

Yetim, B. ve Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440.

Araştırma

Makale Geliş Tarihi: 07.10.2019

Makale Kabul Tarihi: 19.02.2020

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM: KARŞILANAMAMIŞ İHTİYAÇLAR SORUNU

Access to Healthcare: The Issue of Unmet Needs

Birol YETİM*

Yusuf ÇELİK**

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID ID: 0000-0002-1294-1874, birolyetim@hacettepe.edu.tr

** Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID ID: 0000-0002-8051-9245, yucelik@hacettepe.edu.tr

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, birey ve toplum sağlığını geliştirmek ve devamlılığını sağlamak olsa da halen dünya genelinde sosyal, kültürel ya da ekonomik nedenlerden dolayı ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişemeyen çok sayıda insanın yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, Türkiye'de altı aydan uzun süre belirli bir sağlık sorunu yaşayan bireylerin ödeme güclüğü nedeni ile karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyini belirlemek ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için çözüm önerilerinde bulunmaktır. Çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek için Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları veri seti kullanılmıştır. Çalışma kapsamında, tanımlayıcı istatistiklerden ve Ki-Kare testlerinden yararlanılmıştır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde; Türkiye'de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin %13,2 seviyelerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınlarda ve daha düşük eğitim ve gelir düzeyindeki hastalarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma sonunda elde edilen sonuçların, politika belirleyicileri ve yöneticilere kanıta dayalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmetlerine Erişim, Hakkaniyet, Karşılanamayan İhtiyaçlar

ABSTRACT

Although the main objective of health care is to improve and maintain the health of individuals and communities, it is estimated that there are still many people who can not access health services due to social, cultural or economic reasons. In this context, the aim of this study is to determine the level of unmet needs of individuals having a health problem longer than six months in Turkey and to make recommendations to solve this problem. To achieve the

objectives of this study, Turkey Health Survey conducted in 2016 by Turkey Statistical Institute was used. It has been found that the level of unmet needs is 13.2% in Turkey and it is more among women than men. Also, the level of unmet needs decreases when education level higher. It is expected that the results of this study will provide evidence-based information to policymakers and managers.

Key words: Access to Healthcare, Equity, Unmet Needs

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan birey ve toplum sağlığını korumak, iyileştirmek ve devamlılığını sağlamaktır (Kayral, 2013; Patil, 2018; Purwanto vd., 2018). Bu bakımdan ülke genelinde sunulan sağlık hizmetleri son derece önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerinin bu temel amacının gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin yanı sıra bu türden hizmetlere erişim ve erişimde hakkaniyet de oldukça önemlidir (Marşap vd., 2010). Nitekim, 1948 yılında yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde sağlık hizmetlerine erişim ilk kez bir insan hakkı olarak ele alınmıştır (Norredam vd., 2007; Juškevičius ve Balsienė, 2010; Sachs, 2012). Son zamanlarda ise, sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyet, sağlık hizmetlerinde temel performans göstergeleri arasında değerlendirilmeye başlanmıştır (Smith vd., 2009; Levesque vd., 2013). Ancak halen dünya genelinde ihtiyaç duyduğu halde sosyal, kültürel ya da ekonomik nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan çok sayıda insan olduğu tahmin edilmektedir (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2011; Ko, 2016). Bu nedenle; ülkelerin sağlık sistemleri içerisinde, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini ölçmek, mevcut sorunların tespiti ve çözümüne yönelik politika yapımı için son derece önemlidir.

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetlerine erişimin bir kanıtı olarak (Donabedian, 1972) değerlendirilse de erişim, kullanımdan ziyade ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin sağlık sistemleri içerisinde ulaşılabilir olması olarak tanımlanabilir (Wagstaff ve Doorslaer, 2000). Öte yandan erişimde hakkaniyet ise, hastaların sosyo-ekonomik durumlarına bakılmaksızın ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ihtiyaçları düzeyinde ulaşabilmeleri olarak ele alınmaktadır (Smith vd., 2009). Dolayısıyla sosyal, kültürel ya da ekonomik nedenlerden bir ya da birkaçı sağlık hizmetlerine erişimin önünde engel ise, o sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyet noktasında birtakım sorunlar olduğu söylenebilir.

Literatürde sağlık hizmetlerine erişim ve hakkaniyet ile ilgili tanım noktasında bir fikir birliği olduğunu görmek mümkün olsa da söz konusu kavramların ölçümüne yönelik evrensel olarak kabul edilmiş tek bir yöntem yoktur (Gu vd., 2009). Ancak sağlık hizmetlerine erişimi ve erişimde hakkaniyeti ölçmek için karşılanmamış ihtiyaçlar (unmet needs) kavramının sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Chen ve Hou, 2002; Sanmartin vd., 2004; Allin ve Masseria, 2009). Karşılanmamış ihtiyaçlar ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda daha çok bireysel ve ekonomik faktörler üzerinde durulmaktadır (Allin vd., 2009). Literatür incelendiğinde, gelir durumu ile sağlık hizmetlerine erişim arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu ve gelir durumu düşük ve/veya sağlık sigortası olmayan hastalarda, karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin daha fazla olduğunu tespit eden çok sayıda çalışma görmek mümkündür (Newacheck vd., 2000; Diamant vd., 2004; Pagan ve Pauly, 2006; Allin ve Masseria, 2009; Karanikolos ve Kentikelenis, 2016; Assari ve Hani, 2018). Literatürde, sağlık hizmetlerine erişimin; bireylerin cinsiyetlerine, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, etnik kökenlerine, dini inançlarına ve içinde buldukları kültürel özelliklere göre farklılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Schiller ve Levin, 1988; Cavalieri, 2009; Bruce vd., 2012; Rogero-Garcia ve Ahmed-Mohamed, 2014; Tabriz vd., 2017). Yapılan çalışmaların önemli bir kısmında, kadınların sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin erkeklere kıyasla çok daha düşük olduğu; bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeylerinin azaldığı ve kültürel özelliklere göre sağlık hizmetleri kullanımının farklılık gösterdiği görülmektedir (Dunlop vd., 2000; Gannotti vd., 2004; Westin vd., 2004). Ancak sağlık hizmetlerine erişim, sadece bireysel/kültürel faktörlerden ya da bireylerin sosyo-ekonomik özelliklerinden değil aynı zamanda sağlık kurumlarının ve sağlık sisteminin yapısal özelliklerinden de etkilenmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlarının sayısı, konumları, türleri, hizmet sunum şekilleri ve sundukları sağlık kalitesi, söz konusu yapısal özelliklerden bazılarıdır (MacKinney vd., 2014). Örneğin, Chaupain-Guillot ve Guillot (2014) yaptıkları bir çalışmada, Avrupa ülkelerinde karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının önemli bir kısmının ekonomik nedenlerden ve bireysel özelliklerden kaynaklandığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca yazarlar, söz konusu faktörlerin yanı sıra sağlık kurumlarının konumları ve hizmet sunucularına ulaşımında yaşanan zorluklar, bekleme süreleri ve sağlık kurumları ile ilgili algı ve bilgiler gibi birtakım özelliklerin de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının temel nedenleri arasında olduğunu tespit etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerine erişim, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde Türk sağlık sisteminin önemli problemlerden birisi olarak sıklıkla tartışılmıştır (Tatar, 2007; Ökem ve Çakar, 2015). Özellikle SDP öncesinde toplumun önemli bir kısmı, sağlık güvencesinden yoksundu ve insan kaynakları ve teknik ekipman bakımından bölgeler arasında dengesiz bir dağılım söz konusuydu (Ağartan, 2012; Yılmaz, 2013). Dahası ülke genelinde farklı kapsam ve derinliklere sahip olan farklı sağlık sigortaları (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) faaliyet göstermekteydi ve bu nedenle, sağlık sigortası olan bireyler arasında dahi sağlık hizmetlerine erişiminde noktasında ciddi adaletsizlik yaşanabilmekteydi (Yardım vd., 2010). Ancak 2003 yılında başlatılan ve sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu noktasında köklü değişiklikler öngören SDP kapsamında, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla birtakım çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların başında ise Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması gelmektedir. Söz konusu uygulama ile birlikte farklı kurumlar altında faaliyet gösteren sağlık sigortaları tek bir çatı altında toplanmış ve sağlık sigortasının kapsamı ve derinliği genişletilmiş ve üyeler arasında daha adil bir risk paylaşımı yapılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Farklı kurumlara ait hastaneler, Sağlık Bakanlığı’na devredilerek hizmet sunumu ve yönetimi tek elde toplanmıştır. Ayrıca SDP ile birlikte aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve ülke genelinde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliği iyileştirilmiştir (Şahin, 2008; Erol ve Özdemir, 2014). Bu ve benzeri uygulamalar ile sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan problemlerin büyük bir bölümünün önüne geçilmiştir. Ancak SDP’nin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisinin ortaya konulabilmesi için Türkiye’deki durumun incelenmesi gerekmektedir. Zira, literatür incelendiğinde, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim ve karşılanmamış ihtiyaçlar ile ilgili yapılan çalışmaların sayıca az olduğu görülmektedir (Erol vd., 2008; Çelik ve Hotchkiss, 2000; Yılmaz, 2013; Yardım ve Üner, 2018). Bu nedenle; Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimi, erişimde hakkaniyeti ve karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyini inceleyen ampirik çalışmaların sayısının artırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda; bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de ekonomik nedenlerden dolayı karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyini belirlemek ve erişimi artırmak için çözüm önerilerinde bulunmaktır.

YÖNTEM

Çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek için TÜİK tarafından 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları (TSA-2016) veri seti kullanılmıştır. 2008 yılından itibaren düzenli

olarak yürütülen TSA ile Türkiye'nin sağlık göstergelerine ait bilgilerin elde edilmesi ve mevcut yapıdaki eksik bilgilerin giderilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu çalışmalarda, veri toplama aracı olarak anket kullanılmakta ve veriler ulaşılan bireyler ile yüz yüze görüşmeler yoluyla elde edilmektedir. Toplanan bu veriler, TÜİK tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak bilimsel amaçlı kullanıma hazır hale getirilmektedir. Dolayısıyla bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların Türkiye'ye genellenebileceği düşünülmektedir.

2016 yılında gerçekleştirilen TSA-2016, Türkiye'yi temsil ettiği düşünülen 17242 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Ancak bu çalışmanın örneklemini, TÜİK'in yapmış olduğu çalışmada "6 ay ya da daha uzun süren/sürmesi beklenen hastalığınız/sağlık probleminiz var mı?" sorusuna "evet" cevabını veren 8459 (%49,06) hasta oluşturmaktadır. Ekonomik nedenlerden dolayı karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyini tespit edebilmek için ise, TÜİK tarafından sorulan "Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakım ihtiyacınız olduğu halde ödeme gücünüz nedeniyle ihtiyacınızı karşılayamadığınız oldu mu?" sorusuna hastaların verdikleri cevaplar dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Türkiye'de ödeme gücünüz nedeniyle karşılanmamış sağlık ihtiyacı düzeyi nedir?

Araştırma Sorusu 2: Türkiye'de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyi, hastaların bireysel ve demografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu) farklılık göstermekte midir?

Çalışma amaçlarına uygun olarak TSA-2016 veri setinden çekilen değişkenlere ait veriler SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) programıyla analiz edilmiştir. Çalışmanın birincil amacı olan Türkiye'de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyini tespit edebilmek için tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Hastaların karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği ise yapılan Ki-Kare (Chi-Square) testleri ile ortaya konulmaya çalışılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de çalışma kapsamındaki bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma Örnekleme Kapsamında Yer Alan Bireylerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Erkek	3183	37,6
Kadın	5276	62,4
15-24	573	6,80
25-34	871	10,3
35-44	1494	17,7
45-54	1787	21,1
55-64	1650	19,5
65-74	1235	14,6
75 +	849	10,0
Bekâr	834	9,90
Evli	6283	74,3
Boşanmış	307	3,60
Eşi Ölmüş	1035	12,2
Eğitim Almamış	2015	23,8
İlköğretim	4493	53,1
Lise	1110	13,1
Üniversite	841	9,90
Çalışıyor	2721	46,0
Çalışmıyor	3191	54,0
0-1264 TL	2131	25,2
1265-1814 TL	2366	28,0
1815-2540 TL	1488	17,6
2541-3721 TL	1301	15,4
3722 TL +	1173	13,9

Tablo 1 incelendiğinde; bireylerin %62,4'ünün kadın olduğu görülmektedir. Yaş bakımından bireyler arasında benzer bir dağılım olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bireylerin yaklaşık yarısına yakını (%44,2) 55 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Ayrıca bireylerin yaklaşık %75'i evli iken yaklaşık dörtte biri resmi olarak herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir (%23,82).

Tablo incelendiğinde; bireylerin yarısından fazlasının ilköğretim (%53,1), yaklaşık %13'ünün lise ve %10'unun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bireylerin yarısından fazlası (%54,0) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %25,2'sinin aylık gelir düzeyi 1264 TL'nin altında yer alırken, %17,6'sının aylık geliri 1815-2540 TL arasındadır. %13,9'unun ise aylık gelir düzeyi 3722 TL'nin üzerindedir.

Tablo 2. Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları Düzeyi

Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Evet	1047	13,2
Hayır	6900	86,8
Toplam	7947	100,0

Çalışma kapsamında bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayabilme durumları Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde; bireylerin %13,2’sinin ödeme güçlüğü nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamadıkları görülmektedir.

Tablo 3. Ödeme Güçlüğü Yaşayan Bireylerde Görülen Hastalıkların Dağılımı

Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Bel Bölgesi Problemleri	642	16,78
Boyun Bölgesi Problemleri	481	12,57
Hipertansiyon	339	8,86
Depresyon	271	7,08
Alerji	264	6,90
Astım	228	5,96
Arthrosis	213	5,57
Bronşit	207	5,41
Kroner Kalp Hastalığı	202	5,28
Diğer Hastalıklar	980	26,00
Toplam	3827	100,00

Tablo 3’te ise ödeme güçlüğü nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayamayan bireylerin sahip oldukları hastalıklar ve bu hastalıkların toplam hastalıklar içerisindeki yüzdeleri verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde; bireylerde yaygın olarak görülen hastalıkların sırasıyla bel (%16,78) ve boyun (%12,57) bölgesi problemleri, hipertansiyon (%8,86), depresyon (%7,08), alerji (%6,90) ve astım (%5,96) olduğu görülmektedir.

Bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için ise Ki-Kare analizi yapılmış ve analiz sonuçları Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde; bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin çalışma durumu dışındaki diğer tüm bireysel ve demografik değişkenler bakımından istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$). Kadınlarda ekonomik nedenlerden dolayı karşılanmamış sağlık ihtiyacı düzeyi erkeklere göre daha fazladır ($\chi^2 = 7,411$; $p = 0,006$).

Yaş grupları açısından bir karşılaştırma yapıldığında ise; karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin en düşük olan bireyler, 15-24 yaş arasında ve 65 yaş ve üzerinde yer alan hastalardır. Ayrıca 35-54 yaş arasındaki bireylerin karşılanmamış ihtiyaçlar düzeyi diğer hastalara kıyasla çok daha fazladır ($\chi^2 = 90,149$; $p = 0,001$).

Bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyleri medeni durumlarına göre de farklılık göstermektedir ($\chi^2=21,636$; $p=0,001$). Boşanmış bireylerde ekonomik nedenlerden dolayı karşılanmamış sağlık ihtiyaçları evli, bekâr ve dul bireylere göre daha fazladır.

Bireylerin eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca, bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyleri eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, eğitim almamış bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının çok daha fazla söylenebilir. Öte yandan eğitim düzeyi arttıkça karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyi azalmaktadır ($\chi^2=52,180$; $p=0,001$).

Bireylerin sağlık ihtiyaçları gelir düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında ise, karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin 0-1264 TL arasındaki hastalarda çok daha fazla olduğu görülmektedir ($\chi^2=219,137$; $p=0,001$). Bireylerin çalışma durumları dikkate alındığında ise çalışan ve çalışmayan bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin birbirlerine yakın olduğu tespit edilmiştir. Ancak ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($\chi^2=0,017$; $p=0,898$)

Tablo 4. Bireysel ve Demografik Özelliklere Göre Karşılanmamış İhtiyaçlar

Değişkenler	Tıbbi Bakım				Toplam	x ²	sd	p
	Evet	%	Hayır	%				
Erkek	349	11,8	2601	88,2	2950	7,411	1	0,006
Kadın	698	14,0	4299	86,0	4997			
Toplam	1047	13,2	6900	86,8	7947			
15-24	70	13,6	445	84,6	515	90,149	6	0,001
25-34	156	19,0	663	81,0	819			
35-44	239	17,5	1124	82,5	1363			
45-54	236	14,0	1447	86,0	1683			
55-64	173	11,0	1404	89,0	1577			
65-74	101	8,6	1076	91,4	1177			
75+	72	8,9	741	91,1	813			
Toplam	1047	13,2	6900	86,8	7947			
Bekâr	98	13,0	656	87,0	754	21,636	3	0,001
Evli	779	13,2	5138	86,8	5917			
Boşanmış	62	21,5	227	78,5	289			
Dul	108	10,9	879	89,1	987			
Toplam	1047	13,2	6900	86,8	7947			
Eğitim Almamış	314	16,3	1613	83,7	1927	52,180	3	0,001
İlköğretim	573	13,6	3649	86,4	4222			
Lise	109	10,7	913	89,3	1022			
Üniversite	51	6,6	725	93,4	776			
Toplam	1047	13,2	6900	86,8	7947			
Çalışıyor	348	13,4	2256	86,6	2604	0,017	1	0,898
Çalışmıyor	399	13,2	2613	86,8	3012			
Toplam	747	13,3	4869	86,7	5616			
0-1264 TL	432	21,1	1611	78,9	2043	219,137	4	0,001
1265-1814 TL	319	14,4	1894	85,6	2213			
1815-2540 TL	144	10,4	1240	89,6	1384			
2541-3721 TL	100	8,2	1118	91,8	1218			
3722 TL +	52	4,8	1037	95,0	1089			
Toplam	1047	13,2	6900	86,8	7947			

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, birey ve toplum sağlığını iyileştirmek, korumak ve geliştirmektir (Berlin, 2010). Bu amacın gerçekleştirilebilmesi, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ülkelerin sağlık sistemleri içerisinde sunulabilmesi ve hastaların herhangi bir engel ile karşılaşmadan söz konusu sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri ile mümkündür. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyet kavramları, günümüz dünyasında, sağlık hizmetlerinin önemli bir boyutu olarak ele alınmaktadır (Neutens, 2015). Ancak halen dünya genelinde sağlık hizmetlerine erişimin, istenilen düzeylerde olmadığı söylenebilir. Özellikle, gelişmekte olan ülkelere karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyi gelişmiş ülkelere kıyasla çok daha fazladır (Wang vd., 2017). Öte yandan, erişim ve hakkaniyet kavramları son zamanlarda sıklıkla tartışılan konulardan biri olsa da sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyet ile ilgili çalışmaların (Newacheck vd., 2000; Kataoka vd., 2002; Demyttenaere vd., 2004; Allin vd., 2010; Chiri ve Warfield, 2012; Sheppard vd., 2018; Subica vd., 2018) önemli bir kısmı, spesifik bir hastalık, örneklem ya da bir bölgeye aittir. Ayrıca Türkiye’de bu türden çalışmaların (Çakmak ve Ertem, 2007; Gözlü ve Tatlıdil, 2015; Pekcici vd., 2015) nispeten daha az olduğu söylenebilir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin tespit etmek ve çözüm önerilerinde bulunmaktır.

Bu çalışmada, Türkiye’de ödeme güclüğü nedeniyle karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin %13,2 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, gelişmiş ülkelere yapılan bazı çalışma sonuçları ile kıyaslandığında, Türkiye’de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin gelişmiş bazı Avrupa ülkelerinden daha fazla olduğunu göstermektedir (Mayer vd., 2004; Alonso vd., 2007). Örneğin; Chaupain-Guillot ve Guillot 2015 yılında, Avrupa ülkelerinde karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyini ortaya koyabilmek için Avrupa Birliği istatistiklerinden hareketle bir çalışma yapmışlar ve çalışma sonucunda, Avrupa ülkelerinde, karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin %6,3 olduğunu ve bu oranın ülkelere ve ülkelerin sağlık ihtiyaçlarına göre farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir. Yazarlar, “*Son 12 ay içerisinde ihtiyaç duyduğunuz halde alamadığınız sağlık hizmeti oldu mu?*” sorusuna “*evet*” şeklinde yanıt verenlerin, karşılanmamış sağlık ihtiyaçları (diş sağlığı dahil) içinde olduğu değerlendirilmişler ve Bulgaristan, Litvanya ve Polonya’da karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyi, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha yüksek bulmuşlardır. Çalışmada, Avrupa’da karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin en az olduğu ülkeler ise; Slovenya, Belçika ve Hollanda olarak tespit edilmiştir. Yazarlar, söz konusu çalışmada, Avrupa

ülkelerinde karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının temel nedenlerini de incelemişler ve ekonomik nedenlerin erişimin önünde önemli bir problem olduğunu ancak bekleme süresi, uzaklık ve bireysel hizmet sunucularından kaynaklı diğer problemler gibi sağlık kurumlarına ilişkin birtakım faktörlerin de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları üzerinde etkili olduğunu tartışmışlardır (Chaupain-Guillot ve Guillot 2015). Ancak, bu çalışma kapsamında TÜİK'in yapmış olduğu 2016 TSA anketinde sorulan “6 ay ya da daha uzun süren/sürmesi beklenen hastalığınız/sağlık probleminiz var mı?” sorusu dikkate alınarak “Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakım ihtiyacınız olduğu halde ödeme gücünüzü nedeniyle ihtiyacınızı karşılayamadığınız oldu mu?” sorusuna “evet” şeklinde yanıt verenlerin karşılanmamış sağlık ihtiyacı içinde oldukları değerlendirilmiştir. Chaupain-Guillot ve Guillot tarafından yapılan çalışmada, karşılanmamış ihtiyaçlar kavramı ve bu kavramın ölçümü içerik ve kapsam bakımından bu çalışmadan farklı ve daha kapsamlı olmasına rağmen elde ettikleri sonuçlar bu çalışmanın sonuçları ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Çünkü ödeme gücünü dışında, bulunulan coğrafi bölgede ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin olmaması veya ulaşım maliyetleri gibi farklı nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine erişememe durumları da gerçekleşmiş olabilir.

Bu çalışmada, ayrıca, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin bireylerin cinsiyetlerine, yaşlarına, medeni durumlarına, eğitim düzeylerine ve gelir durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilse de özellikle, kadınlarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının çok daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun temel sebebinin, ülkemizde kadınların işgücüne katılım oranının az olması ve bu durumun bir sonucu olarak gelir düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu durum, ülkemizde, cinsiyet eşitsizliğinin sağlık hizmetlerine bir yansıması olarak ele alınabilir. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından düzenli olarak yayımlanan cinsiyet eşitsizliği indeksine göre; Türkiye cinsiyette eşitlik noktasında birçok Avrupa ülkesinin gerisinde yer almaktadır (BM, 2019) ve bu durum, ülkemizde, kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önünde önemli engellerden biridir (Ağartan, 2012). Öyle ki; ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, kadınların sağlık statülerinin ve sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin erkeklere kıyasla oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (Şimşek, 2011; Şavran, 2014). Ancak, ülkemizde son zamanlarda, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu noktasında SDP ve GSS gibi birtakım reform çalışmaları yapılsa da sağlık sistemi dışında kültürel veya başka nedenlerden dolayı sağlıkta cinsiyet eşitliğinin, halen istenilen seviyelerde olmadığı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim, aynı zamanda, bireylerin ekonomik durumlarına göre de farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, düşük gelir seviyesinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının çok daha fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; Nelson ve arkadaşları, 2011 yılında 1128 katılımcı ile Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaptıkları bir çalışmada, çocuklarda ağız ve diş sağlığı bakımından karşılanmamış sağlık ihtiyaçları ile ailelerinin gelir seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Nelson vd., 2011). Newacheck ve arkadaşları ise, düşük gelir seviyesinde yer alan ailelerin çocuklarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin, 3 ile 4 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Newacheck vd., 2000). Özellikle SDP ile yapılan bazı reform çalışmaları ile birlikte sağlık sigortasında yaşanan birçok sorunun önüne geçilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Ancak halen sağlık hizmetlerine erişim noktasında birtakım sıkıntılar yaşanmaktadır. Özellikle yoksul bireylerin ve kırsal kesimlerinde ya da Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyleri daha düşüktür (Ökem ve Çakar, 2015). Bu nedenle, yoksulluğun ve bölgeler arasındaki eşitsizliğin, sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin ortadan kaldırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim, hastaların bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Kadınlarda, eğitim almamış ve/veya düşük gelir seviyesindeki bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyi diğerlerine kıyasla çok daha yüksektir. Özellikle, eğitim ve gelir düzeyindeki artış ile birlikte karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin önemli ölçüde azaldığı görülmektedir. Bu kapsamda, kısa dönemde, söz konusu dezavantajlı grupların temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir engel olarak gördükleri ekonomik ve finansal problemlerin giderilmesi gerekmektedir. Zira tedavi edilmeyen her hastalık, birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyebilir ve söz konusu hastalıkların tedavisi için çok daha fazla kaynak gerekebilir. Orta ve uzun dönemde ise; cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldıracak eylem ve politikalar geliştirilmeli, kadınların çalışma hayatı içerisinde daha fazla olmaları sağlanmalı, özellikle kadınlara ve eğitim almamış bireylere yönelik farkındalık eğitimleri verilmeli ve bireylerin eğitim ve gelir düzeylerinin sağlık hizmetlerine erişimde bir engel olmaması için sağlık hizmetlerine erişimin sağlık sistemi dışında yer alan harcamaların (ulaşım harcamaları vb.) hastalara yansıyan yükünün

azaltılması sağlanmalıdır. Böylelikle, Türkiye’de karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeylerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, ayrıca, genel sağlık sigortası uygulamasının, sağlık hizmetlerine erişim bakımından, bireylerin ekonomik durumları arasındaki farklılıkları tam olarak ortadan kaldıramadığı görülmektedir. Zira gelir düzeyi azaldıkça karşılanamayan sağlık ihtiyacı düzeyinde bir artış görülmektedir. Bu durumun temel sebebinin sağlık kurumlarında hastalardan alınan katkı payları veya sağlık sistemi dışında yer alan ancak sağlık hizmetleri kullanmak için katlanılan harcamaların olduğu düşünülmektedir. Bu ödemeler nispeten cüzi miktarlarda olsa da yoksul bireylerin ihtiyaç duydukları ancak acil olmayan sağlık ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilmekte ve ülke genelinde karşılanmayan ihtiyaçlarını artırabilmektedir. Bu nedenle; katkı paylarının, sağlık hizmetlerine erişime engel olmayacak şekilde yeniden gözden geçirilmesi gerekli olabilir.

Bu çalışmada, karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, TSA’da sorulan “6 ay ya da daha uzun süren/sürmesi beklenen hastalığınız/sağlık probleminiz var mı?” sorusuna “evet” cevabını veren katılımcıların cevapları dikkate alınarak incelenmiştir. Bu nedenle, elde edilen sonuçların Türkiye’deki tüm hastalar için genellenebilmesi söz konusu değildir. Bu açıdan bakıldığında; Türkiye’de yaygın olarak görülen bazı kronik ve akut hastalıklar özelinde de bu türden çalışmaların yapılması gereklidir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda, ayrıca, farklı kurum ve kuruluşların topladığı verilerden hareketle Türkiye’deki durumun ele alınması ve Türkiye ile birlikte farklı ülkelerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları açısından karşılaştırılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER

Bu çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları veri seti kullanılmıştır. Söz konusu verilerin ikincil veriler olması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

KAYNAKÇA

- Agartan, T. İ. (2012). Marketization and universalism: Crafting the right balance in the Turkish healthcare system. *Current Sociology*, 60(4), 456-471.
- Ağartan, T. İ. (2012). Gender and health sector reform: Policies, actions and effects. *Gender and society in Turkey: The impact of neo-liberal policies, political Islam and EU accession*, 155-173.

- Allin, S. & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*, 15(3), 7.
- Allin, S., Grignon, M. & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. *Social science medicine*, 70(3), 465-472.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., ... & Almansa, J. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 299-306.
- Assari, S. and Hani, N. (2018). Household income and children's unmet dental care need; Blacks' diminished return. *Dentistry journal*, 6(2), 17.
- Berlin, A. (2010). Cultural competence in primary child health care services: Interaction between primary child health care nurses parents of foreign origin and their children. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Department of Neurobiology, Care Sciences and Society.
- BM, (2019), Gender Inequality Index, www.hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii, Erişim Tarihi: 13.12.2019.
- Bruce, M., Gwaspari, M., Cobb, D. & Ndegwa, D. (2012). Ethnic differences in reported unmet needs among male inpatients with severe mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(9), 830-838.
- Cavalieri, M. (2009). Geographical patterns of unmet health care needs in Italy. *Munich Personal RePEc Archive*, paper, 16097.
- Celik, Y. & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social science medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Chaupain-Guillot, S. & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796.
- Chen J. & Hou F. Unmet needs for health care. *Health Rep* 2002;13: 23–33.
- Chiri, G. & Warfield, M. E. (2012). Unmet need and problems accessing core health care services for children with autism spectrum disorder. *Maternal and child health journal*, 16(5), 1081-1091.
- Çakmak, A., Ertem, M. & Karazeybek, H. (2007). Diyarbakır Çocuk Hastanesine yatırılan çocukların annelerinin sağlık hizmetlerine erişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 16(2), 82-89.

- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... & Kikkawa, T. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291(21), 2581-2590.
- Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., ... & Sumner, G. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American journal of public health*, 94(5), 783-789.
- Donabedian, A. (1972). Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154.
- Dunlop, S., Coyte, P. C., & McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social science & medicine*, 51(1), 123-133.
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Erol, N., Simsek, Z. & Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European child adolescent psychiatry*, 19(2), 113-124.
- Gannotti, M. E., Kaplan, L. C., Handwerker, W. P., & Groce, N. E. (2004). Cultural influences on health care use: Differences in perceived unmet needs and expectations of providers by Latino and Euro-American parents of children with special health care needs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 156-165.
- Gözlü, M. ve Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Gu, D., Zhang, Z. & Zeng, Y. (2009). Access to healthcare services makes a difference in healthy longevity among older Chinese adults. *Social Science Medicine*, 68(2), 210-219.
- Juškevičius, J. & Balsienė, J. (2010). Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*, 4(122), 95-110.
- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15(1), 83.
- Kataoka, S. H., Zhang, L. & Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1548-1555.

- Kayral, İ. H. (2014). Perceived Service Quality İn Healthcare Organizations And A Research İn Ankara By Hospital Type. *Ankara Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 22-34.
- Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646-653.
- Levesque, J. F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 18.
- Mackinney, A., Coburn, A., Lundblad, J., McBride, T., Mueller, K. & Watson, S. (2014). Access to rural health care—a literature review and new synthesis. Policy Report. Rupri: Rural Policy Research Institute.
- Marşap, A., Akalp, G. & Yeniman, E. (2010). Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).
- Mayer, M. L., Skinner, A. C. & Slifkin, R. T. (2004). Unmet need for routine and specialty care: data from the National Survey of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 113(2), e109-e115.
- Nelson, L. P., Getzin, A., Graham, D., Zhou, J., Wagle, E. M., McQuiston, J., ... & Huntington, N. L. (2011). Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatric dentistry*, 33(1), 29-36.
- Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, 43, 14-27.
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y. Y., Wong, S. & Stoddard, J. J. (2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*, 105(Supplement 3), 989-997.
- Norredam, M. L., Nielsen, A. S. & Krasnik, A. (2007). Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull*, 54(1), 48-9.
- OECD. (2015). Health at a Glance 2011. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en Accessed February, 15, 2016.
- Ökem, Z. G., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme". *Health Policy*, 119(9), 1153-1163.
- Pagán, J. A. & Pauly, M. V. (2006). Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults. *Health services research*, 41(3p1), 788-803.
- Patil, B. Y. (2018). A Study To Evaluate The Effectiveness Of Structured Teaching Programme On Knowledge And Attitude On Tuberculosis Among Tuberculosis Patients In Bangalore Urban District.

- Pekcici, B., Gürsoy, T. R., Balcı, Ö., Çelik, P., Sucaklı, İ. A. & Ertem, İ. (2015). Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren Bir Merkezde İzlenen Prematüre Bebeklerin Sağlık, Eğitim, Rehabilitasyon ve Sosyal Alanlardaki Karşılanmamış Gereksinimleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(1), 13-21.
- Purwanto, R., Prihantara, A. & Syafirullah, L. (2018, October). Design of Information System Immunized Care Services Based on Mobile (Case Study: Puskesmas Maos Cilacap). In 2018 International Conference on Applied Science and Technology (iCAST) (pp. 470-476). IEEE.
- Rogero-Garcia, J., & Ahmed-Mohamed, K. (2014). What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 403-427.
- Sachs, J. D. (2012). Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet*, 380(9845), 944-947.
- Sanmartin, C., Gendron, F., Berthelot, J. M. & Murphy, K. (2004). Access to health care services in Canada, 2003. Ottawa: Statistics Canada.
- Schiller, P. L. & Levin, J. S. (1988). Is there a religious factor in health care utilization?: A review. *Social Science & Medicine*, 27(12), 1369-1379.
- Sheppard, R., Deane, F. P. & Ciarrochi, J. (2018). Unmet need for professional mental health care among adolescents with high psychological distress. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 59-67.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Leatherman, S. & Papanicolas, I. (Eds.). (2009). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press.
- Subica, A. M., Aitaoto, N., Link, B. G., Yamada, A. M., Henwood, B. F. & Sullivan, G. (2019). Mental health status, need, and unmet need for mental health services among US Pacific Islanders. *Psychiatric services*, appi-ps.
- Şahin, İ. (2008). Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 1-48.
- Şavran, T. G. (2014). Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe J Fem Crit Dergi Fem Elestiri*, 6(1), 98-116.
- Şimşek, H. (2011). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.

- Tabriz, E. R., Yekta, Z. P., Shirdelzade, S., Saadati, M., Orooji, A., Shahsavari, H. & Khorshidi, M. (2017). Unmet needs in Iranian cancer patients. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 35.
- Tatar, M. (2007). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri, Hacettepe Üniversitesi TÜPADEM, Tüketici Yazıları.
- U. N. (1948). Universal declaration of human rights. UN General Assembly, 302(2).
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics*, 1, 1803-1862.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
- Westin, M., Åhs, A., Persson, K. B. & Westerling, R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation?. *Health policy*, 68(3), 333-344.
- Yardim, M. S., Cilingiroglu, N. & Yardim, N. (2010). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health policy*, 94(1), 26-33.
- Yardim, M. S. & Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651.
- Yıldırım, H. H. & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 21(2), 178-193.
- Yılmaz, V. (2013). Changing origins of inequalities in access to health care services in Turkey: From occupational status to income. *New Perspectives on Turkey*, 48, 55-77.