



JOURNAL OF SOCIAL AND HUMANITIES SCIENCES RESEARCH



2017

Vol:4 / Issue:12

pp.906-916

Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 09/10/2017

The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 20/11/2017

The Published Date (Yayınlanma Tarihi) 20.11.2017

HASTALARIN EĞİTİM SEVİYELERİ İLE SAĞLIK HARCAMALARI VE/VEYA SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURU SAYISI ARASINDAKİ BAĞLANTININ İNCELENMESİ.

INVESTIGATION OF THE CONNECTION BETWEEN THE HOSPITAL EDUCATION LEVELS AND HEALTH PURSUITS AND / OR THE APPLICATION NUMBER OF HEALTH SERVICES.

Yrd.Doç.Dr.Halil ŞENGÜL

Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi

Uzm.Zeliha ATMACA

T.C Sağlık Bakanlığı Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Uzman

Arzu BULUT

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZ

Ülkelerin gayri safi milli hasıllarından sağlığa ayırdıkları para ulusların gelişmişlik ölçütlerinden biridir.Sağlığın finansmanı konusunda her ülke kendi dinamiklerine göre bir yapılandırmaya gider.Kimi ülkelerde devlet tek finansör olurken kimi ülkelerde de devletin yanında sağlık hizmeti alan kişilerde ödemeler yaparak finansmanı sağlarlar.Eğitimin sağlığa verilen önemle doğrudan bağlantılı olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetine başvuru sayısının da arttığı bilinen bir gerçektir. Bu çalışmada Trabzon ili evren kabul edilerek burdaki hastanelere başvuran hastalardan örneklem alınmıştır.Çalışmada kişilerin demografik bilgilerinin yanısıra,gelir düzeylerini,eğitim durumunu,hangi sıklıkla hastaneye başvurdıklarını ve hastane başvurularında kamu,üniversite yada özel kurumlardan hangisine başvurduklarını sorguladığımız bir demografik bilgi formu kullanılmıştır.Çıkan sonuçlar istatistiksel olarak faktör analizi yapılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda eğitim düzeyi yükseldikçe koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmanın arttığı buna bağlı olarak da aslında hastalanma sıklığının azaldığı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine başvurunun sanıldığı kadar çok olmadığı görülmüştür.Bu sonuca ulaşırken koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma yanısıra sosyo ekonomik düzeyi yüksek insanların dengeli beslenmeye dikkat etmelerinin de az hastalanmalarında etkili bir faktör olduğu göz ardı edilmemiştir. Sağlığın sosyal ve ekonomik boyutuna bilimsel olarak daha çok halk sağlığı araştırmacıları tarafından ilgi gösterilmekte olup; bu konuda iktisatçılar ve diğer sosyal bilimciler tarafından özellikle ülkemizde yeterince araştırma yapılmadığı söylenebilir.Ancak sağlık ve iktisat arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır ve bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için disiplinlerarası çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcaması,Eğitim seviyesi,Sağlık hizmetleri

ABSTRACT

A country's Gross national product portion reserved for health care is one of the indicators of its development. Each country is shaped by its own dynamics in terms of financing of health care. While in some countries the state is the only financier, in some countries the people who receive health care also finances it by paying. It is known that education is connected with the emphasis on health care and application for health care services rises with the level of education. In this study providence of Trabzon is acknowledged as the universe and samples have been taken from the patients who have applied. In the study patients levels of income, levels of education, the rate of appliance to hospitals and their preferences of state, university, or private hospitals are asked in a demographic information form. The results are statistically analyzed with factor analysis. At the end of this study it is observed that usage of health care services rises with the level of education and depending on this the rate of illness actually decreases and appliance to treatments is not as high as presumed. With using preventive health services, it was taken into consideration that people whos socioeconomic levels are high also care for a balanced diet which prevented sicknesses. Although that social and economic sides of health are covered more by public health researchers, it an be said that in out nation these sides are not being researched enough by economists and social scientists. But between health and economy there is a multisided and complicated connection and in order to better understand this connection, there is a need for multidisciplinary studies.

Keywords: Health expenditure, Education level, Health services

1. GİRİŞ ve LİTERATÜR

İnsan hakları insanların sadece insan olarak doğdukları için sahip olduğu temel hak ve özgürlükleri ifade eden bir terimdir. Bu temel hak ve özgürlüklerden en önemli iki tanesi sağlık hakkı ve eğitim hakkıdır. Bir insanın insan onuruna yaraşır bir hayat düzeyi sürmesi için gerekli bir koşul insanın hastalandığı zaman tedavi edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası, sağlığı, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, 2010). Eğitim, önceden saptanmış esaslara göre insanların davranışlarında belli gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler sürecidir. Eğitim; bireyin davranışlarındaki yaşantısı yoluyla kasıtlı olarak ve isteyerek değişime meydana getirme sürecidir. İnsani gelişme sosyo-ekonomik yaşamın üç önemli alanını içerir ve bu alanların her biri refah için ekonomik seçeneklerin farklı bir boyutunu kapsar. Bu üç alan; gelir, eğitim ve sağlıktır (1). Sağlıklı ve uzun bir ömür, bilgi edinme ve iyi bir yaşama standardı için kaynaklara ulaşma, insani gelişmenin en önemli göstergeleridir (2). Bir ülkenin insani gelişme düzeyinin belirleyicilerinden bir tanesi kişi başı gelirdir. Fakat gelirin iyileşmesi insani gelişme için üç faktörden sadece birisidir. Gelirle birlikte çok önemli olan diğer faktörler doğumda yaşam beklentisi ve eğitimidir (3). Sağlık harcamaları, bütün bir toplumun sağlık hakkını etkileyen, sağlık sektörünün kapasitesini ve bu sektöre ayrılan kaynakların tutarını belirleyen ve aynı zamanda toplumların sağlık politikalarını da şekillendiren önemli bir göstergedir. Sağlık hizmetleri sosyal devletin en önemli temel taşlarından bir tanesidir. (4). Biz bu çalışmamızda insanların eğitim düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam için cepten ödemelerinin yada sağlık hizmetlerine başvurma oranlarının artıp artmadığını irdeledik. Sağlığın sosyal ve ekonomik boyutuna bilimsel olarak daha çok halk sağlığı araştırmacıları tarafından ilgi gösterilmekte olup; bu konuda iktisatçılar ve diğer sosyal bilimciler tarafından özellikle ülkemizde yeterince araştırma yapılmadığı söylenebilir. Ancak sağlık ve iktisat arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır ve bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için disiplinlerarası çalışmalara ihtiyaç vardır.

1.1.Sağlık Ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Dünyada, ilk uygarlıklardan bu yana sağlık hizmetleri her zaman varolmuştur. Önceleri hekim ve hemşire odaklı yürüyen hizmetlerin XX. yüzyılın ikinci yarısından itibaren değişim geçirerek sektörler ve meslekler arası bir boyut kazandığı görülmektedir. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinin 25. maddesi sağlık hakkını açıkça düzenlemiştir. Bu maddeye göre; herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), daha sonra 1978 Alma-Ata Bildirgesi ve 1998 Dünya Sağlık Bildirgesi'nde aynı haklar yinelenmiştir (5,6). Ülkemizde sağlık hakkı 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almıştır. 1982 Anayasası'nda 17. madde; herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu ifade etmektedir (7). DSÖ'ye göre sağlık;

Yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik halidir.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet kollarından ayıran bir takım özellikleri vardır.

- 1-Kamu malı özelliği taşımaktadır.
- 2-Hizmetin kalitesini belirlemek zordur.
- 3-Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- 4-Evrenseldir.
- 5-Hizmette süreklilik esastır.24 saat hizmet esastır.
- 6-Tedavi açısından kişiye özeldir.
- 7-Hizmet sunumunda önceliklendirme söz konusu olabilir.
- 8-İleri teknoloji kullanılır.
- 9-Sağlık hizmeti Depolanamaz
- 10-İyileştirmenin garantisi yoktur.
- 11-Dışsallık özelliği vardır
- 12-Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma düzeyi yüksektir.
- 13-Sağlık Hizmeti Tüketimi Rastlantısaldır.

14-Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Yoktur.

15-Sağlık Hizmeti Ertelenemez.

16-Sağlık Hizmetinde Bilgi Asimetrisi vardır.

17-Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin davranışları İrrasyoneldir.Hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta.Hasta olduklarının farkında olmamaları. Bu irrasyonalizim bizim araştırmamızın temelini oluşturmakta ve burden yola çıkarak birtakım hipotezler oluşturmaktayız.

Hipotez 1:Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem artacağı için sağlık hizmetlerinden faydalanmak için sağlık tesisine yapılan başvuru sayısı artar.

Hipotez 2:Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem artacağı için koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanılır buna bağlı olarak da tedavi edici sağlık tesisine yapılan başvuru sayısı azalır.

Hipotez 3:Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem yanısıra algılanan kaliteye de verilen önem artacağı için özel sağlık kuruluşlarından ve/veya muayenehanelerden ücret ödeyerek alınan sağlık hizmeti artar.

Andersen (1968), sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin davranışsal model adıyla teorik bir çerçeve geliştirmiş ve bu model sağlık hizmeti kullanımına ilişkin yapılan birçok ampirik çalışmanın teorik temelini oluşturarak literatürde sıklıkla kullanılmıştır (8) Andersen (1968)'nin çalışmasının temelinde sosyo-ekonomik düzeyden ve ödeme kapasitelerinden bağımsız olarak sağlık bakımının bütün bireylerin temel hakkı olduğu görüşü bulunmaktadır. Geliştirilen davranışsal modele göre sağlık hizmetleri kullanımı, kullanım konusundaki eğilimlerin (predisposing), kullanımı kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık bakımı ihtiyacının (health care need) bir fonksiyonudur.(8)Eğilim faktörlerinin temelinde bazı bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olması bulunmaktadır. Bu bağlamda demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar), sosyal yapı veya bireyin toplum içindeki yeri (eğitim,etnik köken, mesleki statü), sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum,davranış ve inanışlar eğilim faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Bu faktörlerin özelliği, sağlık hizmetleri kullanımını doğrudan etkilememekle birlikte, dolaylı olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya olan eğilimi teşvik etmeleridir (8). Bu duruma hastaların demografik özellikleri açısından bakmak istediğimizde önümüze çıkan durum; farklı yaş grubundaki bireylerin farklı hastalık türlerine sahip olma durumlarının farklı miktarlarda, sıklıkta ve sürelerde sağlık hizmeti kullanabileceğidir. Sadece ülkemizde değil dünya üzerindeki bütün toplumlarda yetişkin ve ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmeti kullanımının (iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser vb. hastalıkların artan görülme sıklığı nedeniyle) arttığı bilinmektedir. Diğer bütün koşullar eşitken, yeni doğan, yaşlı nüfus ya da 15-44 yaş aralığındaki kadınlar diğer bireylere göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimindedir (9). Sağlık hizmeti kullanımında gösterilmişti ki ,kadınlar erkeklerden daha fazla sağlık hizmetine başvurmakta ve kullanmaktadır. (10)Bunun en önemli nedenlerinden biri üreme biyolojilerinin farklı olmasıdır.Bu farklılıktan dolayı kadın cinsiyete sahip bireyler özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Ayrıca kadınların erkeklere göre hastalık oranlarının daha yüksek olması ve sağlık ile ilgili algı, tutum ve davranışlardaki farklılıklar da bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir (10). Bir başka çalışmada ise kadınların erkeklere göre zaman konusunda daha fazla esnekliğe sahip olmalarının daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ile sonuçlandığı vurgulanmaktadır. (8).

1.2. Sağlık Harcamalarının Finansman Şekilleri

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaların tümü sağlık harcamaları olarak nitelenen harcamalardır.Yaşam kalitesi ve ortalama yaşam süresi gibi birtakım göstergeler sağlık harcamalarından etkilenir ve sağlık harcamalarının artması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. Sağlık harcamaları dünyada özellikle AB ülkeleri ve gelişmiş ülkelerde bütçeye giderek artan oranlarda yük bindirmektedir.Sağlık harcamalarına hükümetler günümüzde daha fazla önem vermektedir. Yapılan araştırmalar sağlık harcamalarının uzun vadede ülkenin ekonomik kalkınmasına katkıda bulunduğunu göstermiştir. Ayrıca sosyal devlet anlayışına hakim olan ülkelerde de, sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetleri sayılan erdemli mallara daha fazla kaynak ayrılmaktadır. (11) Örneğin, Türkiye’de sosyal devlet anlayışı gereği düşük gelirli bireylere sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla Genel Sağlık Sigortası uygulaması başlatılmıştır.GSS de devlet hane başı düşen gelir miktarına göre prim toplamakta yada primsiz olarak GSS kapsamına almaktadır. Hükümetler yıllar boyunca çeşitli plan ve programlar başlatılmışlar ve sağlık harcaması maliyetlerinin düşmesi için uğraş vermişlerdir. Ayrıca, son yıllarda, insanların artan sağlık arama davranışı nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetleride artmıştır.Hükümetler biryanda artan sağlık harcamalarının

yükünü azaltmak için uğraşırken biryandan da sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı grupların bu maliyetlerden etkilenmemesi yönünde gayret göstermiştir.

Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanır. Bu yöntemlerin sınıflandırılmasında bir yaklaşım birliği olmakla birlikte, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri aşağıda sıralanan yöntemleri içerir:

- A- Vergi gelirleri ile finansman
- B-Genel sağlık sigortası
- C-Özel sağlık sigortası
- D-Cepten harcamalar
- E-Bağışlar ve Diğer Kaynaklar(12)

1.2.1.Vergi Gelirleri ile finansman

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir. Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvurulmuş sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımları yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır.

Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinden farklılık gösterebilmektedir.

Vergi Gelirleri (Devlet Bütçesi) Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 1999 yılında % 4,8 iken en yüksek düzeyine 2008 ve 2009 yıllarında çıkarak % 6,1 seviyesine çıkmıştır. 2013 yılı içinde bu oran % 5,4'dür (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014). OECD ülkelerinde bu oran %16,4 ile birleşik devletlerde iken ikinci sırayıda %11 ile Hollanda, İsviçre ve İsveç almaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014)

1.2.2.Genel Sağlık Sigortası

Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Sosyal Güvenlik Reformunun kurumsal yapı ile ilgili ayağı 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile 20 Mayıs 2006 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Reformun diğer bileşeni ise emeklilik rejimi ve genel sağlık sigortası ayağı birleştirilerek, 5510 sayılı SSGSSK ile 1 Ekim 2008 tarihinde hayata geçirilmiştir. 2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulamada devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Bu uygulamanın yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta

ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar.

1.2.3.Özel Sağlık Sigortası

Özel kesim, sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilir. Bilindiği gibi hastalık insanların yaşamını, gelir düzeyini, iş yaşantısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan ödemektedirler. Bununla beraber kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalı-

nın karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (13). Türk Ticaret Kanununda belirtilen sigorta çeşitleri arasında uzun süre kaza sigortası içinde yer alan sağlık sigortası halen Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta çeşidinden biridir (13). Özel sağlık sigortasında belirtilen genel teminat çerçevesi, yasanın emredici hükümlerine ve genel şartlarına aykırı olmamak kaydıyla poliçeye konacak özel hükümlerle genişletilip daraltılabilir (13). Özel sağlık sigortasında süre genellikle bir yıl olarak Kabul edilmektedir. Süre bitiminde sağlık sigortası yenilenebilir. Özel sağlık sigortası ülkemizde 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır.

1.2.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalardır. Hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır.

Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödeme olarak üç başlık altında incelenebilir(14).1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma ek kaynak yaratma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur(14).

Doğrudan ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için veya uzun bekleme süreleri nedeni ile hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Genellikle dişçiler ve laboratuvarlar gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır.(14)

Kullanıcı katkıları: DSÖ'nün Alma-Ata Konferansında, alınan karar temel sağlık hizmetlerinin bütün vatandaşlara yaygınlaştırması gerektiği şeklinde kabul edilmiş ve bu yaklaşım tarzının en maliyet-etkin strateji olacağı sonucuna varılmıştır. Bunu uygulayabilmek için ülkelerin ek kaynaklara ihtiyacı olacaktır. İşte bu aşamada hedefe ulaşabilmek için nasıl ek kaynaklar ortaya çıkarılacağı tartışılmaya başlanmıştır. (15) Bununla ilgili bir çok görüş ortaya atılmış ve ek kaynağın ortaya çıkmasında kullanıcı katkısı kavramı ortaya atılmıştır (16). Bu şekilde alınacak kullanıcı katkıları; finansman yükünün topluma yayılmasını ve riskin paylaşılmasını engellemekte, dayanışmayı azaltmakta ve sonuçta da finansmanda adalet konusunu olumsuz etkilemektedir. Bunun nedeni; kullanıcı katkıları ile finansman yükünün gelir düzeyi düşük ve sağlık durumu kötü olan bireylere kaymasıdır.(14)

Resmi olmayan ödemeler: Kayda geçmeyen ödeme türüdür. Ülkemizde en yaygın adıyla "Bıçak Parası" gibi deyimlerle anılan ödemelerdir. Ülkemizde olduğu gibi dünyanın bir çok ülkesinde de yasal olmayan bir ödeme şeklidir.

1.2.5. Bağışlar ve Diğer Kaynaklar

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan

T.C. vatandaşlarının bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir.

1.3. Sağlık Hizmeti Kullanımında Eğilim Faktörleri

Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma isteği bir çok faktörlerden etkilenmektedir. Bunlardan en önde gelen faktör bireyin toplum içindeki yeri ve konumudur. Toplum içindeki yeri ve konumu yaşam tarzı ve sosyal çevresi ile ilişkilidir. Kişinin toplum içindeki konumunda büyük ölçüde eğitim düzeyi ve mesleki konumları oluşturmaktadır. Bununla ilişkili olarak toplum içindeki yerini oluşturan faktörlerden olan eğitim ve mesleki konum aynı zamanda sağlık hizmetleri kullanım düzeyini önemli derecede etkilemektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin içinde yaşadığı fiziksel çevrenin sağlıklı olup olmadığı konusundaki değerlendirme, sağlık sorunlarının farkına varma ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerini kullanma konusundaki tutum ve davranışları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir (17). Mesleki konum ise bireyin sosyal çevresiyle ilişkilidir ve bu çevreyle etkileşimi sonucunda bireyin kullandığı sağlık hizmeti düzeyi değişiklik gösterebilmektedir.(8) Andersen ve Aday çalışmalarında işsiz bireylerin çalışan bireylere göre ve çalışan bireyler arasında da beyaz yakalı işçiler ile öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti kullandığı sonucuna ulaşmıştır. Eğilim faktörleri içinde yer alan son değişken grubu ise sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalıklara ilişkin tutum, davranış ve bilgilerdir (18).

Davranışsal modele göre, sağlık hizmetleri kullanımı, eğilim faktörleri ile kolaylaştırıcı faktörlerin yanı sıra sağlık bakımı ihtiyacının da bir fonksiyonudur. Modelde ihtiyaç hastalığa işaret etmekte ve ihtiyaç (ya da hastalık, sağlık düzeyi) aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımının doğrudan nedeni olarak gösterilmektedir

(8). İhtiyaç, algılanan (perceived) ve değerlendirilen (evaluated) olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Algılanan ihtiyaç, bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirme sonucuna göre (belli bir zaman dilimi için sağlığını çok iyi, iyi, orta veya zayıf olarak nitelendirmesi), bireyin yaşadığı iş göremez veya engelli gün sayısına göre (bireyin rutin günlük faaliyetlerini yapamaz olduğu gün sayısı) veya belli bir zaman diliminde bireyin algıladığı hastalık belirtilerine göre ölçülmektedir. Değerlendirilen ihtiyaç ise hekim tarafından bireyin yaşamakta olduğu sağlık problemi ve bu problemin ciddiyetinin klinik bulgulara göre ele alınmasıdır (8). Bu çerçevede, davranışsal modelin ihtiyaç basamağında bir yandan bireylerin genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri, hastalıkların belirtilerini nasıl yaşadıkları, sağlık problemlerine gereken önemi verip vermedikleri ve bu konuda profesyonel yardım arama durumları ile diğer yandan sağlık personeli tarafından yapılan değerlendirmeler yer almaktadır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Veri toplama aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak; 9 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

2.1. Verilerin analizi

2.1.1. İstatistik Metot

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Hazırlanan anket formlarının Cronbach's Alpha katsayısı 0,820 olarak tespit edildi.

Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki oranları ki kare analizi ile karşılaştırıldı. Koşulların sağlanamadığı durumda Monte Carlo simülasyonu uygulandı. Çoklu gruplarda oranların ilişkisi Ki Kare Trent analizi ile incelendi. Ordinal değişkenler arası ilişkiler Spearman Korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

2.2. Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini, Trabzon ilinin 768.000 toplam nüfusunun 20 yaş ve üzeri popülasyonu olan 549710 birey oluşturmakla birlikte, araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya istekli olan 20 yaş ve üzeri 395 birey oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, bu anket formundan elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırmanın tek bir ilde gerçekleştirilmesi, verilerin sınırlılığı ve katılımcıların nesnel yanıtlar vermemiş olma ihtimali nedeniyle mümkün değildir. Ayrıca araştırma, yalnızca tek ilde gerçekleştirildiğinden, başka illerde yapılacak çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilebilecektir. Bu nedenle sonuçların genellenmesi mümkün değildir.

2.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Hastaların eğitim seviyeleri ile sağlık harcamaları ve/veya sağlık hizmetlerine başvuru sayısı arasındaki bağlantının incelenmesidir.

2.5. Araştırmanın Soruları

- 1-Eğitim seviyesi ve sağlık hizmetine başvuru sayısı arasındaki ilişki
- 2-Eğitim seviyesi ile cepten para harcamaları arasındaki ilişki
- 3-Gelir seviyesi ve sağlık hizmetine başvuru sayısı arasındaki ilişki
- 4-Gelir seviyesi ile cepten para harcamaları arasındaki ilişki

2.6. Hipotezler

Hipotez 1

Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem artacağı için sağlık hizmetlerinden faydalanmak için sağlık tesisine yapılan başvuru sayısı artar.

Hipotez 2

Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem artacağı için koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanılır buna bağlı olarak da tedavi edici sağlık tesisine yapılan başvuru sayısı azalır.

Hipotez 3

Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem yanı sıra algılanan kaliteye de verilen önem artacağı için özel sağlık kuruluşlarından ve/veya muayenehanelerden ücret ödeyerek alınan sağlık hizmeti artar.

3. BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Çalışma Grubunun Genel Özellikleri

		n	%
Yaş	30 ve Altı	96	24,3
	31-40 Arası	140	35,4
	41-50 Arası	66	16,7
	51 ve Üzeri	93	23,5
Cinsiyet	Erkek	197	50,3
	Kadın	195	49,7
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	15	3,8
	Okuryazar	38	9,6
	İlkokul	44	11,2
	Ortaokul ve Lise	99	25,1
	Ön Lisans	69	17,5
	Lisans	115	29,2
	Yüksek Lisans	13	3,3
	Doktora	1	0,3
Aylık Gelir	Düzenli bir geliri yok	84	21,3
	Asgari ücretin altında	27	6,8
	Asgari ücret	45	11,4
	1500-2500	73	18,5
	2501-3500	114	28,9
	3501-4500	28	7,1
	4501-5500	11	2,8
	5501-7500	6	1,5
Sağlık Güvencesi	7501 ve üzeri	7	1,8
	SGK	380	96,2
	Özel Sigorta	4	1,0
	Genel Sağlık Sigortası	11	2,8

Tablo 2. Çalışma grubunun Sağlık Kuruluşuna Başvurularının Özellikleri

		n	%
Yılda Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuru sayısı	Yılda 1	63	16,0
	Yılda 2	82	20,9
	Yılda 3	60	15,3
	Yılda 4	31	7,9
	Yılda 5	38	9,7
	Yılda 6 ve Üzeri	119	30,3
Başvurulan Sağlık Kurumunun Yasal Statüsü	Aile Hekimi	38	9,6
	Kamu Hastanesi	238	60,3
	Üniversite Hastanesi	24	6,1
	Özel Hastane	87	22,0
	Muayenehane	8	2,0
Başvurulan Sağlık Kurumunda Cepten Ödeme	Evet	142	36,0
	Hayır	252	64,0
Cepten Yapılan Ödeme Yıllık Miktarı	0-1000 TL	117	84,2
	1001-2500 TL	17	12,2
	2501-5000 TL	4	2,9
	10001 TL ve Üzeri	1	0,7

Yaşlar ile sağlık kuruluşuna başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Linear-by-Linear Association $p < 0,001$). Yaş arttıkça başvuru sayısında artış vardı.

Tablo 3. Yaş Gruplarında Çalışma Grubunun Sağlık Kuruluşuna Başvurularının Özellikleri

		Yaş								
		30 ve Altı		31-40		41-50		51 ve Üzeri		
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
Yılda Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuru sayısı	Yılda 1	18	18,8	25	17,9	12	18,2	8	8,8	<0,001
	Yılda 2	31	32,3	37	26,4	11	16,7	3	3,3	
	Yılda 3	18	18,8	19	13,6	13	19,7	10	11,0	
	Yılda 4	4	4,2	11	7,9	7	10,6	9	9,9	
	Yılda 5	5	5,2	17	12,1	7	10,6	9	9,9	
	Yılda 6 ve Üzeri	20	20,8	31	22,1	16	24,2	52	57,1	
Başvurulan Sağlık Kurumunun Yasal Statüsü	Aile Hekimi	8	8,3	15	10,7	6	9,1	9	9,7	0,614
	Kamu Hastanesi	59	61,5	81	57,9	44	66,7	54	58,1	
	Üniversite Hastanesi	2	2,1	7	5,0	4	6,1	11	11,8	
	Özel Hastane	26	27,1	34	24,3	8	12,1	19	20,4	
	Muayenehane	1	1,0	3	2,1	4	6,1	0	0,0	
Başvurulan Sağlık Kurumunda Cepten Ödeme	Evet	36	37,5	52	37,1	19	29,2	35	37,6	0,130
	Hayır	60	62,5	88	62,9	46	70,8	58	62,4	
Cepten Yapılan Ödeme Yıllık Miktarı	0-1000 TL	32	94,1	43	84,3	15	78,9	27	77,1	0,676
	1001-2500 TL	1	2,9	7	13,7	3	15,8	6	17,1	
	2501-5000 TL	0	0,0	1	2,0	1	5,3	2	5,7	
	10001 TL ve Üzeri	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Cinsiyet gruplarında çalışma grubunun sağlık kuruluşuna başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Erkeklerde yılda 1-2, kadınlarda 5-6 ve üzeri oranı yüksekti.

Tablo 3. Cinsiyet Gruplarında Çalışma Grubunun Sağlık Kuruluşuna Başvurularının Özellikleri

		Erkek		Kadın		
		n	%	n	%	p
Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvuru sayısı	Yılda 1	50	25,5	13	6,7	<0,001
	Yılda 2	50	25,5	32	16,5	
	Yılda 3	29	14,8	31	16,0	
	Yılda 4	13	6,6	17	8,8	
	Yılda 5	10	5,1	28	14,4	
	Yılda 6 ve Üzeri	44	22,4	73	37,6	
Başvurulan Sağlık Kurumunun Yasal Statüsü	Aile Hekimi	16	8,1	22	11,3	0,614
	Kamu Hastanesi	126	64,0	111	56,9	
	Üniversite Hastanesi	12	6,1	11	5,6	
	Özel Hastane	39	19,8	47	24,1	
	Muayenehane	4	2,0	4	2,1	
Başvurulan Sağlık Kurumunda Cepten Ödeme	Evet	58	29,6	73	37,4	0,130
	Hayır	138	70,4	122	62,6	
Cepten Yapılan Ödeme Yıllık Miktarı	0-1000 TL	55	87,3	60	81,1	0,676
	1001-2500 TL	6	9,5	11	14,9	
	2501-5000 TL	2	3,2	2	2,7	
	10001 TL ve Üzeri	0	0,0	1	1,4	

Eğitim düzeyi ile sağlık kuruluşuna başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Linear-by-Linear Association $p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça başvuru sayısında düşüş vardı. Eğitim düzeylerinde çalışma grubunun başvurulan sağlık kurumunun statüsünde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,040$). Eğitim düzeyi düşük olanların muayenehane tercihi yoktu.

Tablo 5.

		Eğitim düzeyi									
			Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul ve Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora	
Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvuru sayısı	Yılda 1	n	1	3	6	18	10	22	3	0	<0,001
		%	6,7	7,9	13,6	18,6	14,5	19,1	23,1	0,0	
	Yılda 2	n	0	0	8	22	20	27	4	1	
		%	0,0	0,0	18,2	22,7	29,0	23,5	30,8	100	
	Yılda 3	n	2	3	8	15	10	20	2	0	
		%	13,3	7,9	18,2	15,5	14,5	17,4	15,4	0,0	
	Yılda 4	n	3	3	1	7	7	9	1	0	
	%	20,0	7,9	2,3	7,2	10,1	7,8	7,7	0,0		
Yılda 5	n	3	2	6	8	8	10	1	0		
	%	20,0	5,3	13,6	8,2	11,6	8,7	7,7	0,0		
Yılda 6 ve Üzeri	n	6	27	15	27	14	27	2	0	0	
	%	40,0	71,1	34,1	27,8	20,3	23,5	15,4	0,0		
Başvurulan Sağlık Kurumunun Yasal Statüsü	Aile Hekimi	n	1	3	6	19	3	5	1	0	0,040
		%	6,7	7,9	13,6	19,2	4,3	4,3	7,7	0,0	
	Kamu	n	11	23	30	55	46	64	8	1	
		%	73,3	60,5	68,2	55,6	66,7	55,7	61,5	100	
	Üniversite	n	0	2	5	2	4	9	1	0	
		%	0,0	5,3	11,4	2,0	5,8	7,8	7,7	0,0	
Özel	n	3	10	3	21	15	33	2	0		
	%	20,0	26,3	6,8	21,2	21,7	28,7	15,4	0		
Muayene hane	n	0	0	0	2	1	4	1	0	0	
	%	0,0	0,0	0,0	2,0	1,4	3,5	7,7	0		
Başvurulan Sağlık Kurumunda Cepten Ödeme	Evet	n	7	14	13	33	18	49	7	0	0,186
		%	46,7	36,8	29,5	33,3	26,1	42,6	53,8		
Hayır	n	8	24	31	66	51	66	6	0		
	%	53,3	63,2	70,5	66,7	73,9	57,4	46,2			
Cepten Yapılan Ödeme Yıllık Miktarı (TL)	0-1000	n	6	12	11	28	16	39	5	0	0,999
		%	85,7	85,7	84,6	84,8	88,9	83,0	83,3		
	1001-2500	n	1	1	2	4	2	5	1	0	
		%	14,3	7,1	15,4	12,1	11,1	10,6	16,7		
	2501-5000	n	0	1	0	1	0	2	0	0	
		%	0,0	7,1	0,0	3,0	0,0	4,3	0,0		
10001 ve Üzeri	n	0	0	0	0	0	1	0	0		
	%	0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0			

Bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı yaş ile pozitif yönde, eğitim düzeyi ve aylık gelir ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkilidir.

Tablo 6.

Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvuru sayısı		
	rho	p
Yaş	0,297	0,000
Eğitim Durumu	-0,236	0,000
Aylık Gelir	-0,207	0,000

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bunu etkileyen faktörler bir çok araştırmanın konusu olmuştur bunların en önemlilerinden biride Andersen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Andersen ve arkadaşları sağlık

hizmetinden yararlanmayı etkileyen faktörleri 3 ana başlık altında toplamıştır. Bireysel özellikler, toplumsal özellikler ve algılanan/değerlendirilen sağlık düzeyi bu başlıkları oluşturur. Bu başlıklardan sonuncusu olan algılanan/değerlendirilen sağlık düzeyi bu modelin evriminde 3. Ve son evre olarak tanımlanır. Bizim çalışmamızda da Andersen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalara paralel sonuçlar elde edilmiştir. Oluşturduğumuz hipotezlerden ikincisi olan “Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem artacağı için koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanılır buna bağlı olarak da tedavi edici sağlık tesisine yapılan başvuru sayısı azalır” şeklindeki hipotezimiz eğitim düzeyi ile sağlık kuruluşuna başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Linear-by-Linear Association $p < 0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça başvuru sayısında düşüş vardı sonucuyla uyumaktadır.

Bizim üçüncü hipotezimiz olan “Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşamaya ve sağlığa verilen önem yanı sıra algılanan kaliteye de verilen önem artacağı için özel sağlık kuruluşlarından ve/veya muayenehanelerden ücret ödeyerek alınan sağlık hizmeti artar” şeklindeki öngörümüzde yaptığımız çalışmanın eğitim düzeylerinde çalışma grubunun başvuru yapılan sağlık kurumunun statüsünde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,040$). Eğitim düzeyi düşük olanların muayenehane tercihi yoktu. Sonuçla paralellik göstermektedir. D’uva ve arkadaşlarının Avrupada çok merkezli olarak yaptığı çalışmada eğitimin yanı sıra cinsiyetinde sağlık hizmeti başvuru sayısında önemli bir bileşen olduğunu göstermiştir (19). Sosyo kültürel bileşenler kişinin sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinden faydalanma yetisini de etkilemektedir. (20) Bizim çalışmamızda da Cinsiyet gruplarında çalışma grubunun sağlık kuruluşuna başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$). Erkeklerde yılda 1-2, kadınlarda 5-6 ve üzeri oranı yüksekti. Çalışmamızda gördüğümüz bir diğer dikkat çekici konu ise eğitim seviyesi düştükçe insanların tercihi daha kolay ulaşabildikleri birinci basamak sağlık hizmetleri olmaktadır bu bulgumuzda birçok araştırmada olduğu

gibi, birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük gruplar ve sınıflar arasında en çok başvuru yapılan sağlık kurumları olduğu ortaya çıkmaktadır. (21,22,23)

Biz bu çalışmamızda gördük ki sağlık hizmetleri bir çok değişkenden etkilenen karmaşık bir hizmetler dizidir. İnsanların sosyo kültürel düzeyleri arttırıldığı zaman sağlık hizmetleri ve sağlığa verilen önem artmaktadır. Ülkemizdeki öğrenim düzeyleri de göz önüne alındığında ve kısa sürede bir eğitim patlaması yaşanmayacağına göre uygulanacak politikalar daha çok halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi yönünde olmalıdır. Sağlık okuryazarlığı denilen kavram üzerinde ağırlıklı bir şekilde durulmalı ve gerek yazılı gerekse görsel medya vasıtasıyla eğitim düzeyi kısa sürede yükseltilemeye bile halkın sağlık okur yazarlığı yükseltilmelidir. Bu da sağlık hizmetleri kullanımını daha bilinçli hale getirerek ortaya çıkan sağlık hizmetlerinden faydalanma eşitsizliğini giderecektir.

KAYNAKÇA

- 1- Hicks, A. D., (1997), “The Inequality-Adjusted Human Development Index: A Constructive Proposal”, World Development, Vol: 25, No.8, s.1285
- 2- Güvenen, O. (1992); “Bir İstatistikçi Gözüyle: İnsanca Gelişme Raporu”, İnsanca Gelişme Birinci Türkiye Konferansı (Rapor)
- 3- Neumayer, E. (2001); “The Human Development Index and Sustainability a Constructive Proposal”, Ecological Economics, 39, s.101-114.
- 4- Castells, M. (2002). “The Rise of the Network Society, the Information Age: Economy, Society and Culture”. Blackwell Cambridge,
- 5- İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Unicef web sayfası http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html.
- 6-Alma-Ata Deklerasyonu. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- 7-TC. Anayasası. Türk Anayasa Hukuku Sitesi web sayfası, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html>
- 8- Kılıç, Dilek, and Zafer Çalışkan. "Sağlık Hizmetleri Kullanımı Ve Davranışsal Model." Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi 2.2 (2014).
- 9- ERDEM, Öğr Gör Ramazan, and Edibe PİRİNÇÇİ. "Sağlık hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler." (2003).
- 10-Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ, et al. Gender differences in the utilization of healthcare services. The Journal of Family Practice. 2000; 49

- 11- Sevda, A. K. A. R. "Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi." Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 21.1 (2014)
- 12-Uğurluoğlu, Ece. "Hacer ÖZGEN, Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet." Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 11.2 (2008).
- 13- Orhaner, Emine. "TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİNANSMANI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI."Journal of Commerce 1 (2006)
- 14- İstanbulluoğlu, Hakan, Mahir Güleç, and Recai OĞUR. "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri." Dirim Tıp Gazetesi 85.2 (2010)
- 15- Abel-Smith B. The World Economic Crisis. Part 1 :Repercussion on Health. Health Policy and Planning 1986:1
- 16- Yalçın T, Yıldırım H. Sağlık hizmetlerinin finansmanı.Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı 2001;40
- 17- Andersen, Ronald M. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?." Journal of health and social behavior (1995)
- 18- Andersen, Ronald, and Lu Ann Aday. "Access to medical care in the US: realized and potential." Medical care (1978)
- 19- d’Uva, Teresa Bago, Owen O’Donnell, and Eddy van Doorslaer. "Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans." International Journal of Epidemiology37.6 (2008)
- 20- Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983–1994). Preventive Medicine 2000
- 21-Belek İ. Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler,Antalya’da beş yıllık bir araştırma. Ankara: TTB Yayınları;2004
- 22- Aday LA. Indicators and predictors of health services utilization.In:Williams S.J. Torrens P.R.Introduction to Health Services.New York, USA: Delmar Publishers;1993
- 23- Kılıç B.Gölbaşı Bölgesi’nde yaşayan bireylerin sağlık hizmeti başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-İstanbul, Kongre Bildiri Kitabı 1996