshaw, R. (1997). Efficiency Lost by Analyzing Counts Rather Than Event Times in Poisson and Overdispersed Poisson Regression Models. *Journal of the American Statistical Association*, 92, 1387–1398.
- Deaton, A. (1987). Estimation of Own and Cross-Price Elasticities From Household Survey Data. *Journal of Econometrics*, 36(1–2), 7–30.
- Deb, P. and Holmes, A.M. (2000). Estimates of Use and Costs of Behavioural Health Care: A Comparison of Standard and Finite Mixture Models. *Health Economics*, 9(6), 475-489.
- Deb, P. and Trivedi P.K. (1997). Demand for Medical Care by the Elderly: A Finite Mixture Approach. *Journal of Applied Econometrics*, 12, 313-336.
- Decker, S. L. and Remler, D. (2005). How Much Might Universal Health Insurance Reduce Socioeconomic Disparities in Health? A Comparison of the U.S. and Canada. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3, 205–16.
- Dever, A. (1980). *Community Health Analysis: A Holistic Approach*. Germantown, Maryland, USA: Aspen Systems Corporation, 12.
- Dewar, D. (2010). *Essentials of Health Economics*. London: Jones and Bartlett Publishers, 10.
- Dhingra, S.S., Zack, M., Strine, T., Pearson, W.S. and Balluz, L. (2010). Determining Prevalence and Correlates of Psychiatric Treatment with Andersen's Behavioral Model of Health Services Use. *Psychiatric Services, PubMed*, 61(5):524–528.
- Di Matteo, L. (2003). The income elasticity of health care spending, a comparison of parametric and nonparametric approaches. *European Journal of Health Economics*, 4(1), 20–9.
- Dinler, Z. (2006). *Mikro ekonomi*. Ekin Yayıncılık, İstanbul, 203-212.
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C. and Themessl-Huber, M. (2012). What Do We Know about Who Does and Does not Attend General Health Checks? Findings from a Narrative Scoping Review. *BMC Public Health*, 12, 723.
- Duggal, R. (2008). Inequities in Access to Health Care. In Sardeshpande, N. & Shukla, A. (eds), *A Report on Health Inequities in Maharashtra*. Pune, India: Support for Advocacy and Training into Health Initiatives (SATHI).

- Enginkaya, E. (2000). Sağlık Hizmetleri Tutundurma. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 4(4), 75.
- Erdem, R. ve Pirinçci, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Elazığ, Ö.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(1), 39-46.
- Eren, N. ve Öztekin, Z. (2001). *Sağlık Ocağı Yönetimi*, 7. Baskı, Ankara: Palme Yayın Evi, 294.
- Fabbri, D. and CH. (2003). Public Vs. Private Health Care Services Demand in Italy. *Giornale degli Economisti e Annali di Economia (Journal of Economists and Annals of Economics)*, 62(1), 93-123.
- Fayissa, B. and Gutema, P. (2005). Estimating a health production function for Sub-Saharan Africa. *Applied Economics*, 37(2), 155 -164.
- Feldstein, P.J. (2007). *Health Policy Issues. An Economic Perspective*, AuphaPress, Fourth Edition, Washington D.C. 52.
- Field, K.S. and Briggs, D.J. (2001). Socio-economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health-care. *Health and Social Care in the Community*, PubMed, 9(5), 294-308.
- Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası, 5-6.
- Flores, G., Bauchner, H. and Fainstein, AR. (1998). The Impact of Ethnicity, Family Income and Parental Education on Children's Health and Use of Health Services, *American Journal of Public Health*, 89, 1066-1071.
- Franzel, K. and McCready, D. (1979). Health Economics: A Subdiscipline? *Economic Development and Cultural Change*, 27(2), 267-282.
- Freiberg, L. and Scutchfield, FD., (1976). Insurance and the demand for hospital care: an examination of the moral hazard. PubMed, 13, 54-60.
- Frence, R. K. and Groven, R. (1992). What is The Health Care Product. *Journal of Health Care Marketing*, 12(2), 32.
- Fuchs, V. R. (2005). Health Care Expenditures Reexamined. *Annals of Internal Medicine*, 143 (1), 76-78.
- Fuchs, V.R. and Kramer, M. (1972). Determinants of Expenditures for Physicians' Services in the United States, 1948-1968. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare publications, *National Bureau of Economic Research occasional*, 117.
- Fujita, M., Sato, Y., Nagashima, K., Takahashi, S. and Hata, A. (2016). Income Related Inequality of Health Care Access in Japan: A Retrospective Cohort Study. *PLoS ONE*, 11(3), 1-19.

- Gerdtham, M.J.(1996). New estimates of the Demand for Health: Result Based on a Categorical Health Measure and Swedish Micro Data. Department of Economics, Stockholm School of Economics, Stockholm, Sweden. *Working Paper Series in Economics and Finance*, No. 205.
- Getrler, P. J., Locay, L. and Sanderson, W. C. (1987). Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *National Bureau of Economic Research- NBER. Working Paper*, 2299, 16.
- Getzen, T. (2000). Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *Journal of Health Economics*, 19(2), 259–270.
- Ghosh, S. (2011). Catastrophic Payments and Impoverishment Due to Out-of-Pocket Health Spending. *Economic and Political Weekly*, 46(47), 63–70.
- Ghosh, S. (2014). Trends and Differentials in Health Care Utilisation Pattern in India. *Journal of Health Management*, 16(3), 1–27.
- Ghosh, S. (2015). Socio-Economic Patterns in Inpatient Care Utilisation in India: Is the Income Effect Withering? *The Journal of Applied Economic Research*, 9(1), 39–60.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, CH., Dimitrakaki, CH., Ravens-Sieberer, U. and Tountas, Y. (2010). Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece. *Journal of Adolescence*, 33, 477–485.
- Giray, H., Meseri, R., Saatlı, G., Yüçetin, N., Aydın, P. ve Uçku, R. (2008). Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi. *TSK Koruyucu Model Önerisi Hekimlik Bülteni*, 7(1), 81-6.
- Gold, M. (1984). The Demand for Hospital Outpatient Services. *Health Service Research*, 19, 384–412.
- Gong, Y., Yin, X., Wang, Y., Li Qin, G., Liu, L., Zhou, W., Song, F., Dong, X., Cao, SH., Yang, CH., Yang, H., Xie, J., Liu, J. and Lu, Z. (2014). Social Determinants of Community Health Services Utilization among the Users in China: A 4-Year Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(5),1-8.
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M. and Pavlova, M. (2017). Utilization of Health Care Services by Migrants in Europe aSystematic Literature Review. *British Medical Bulletin*, 1-14.
- Greene, W. (2007). Functional Forms for the Negative Binomial Model for Count Data. *Economic Letters*, 99, 585-590.
- Griffith, W., Hill, E. R. C. and Judge, G. G. (1993). *Learning and practicing econometrics*. John Wiley & Sons. Inc., Canada.

- Grossman, M. (1972a). The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. *New York, National Bureau of Economic Research*, 119.
- Grossman, M. (1999). The Human Capital Model of the Demand for Health. Number 7078 in Working Paper. *National Bureau of Economic Research, New York*.
- Grossman, M. (2004). The Demand for Health, 30 Years Later: A Very Personal Tetrospective and Prospective Reflection. *Journal Health Economics*, 23, 629-636.
- Grossman, M. (1972b). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80 (2), 224-255.
- Gruber, S. and Kiesel, M. (2009). Ageing and retirement in Europe. *University of Bamberg Press, Bamberg*, 94– 143.
- Gruber, S. and Kiesel, M. (2010). Inequality in Health Care Utilization in Germany? Theoretical and Empirical Evidence for Specialist Consultation. *Journal of Public Health*, 18, 351-365.
- Guessous, I., Dash, C., Lapin, P., Doroshenk, M., Smith, RA. and Klabunde, CN. (2010). National Colorectal Cancer Roundtable Screening Among the 65 Plus Task G: Colorectal Cancer Screening Barriers and Facilitators in Older Persons. *Prev Med*, 50, 3–10.
- Guo, J.Q. and Trivedi, P.K. (2002). Flexible Parametric Distributions for Long-tailed Patent Count Distributions. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 64, 63–82.
- Gupta, I. and Dasgupta, P. (2002). Demand for Curative Health Care in Rural India: Choosing between Private, Public and No Care. *Indian National Council of Applied Economic Research, Working Paper Series*, No. 82.
- Gurmu, S. (1997). Semi-Parametric Estimation of Hurdle Regression Models with an Application to Medicaid Utilization, *Journal of Applied Econometrics*, 12(3), 225-43.
- Güneş, C., M. Ünlü, Y. Büyükkör, Ş. ve Üçdoğruk, B. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebinin Sayma Veri Modelleriyle İncelenmesi: İçsellik Sorunu. *Sosyoekonomi*, 24(30), 113-128.
- Habicht, J. and Kunst, AE. (2005). Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia 1999. *Soc Sci Med*, 60, 777–787.
- Hajek, A., Bock, J.O. and König, H.H. (2017). Which Factors Affect Health Care Use Among Older Germans? Results of the German Ageing Survey. *BMC Health Services Research*, 2-8.

- Halicioglu, F. (2010). Modeling life Expectancy in Turkey, *MPRA Paper* No. 30840, Available at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/30840/>.
- Hammond, WP., Matthews, D. and Corbie-Smith, G. (2010). Psychosocial Factors Associated with Routine Health Examination Scheduling and Receipt Among African American Men. *Journal Natl Med Assoc*, 102(4), 276-89.
- Hausman, J.A., Hall, B. and Grilliches, Z. (1984). Econometric Models for Count Data with an Application to the Patents-R&D Relationship. *Econometrica*, 52, 909-938.
- Hayran, O. (1998). *Sağlık ve Hastalık Kavramları*. Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Hayran, O. ve Sur, H.(Ed.). Yüce Yayım, İstanbul, ss.1-9.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Hasta Yönetiliciği*. İstanbul: Nobel Kitapevi. ss: 17-18.
- Herndon, J. B. (2002). Health Insurer Monopsony Power: The All-or-None Model. *Journal of Health Economics*, 21,197–206.
- Hochhausen, L., Le, HN. and Perry, DF. (2011). Community Based Mental Health Service Utilization Among low Income Latina Immigrants. *Community Ment Health J*, 47(1), 14-23.
- Hoebel, J., Starker, A., Jordan, S., Richter, M. and Lampert, T. (2014). Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health, Germany*, 14, 913, 1-12.
- Howard, M. (2001). *Public Sector Economics for Developing Countries*. Kanada: University of the West Indies Press, pp:6.
- Hsu, HY. and Gallinagh, R. (2001). The Relationships Between Health Beliefs and Utilization of Free Health Examinations in Older People Living in a Community Setting in Taiwan. *J Adv Nurs* , 35, 864–873.
- Hulka, BS. and Wheat, JR. (1985). Patterns of Utilization. The Patient Perspective. *Med Care*, 23(5), 438-60.
- Insaf, TZ., Jurkowski, JM. and Alomar, L. (2010). Sociocultural Factors Influencing Delay in Seeking Routine Health Care Among Latinas: A Community Based Participatory Research Study. *Ethn Dis*, 20(2), 148- 54.
- Insel, P.M. and Roth, W.T. (2002). *Core Concepts in Health*. 9th Edn. McGraw-Hill Companies Inc. ISBN

- JanBen, C., Sauter, S. and Kowalski, C. (2012). The Influence of Social Determinants on the Use of Prevention and Health Promotion Services: Results of a Systematic Literature Review. *Psycho-social Med*, 9, 1-12.
- Janicke, D. M., Finney, J. W. and Riley, A. W. (2001), Children's Health Care Use: A Prospective Investigation of Factors Related to Care Seeking. *Medical Care*, 39(9), 990-1001.
- Jones, AM., Koolman, X. and van Doorslaer, E. (2006). The Impact of Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists in European Countries. *Ecuity - Public Papers. Annals of Economics and Statistics*, 83/84, 251-275.
- Julfikar, A.K. and Noman, A.N.K. (2013), Determinants of Demand for Health Care in Bangladesh: An Econometric Analysis. *World Journal of Social Sciences*, 3(6), 153 – 163.
- Kadushin. G. (2004). Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work. *Health Soc Work*, 29(3), 219- 44.
- Karaca, Ş. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama*. Beta Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, s: 3-25.
- Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 109- 271.
- Karsiye, I., Ssewanyana, S., Nabyonga, J. and Lawson, D. (2004). Demand for Health Care Services in Uganda: Implications for Poverty Reduction. *Economic Policy Research Center, Makerere University*. MPRA Paper No 8558.
- Kavaklı, A. (1992). *Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme*. İstanbul: Hilal Matbaacılık, 35.
- Kavuncubaşı, S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 18-65.
- Kavuncubaşı, S. ve Kısa, A. (2008). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1778, 3-32.
- Kavuncubaşı, S. ve Yıldırım, S. (2010). *Hasta ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 23-39.
- Kaya S. (1996). Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 11, 2-14.
- Kaya, S. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 66(10), 101-106.

- Kıdak, L. B., ve Aksaraylı, M. (2008). Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 87-122.
- Kılıç, D. ve Çalışkan, Z., (2013). Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Davranışsal Model. *NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ve Nevşehir University Journal of Social Sciences* 2, 192-206.
- Kısa, A., (1999). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Usta Matbaacılık, Ankara, 69-108.
- Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K. and Knesebeck, O. (2014). Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review In Health Care Utilization in Germany - Theory, Methodology, and Results. *Edited by Janssen C, Swart E, von Lengerke T. New York*, 117–143.
- Koç, Ç. (2004). The Effects of Uncertainty on The Demand For Health Insurance. *The Journal of Risk And Insurance*, 71(1), 41-61.
- Kone G., Lalou R., Audibert M., Lafarge H., Dos Santos ST. and Hesran JY. (2015). Use of Health Care Among the Urban Poor in Africa: Does the Neighbourhood Have an Impact?. *Health Policy and Planning*, March 13,1-13.
- Krajewski, S. A., Hameed, S. M., Smink, D. S. and Rogers, S. O. (2009). Access to Emergency Operative Care: A Comparative Study Between the Canadian and American Health Care Systems. *Surgery, PubMed*, 146, 300–307.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 117.
- Labeit, A., Peinemann, F. and Baker, R. (2013). Utilisation of Preventative Health Check-Ups in the UK: Findings From Individual Level Repeated Cross Sectional Data From 1992 to 2008. *BMJ Open*, 1-18.
- Laporte, A. (2004). Do Economic Cycles Have a Permanent Effect on Population Health?. Revisiting the Brenner Hypothesis, *Health Economics*, 13 (8), 767-79.
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U. and Woolhandler, S. (2006). Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross- National Population-Based Survey. *American Journal of Public Health*, 96, 1300–1307.
- Lavy, V. and Germain, J.M. (1994). Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries. *Living Standard Measurement Study Working Paper 105*, World Bank, Washington D.C., 11.

- Lebrun, L. A. and L. C. Dubay. (2010). Access to Primary and Preventive Care among Foreign- Born Adults in Canada and the United States. *Health Services Research*, 45, 1693–712.
- Lei, H., Li, L., Liu, X. and Mao, A. (2009). Quantitative Study On Socioeconomic Determinants of life Expectancy in Beijing, China. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2),92–98.
- Levinson, F.J. (1974). An Econometric Analysis of Malnutrition among Yong Children in Rural India. Cambridge, MA: Cornell/MIT *International Nutrition Policy Series*.
- Li, L, Yang, S, Lui, G. and Cretin, S. (1994). Forecast model for medical expenses and insurance factor analysis. *Chinese Health Service Management*, 5, 235–40.
- Liao T. F. (1994). Interpreting probability models, logit, probit and other generalized linear models. London: International Educational and Professional Publisher, Series/Number: 07/101, *Sage Publications*. PP: 10-13.
- Light, D.W. (1997). From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and essons from the British Experience. *The Milbank Quarterly*, , 75, 297-341.
- Liu, Li. (2014). The Health Heterogeneity of and Health Care Utilization by the Elderly in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, 11(2), 1384–1397.
- Long, J.S. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*, California: *Sage Publications*, 217-244.
- Lucas, A.O. and Giles, H.M. (2004). *Short Textbook of Public Health Medicine for the Tropics*. 4th Edn. Book Power.
- Lungen. M, Stollenwerk. B, Messner. P, Lauterbach, KW. and Gerber. A. (2008). Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany. *International J for Equity in Health*, 7,1.
- Macstavic, RE. (1978). Determining Health Needs. *Health Administiration Press*, Washington, 73-74.
- Manning, WG., Newhouse, JP., Duan, N., Keeler, EB. and Leibowitz, A. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment. *American Economic Review*,77(3), 251–277.
- Marshall, A. (1948). Principles of Economics (Eighth ed.). New York: *The Macmillan Company*, 1-14.

- Martin-Lopez, R., Hernandez-Barrera, V., de Andres, AL., Carrasco-Garrido, P., de Miguel, AG. and Jimenez-Garcia, R.(2012). Trend in Cervical Cancer Screening in Spain (2003–2009) and Predictors of Adherence. *Eur J Cancer Prev, PubMed*, 21, 82–88.
- McConnell, C. R., Brue, S. L. and Campbell R. R. (2004). *Microeconomics: Principles, Problems, and Policies*. 16th Edition. McGraw-HillProfessional, 433.
- McCusker, J., Karp, I., Cardin, S., Durand, P. and Morin, J.(2003). Determinants of Emergency Department Visits by Older Adults: a Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2003 Dec;10(12):1362-70.
- McGrail, K. M., Van Doorslaer, E., Ross, N. A. and Sanmartin, C. (2009). Incomerelated Health Inequalities in Canada and the United States: A Decomposition Analysis. *American Journal of Public Health*, 99, 1856–1863.
- McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (2005). *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. London and Newyork. Taylor & Francis e-Library, 105-120.
- McPake, B. (1993). User Charges For Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature. *Social Science and Medicine*, 36(11), 1397- 405.
- McPake, B. and Normand, C. (2008). *Health Economics, An international perspective*. (Second ed.), New York: Routledge, 1-25.
- Merson, M. H., Black, R. E. and Mills, A. (2006). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Jones & Bartlett Publishers, 620.
- Messing, S. D. (1970). Social Problems Related to the Development of Health in Ethiopia,. *Social Science and Medicine*, 3, 331-37.
- Mikkonen, J. and Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: the Canadian facts*. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication, 35.
- Mishra, SI., DeForge, B., Barnet, B., Ntiri, S. and Grant, L. (2012). Social Determinants of Breast Cancer Screening in Urban Primary Care Practices: A Communityengaged Formative Study. *Womens Health Issues*, [PubMed][Cross Ref], 22, 429–438.
- Mohan, R. and Mirmirani, S. (2007). An Assessment of OECD Health Care System Using Panel Data Analysis, *Southwest Business and Economics Journal*, 2-15.

- Morris, S., Devlin, N and Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*. England: John Wiley & Sons Ltd, 149.
- Mugilwa, L. O., Wasala, W. O. and Oyugi, L. N. (2005). Health Care Services Utilization in Kenya. Poverty Monitoring, Measurement and Analysis (PMMA) Network, 1-21.
- Muller, A. (2002). Education, Income Inequality, and Mortality: a Multiple Regression Analysis. *British Medical Journal*, 324: 1-4.
- Munkin, M.K. and Trivedi P.K. (1999). Simulated Maximum Likelihood Estimation of Multivariate Mixed-Poisson Regression Models with Application. *Econometrics Journal*, 2(1), 29-48.
- Mushkin, J. S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*. 73(9), 785-794.
- Mutlu, A. ve Işık A. (2005). *Sağlık Ekonomisi*. Ekin Kitapevi, Bursa, 10-67.
- Mutlu, A. ve Işık, K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa, 59.
- Mwabu, G. (2008). Health Economics for Low-Income Countries. In: Schultz, T.P., Strauss, J., (eds.). *Handbook of Development Economics*, 4 (5).
- Nabalamba, A. and Millar, WJ. (2007). Going to the Doctor. *Health Rep*, 18(1),23-35.
- Newbold, P. (1995). *Statistics for Business and Economics*. 4th Ed., Englewood Cliffs; New Jersey: Prentice Hall.
- Newhouse, J. (1993). *Free For All? Lessons From the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Norredam, M., Nielsen, SS. and Krasnik A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe: A systematic Review. *Eur J Public Health*,20, 555–63.
- Nyonator, F. and Kutzin, J. (1999). Health for Some? The effects of user fees in the Voltaa Region of Ghana. *Health Policy Plan*, 14(4), 329-341.
- O'Neill, J. and O'Neill, D. (2007). Health Status, Health Care, and Inequality: Canada vs. United States. *Forum for Health Economics and Policy*, 10, 1–43.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi*, Yanın No: 1862. AçıkÖğretim Fakültesi Yayın No: 977, 28-29.

- Oh, KM. and Jacobsen KH. (2014). Colorectal Cancer Screening Among Korean Americans: A Systematic Review. *J Community Health*, 39, 193–200.
- Özer, M. (2005). Faktör Piyasaları ve Faktör Gelirleri. İktisada Giriş. Derleyen İlyas Işıklar. *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını*, 1472, 211-227.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-218.
- Öztek, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Palme Yayıncılık, Ankara, 55-56.
- Öztürk, E. (2005). Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine. *Sayıştay Dergisi*, 56, 5.
- Öztürk, M. (2000). Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar. *İstanbul: MTM Yayın*, 6, 144.
- Padgett, DK. and Brodsky, B. (1992). Psychosocial Factors Influencing Nonurgent Use of the Emergency Room: a Review of the Literature and Recommendations for Research and Improved Service Delivery. *Soc Sci Med*, 35(9), 1189-1197.
- Pampel, F. (2000). *Logistic regression a primer*. London: International Educational and Professional Publisher. Series/Number 07/132, Sage Publications.
- Parasız, İ. (1994). *Mikro Ekonomi*. Ezgi Kitabevi Yayınları, Beşinci Baskı, Bursa, 194.
- Parslow, R., Jorm, A., Christensen. H. and Jacomb, P. (2002). Factors Associated with Young Adults' Obtaining General Practitioner Services. *Aust Health Rev*, 25(6), 109-18.
- Pedrick, A. M. (2001). The Health Production Function: The Effect of Socio-Economic Variables on an Individual's Health Status. An Unpublished dissertation submitted to the *Department of Economics*, Union College Schenectady, New Yourk.
- Penner, S. (2003). *Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, A Wolters KluwerCompany. 21-27.
- Phillips, KA., Morrison, KR., Andersen, R. and Aday, LA. (1998). Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Serv Res*. 33(3), 571-96.

- Pohlmeier, W. and Ulrich, V. (1995). An Econometric Model of the Two-Part Decision Making Process in the Demand for Health Care. *Journal of Human Resources*, 30, 339-61.
- Pohlmeier, W. and Ulrich, V.(1995). An Econometric Model of the Two Part Decision Making Process in the Demand of Medical Care. *J Hum Resour*, 30, 339–361.
- Powell-Jackson T., Macleod, D., Benova, L., Lynch, C. and Campbell, O.M.R. (2015). The role of the private sector in the provision of antenatal care: a study of Demographic and Health Surveys from 46 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*, 20(2), 230–239.
- Pradhan, M. and Prescott, N. (2002). Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. *Health Economics*, 11(5), 431-446.
- Pylypchuk, Y. and Sarpong. E. M. (2012). Comparison of Health Care Utilization: United States Versus Canada. *Health Research and Educational Trust*, 560-581.
- Reijneveld, SA., Wiegersma, PA., Ormel, J., Verhulst, FC., Vollebergh, WAM. and Jansen, DEMC. (2014). Adolescents' Use of Care for Behavioral and Emotional Problems: Types, Trends, and Determinants. *PLoS ONE*, 9(4), 1-12, e93526.
- Reinhardt, U. E. (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5), 337.
- Ricci, F. and Zachariadis, M. (2006). Determinants of Public Health Outcomes: A Macroeconomic Perspective. *Computing in Economics and Finance. Society for Computational Economics*. 1-35.
- Richter, M., Brand, H. and Rössler, G. (2002). Socioeconomic Differences in the Utilisation of Screening Programmes and Health Promotion Measures in North Rhine-Westphalia, Germany. *Gesundheitswesen (Health Service)*, 64, 417–423.
- Ringel, J.S, Hosek, SD, Vollaard, BA, and Mahnovski, S. (2002). The Elasticity of Demand for Health Care A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System. *Santa Monica, RAND Institution Publications*, 1-68.
- Riphahn, R., Wambach, A. and Million, A. (2003). Incentive effects in the demand for health care: A bivariate panel count data estimation. *Journal of Applied Econometrics*, 18, 387 - 405.
- Riphahn, R.T., Wambach, A. and Million, A. (2003). Incentive Effects in the Demand for Health Care: A Bivariate Panel Count Data Estimatio. *Journal of Applied Econometrics*, 18(4), 387-405.

- Rosenberg, MW. and Hanlon, NT. (1996). Access and Utilization: A Continuum of Health Services Environments. *Social Science and Medicine*, 43(6), 975-983.
- Rückert, IM., Böcken, J. and Mielck, A. (2008). Are German Patients Burdened by the Practice Charge for Physician Visits ('Praxisgebuehr'). A Cross Sectional Analysis of Socioeconomic and Health Related Factors. *BMC Health Serv*, 8(232),1–13.
- Sachs, J. D. (2001). Macroeconomics and Health: Investing on Health for Economic Development. *Report of The Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>(20.09.2015).
- Salvatore, D. and Diulio, E. A. (2003). *Schaums's Easy Outline of Principles of Economics*. USA: The McGraw-Hill Companies, 111.
- Saraçoğlu, S. (2014). *Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, Ankara.
- Sauerborn, R., Nougara, A. and Latimer, E. (1994). The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy and Planning*, 9(2), 185–92.
- Saunders, R. C. and Heflinger, C. A. (2003). Access to and Patterns of Use of Behavioral Health Services Among Children and Adolescents in TennCare. *Psychiatric Services*, 54(10), 1364–1371.
- Saurina, C., Vall-Llosera, L. and Saez, M. (2012). Factors determining access to and use of primary health care services in the Girona Health Region (Spain). *Eur J Health Econ*, 13: 419–427.
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics. *Bull World Health Organ* [online] , 82 (2), 139-140.
- Sayım, F. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, İstanbul, 5 (1), 1-9.
- Schoder, O. and Zweifel, P. (2011). Flat-of-the-Curve Medicine: a New Perspective on the Production of Health. *Health Economics Review*,1(2), 1-10.
- Schultz, R., and Johnson, A.C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services*. Strategic Issues And Performance, Beard Books, Washington, D.C., 10-20.
- Scitovsky, AA. and Snyder, NM. (1972). Effect of Coinsurance on Use of Physician Services. *Social Security Bulletin*, 35(6), 3–19.

- Selim, S. (2009). *Türkiye’de İç Göç Üzerine Ekonometrik Bir Analiz*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Serin, N. ve Çakıcı, L. (1990). *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*. Ankara, 23.
- Siddiqi, A., Zuberi, D. and Nguyen, Q. C. (2009). The Role of Health Insurance in Explaining Immigrant versus non Immigrant Disparities in Access to Health Care: Comparing the United States to Canada. *Social Science and Medicine*, 69,1452–1459.
- Siddiqui, R. and Mahmood, M.A. (1994). The Determinants of Health Status: A Cross-Country Analysis. *The Pakistan Development Review*, 33, 745-758.
- Smith, A. (2010). *Milletlerin Zenginliği*. (H. Derin, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4-24.
- Solanki, G. and Schauffle, HH. (1999). Cost-Sharing and the Utilization of Clinical Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 127-133.
- Sönnichsen, AC., Sperling, T. Donner-Banzhoff, N. and Baum, E. (2007). Differences Between Participants and Non Participants in Health Screening. *Z Allg Med*, 83, 355–358.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 3-6.
- Stahl, M. J. (2003). *Encyclopedia of Health Care Management*. London: SAGE, 242.
- Stanley, SL., King, JB., Thomas, CC. and Richardson, LC. (2013). Factors Associated with Never Being Screened for Colorectal Cancer. *J Community Health*, 38, 31–39.
- Stebbins, K. R. (1991). Tobacco, Politics and Economics: Implications for Global Healh. *Social Sience and Medicine*, 33(12) 1317- 1326.
- Stiglitz, J. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. (Ö. Batırel, Çev.) İstanbul: Marmara Üniversitesi, 361.
- Stockdale, SE., Tang, L., Zhang, L., Belin, TR. and Wells, KB. (2007). The Effects of Health Sector Market Factors and Vulnerable Group Membership on Access to Alcohol, Drug, and Mental Health care. *Health Serv Res*, 42(3), 1020-1041.
- Sullivan, T. J. (2001). *Sociology: Concepts and Applications in Diverse World*. 5th ed., Massachusetts: Allyn and Bacon, 367.

- Surood, S. and Lai, DW. (2010). Impact of Culture on Use of Western Health Services by Older South Asian Canadians. *Can J Public Health*, 101(2), 176-180.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Berdan Matbaası, 61.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.
- Şenol, V., Çetinkaya, F. ve Balcı, E. (2010). Factors associated with health services utilization by the general population in the center of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(2), 721-730.
- Tang, X. and Zhang, J. (2009). Analysis on the Utilization and Influence Factors of the Outpatient Service of Rural Residents in Four Counties. *Modern Preventive Medicine*, 1255-1257.
- Tapia-Granados, J.A. (2005). Increasing Mortality During The Expansions Of The US Economy, *Int. J. Epidemiol*, 34 (6), 1194–1202.
- Tatar, M. (1998). Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler. *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*. 4-7 Mayıs, Kuşadası, İzmir, 527-546.
- Tedstone Doherty, D. and Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and Self Reported Mental Health Problems: Predictors of Help Seeking From a General Practitioner. *Br J Health Psychol*, 15, 213–228.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 40-49.
- Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Teory. *Journal of Public Helat Policy*, 13(3), 267-276.
- Tesfaye, A. (2003). The Demand for Curative Health Care in Jimma Town: Choosing Between HealthCare Providers. *Addis Ababa University*.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. and Kurth, B-M. (2005). Predictors for ambulatory medical care utilization in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, (Federal Sağlık Dergisi Sağlık Araştırması Sağlık Koruması). 48(3), 296–306.
- Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, CH., Tzavara, CH., Souliotis, K., Mariolis, A., Pappa, E., Kontodimopoulos, N. and Niakas, D. (2011). *Health Services Management Research*, 24, 8–18.
- Townsend, J. (1987), Cigarette Tax, Economic Welfare and Social Class Patterns of Smoking. *Applied Economics*, 19, 355-65.

- Trigg, A. B. and Bosanquet, N. (1992). Tax Harmonisation and the Reduction of European Smoking Rates. *Journal of Health Economics*, 11, 329-46.
- TÜİK; 2008, 2010, 2012 ve 2014 Sağlık Araştırması verileri.
- Valluri, S., Mammen, S. and Lass, D. (2015). Health care use among rural, low-income women and children: Results from a 2-stage negative binomial model. *Journal of Family and Economic Issues*, 36(1), 154-164.
- Van der Heyden, JHA., Demarest, S., Tafforeau, J. and Van Oyen, H. (2003). Socioeconomic Differences in the Utilisation of Health Services in Belgium. *Health Policy*, 65, 153–165.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X. and Jones, AM. (2004). Explaining Income related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe: A Decomposition Approach. *Health Econ*, 13(7), 629–647.
- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and Impoverishment in Paying for Healthcare: with Applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 12(11), 921-933.
- Waller, D., Agass, M., Mant, D., Coulter, A., Fuller, A. and Jones, L. (1990). Health Checks in General Practice: Another Example of Inverse Care?" *BMJ (British Medical Journal)*, 300(6732), 1115–1118.
- Wedig, GJ. (1998). Health Status and the Demand For Health. Results on Price Elasticities. *Journal of Health Economics*, 7(2), 151–63.
- Welch, F.(1970). Education in Production. *Journal of Political Economy*, 78, 35-59.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- WHO (World Health Organization). (1981). *Global Strategy for Health for All By The Year 2000*, Geneva.
- WHO (World Health Organization). (2016). <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> Erişim: 25.02.2016.
- WHO. http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/print.html (25.06.2014).
- Wilkinson, R. G. (1992). Income Distribution and Life Expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165-168.
- Williams, A. (2003). *Health Economics: A Bird's Eye View of the Structure of the Discipline*. In *Health Care Economics for Health Care Professionals: Module 1 Basic Economic Concepts*. York: University of York, 132.

- Willmot, G. E. (1987). The Poisson-Inverse Gaussian Distribution as an Alternative to the Negative Binomial. *Scandinavian Actuarial Journal*, 198, 113–127.
- Winkelmann, R. (2004). Health care reform and the number of doctor visits: An econometric analysis. *Journal of Applied Econometrics*, 19, 455–472.
- Winkelmann, R. (2008). *Econometric Analysis of Count Data*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Witter, S. (2002). Health Financing in Developing and Transtional Countries. Briefing Paper For Oxfam G, *Center For Health Economics University of York*, 4.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, MA, MIT Press.
- World Bank. (1994). *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*. Washington DC.
- Yang, H., Huang, X., Zhou, Z., Wang, H.H.X., Tong, X., Wang, Z., Wang, J. and Lu, Z., (2014). Determinants of Initial Utilization of Community Healthcare Services among Patients with Major Non-Communicable Chronic Diseases in South China. *PLoS ONE*, 9(12),1-15.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.
- Yeğinboy, E. Y. (1993). Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, 3.
- Yerebakan, M. (2009). Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *İstanbul Ticaret Odası Yayınları*, Yayın No 2000-26, 19.
- Yıldırım, H. ve Tarcan, M. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler.1.*Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara, 7.
- Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi dergisi*, 32 (1), 123-134.
- Yıldırım, Ş. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Uzmanlık Tezi, DPT Yayını No:2350, Ankara, 3- 28.
- Young, J., Bae, S.H. and Dickerson, S.S. (2016). Korean Immigrant Women's Health Care Utilization in the United States: A Systematic Review of Literature. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 28(2) 107–133.

- Zhou, Z., Gao, J., Xue, Q., Yang, X. and Yan, J. (2009). Effects of Rural Mutual Health Care on outpatient service utilization in Chinese village medical institutions: evidence from panel data. *Health Economics*, 18(2), 129–36.
- Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Xu, L. and Zhang, Y. (2011). New Estimates of Elasticity of Demand For Healthcare in Rural China. *Health Policy*, 103, 255-265.



EKLER

EK-1. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Muafiyet Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İKTİSAT ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA Tarih: 02/01/2018
Tez Başlığı / Konusu: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMININ BELİRLEYENLERİ: BİR MİKRO VERİ ANALİZİ Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmam: 1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşınmamaktadır, 2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir. 3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir. 4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, 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 Kuruldan 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. Tarih ve İmza Adı Soyadı: Niloufar AREFNYA Öğrenci No: N11144725 Anabilim Dalı: İKTİSAT Programı: DOKTORA Statüsü: ☐ Y.Lisans ☐ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.
<u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u>  Doç. Dr. Dilek BAŞAR _____ (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

EK-2. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon Raporu

 HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES ETHICS BOARD WAIVER FORM FOR THESIS WORK
HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES ECONOMICS TO THE DEPARTMENT PRESIDENCY
Date: 02/01/2018
Thesis Title / Topic: THE DETERMINANTS OF HEALTH CARE UTILIZATION IN TURKEY: A MICRO DATA ANALYSIS
My thesis work related to the title/topic 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, 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 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: Niloufar AREFNYA Student No: N11144725 Department: ECONOMICS Program: PH.D Status: ☐ Masters ☐ Ph.D. ☐ Integrated Ph.D.
<u>ADVISER COMMENTS AND APPROVAL</u>  Doç. Dr. Dilek BAŞAR (Title, Name Surname, Signature)

EK-3. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İKTİSAT ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 15/01/2018
Tez Başlığı / Konusu: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Mikro Veri Analizi Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 225 sayfalık kısmına ilişkin, 15/01/2018 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9 'dır. Uygulanan filtrelemeler: 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar hariç/dâhil 4- 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 çalışmamın 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. Gereğini saygılarımla arz ederim.
Adı Soyadı: Niloufar Arefnya Öğrenci No: N11144725 Anabilim Dalı: İktisat Programı: İktisat Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Dr. Tarih ve İmza 15.01.2018 
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR.  Doç. Dr. Dilek BAŞAR (Unvan, Ad Soyad, İmza)