

SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TALEBİN BELİRLEYİCİLERİ: TÜRKİYE ÜZERİNE BİR UYGULAMA¹

Arş. Gör. Sıtkıcan SARAÇOĞLU

*Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İktisat Bölümü*

Prof.Dr. Fahriye ÖZTÜRK

*Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İktisat Bölümü*

ÖZET

Sağlık ekonomisinin temel amacı, bireylerin temel hakları arasında yer alan sağlıklı yaşama hakkının bireylere eşitlik ve etkinlik sınırları altında verilebilmesi için kıt kaynakların en etkin düzeyde kullanılarak sağlık alanında maksimum üretim düzeyine ulaşılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sunulması bağlamında, iyi düzeyde yapılandırılmış sağlık hizmetleri talebi, sağlık sektörünün istenilen düzeyde gelişmesi açısından sağlık hizmetleri arzına göre daha belirleyici konumdadır. Dolayısıyla, sağlık sektörünün etkin bir biçimde işleyebilmesi için sağlık hizmetlerine yönelik talebin analizi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebin, sağlık hizmetleri talebine etki eden faktörler bağlamında analizini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebin en yüksek olduğu İstanbul, Ankara ve İzmir şehir merkezlerinde Şubat-Nisan 2014 döneminde 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Anketler sonucunda elde edilen veriler yardımıyla çok durumlu logit model tahmin edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı, sosyal güvencesi olmayan, kronik hastalığı olmayan, başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0-30 dakika süre geçiren, tercih edilen sağlık ku-

1 3-6 Eylül 2015 tarihleri arasında Belgrad’da düzenlenen “ VIII. European Conference on Social and Behavioral Sciences” Kongresi’nde sunulan bildiri metninin gözden geçirilmiş ve yeniden düzenlenmiş halidir. Çalışma, Sıtkıcan SARAÇOĞLU’nun 2014 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep Analizi: Türkiye Örneği” başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

ruluşuna uzaklığı 0-1000 metre olan, tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde daha fazladır. Ayrıca, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı hanedeki birey sayısı 1-4 aralığında olan, başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0-30 dakika ve 30-60 dakika aralığında süre geçiren, sağlık durumu orta düzeyde olan ve tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde daha fazladır. Gelir düzeyi 1000-1999 TL, 2000-2999 TL aralığında olan bireylerin gelir düzeyi 3000 TL ve üzerinde olan bireylere, SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı, Bağ-Kur'lu bireylerin özel sağlık sigortası sahibi olan bireylere ve kronik hastalığı olmayan bireylerin kronik hastalığa sahip bireylere göre sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı daha azdır.

Anahtar kelimeler : Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerine yönelik talep, çok durumlu logit model

DETERMINANTS OF DEMAND FOR HEALTH CARE: AN APPLICATION ON TURKEY

ABSTRACT

The main purpose of health economics is to reach maximum production level in health sector by using scarce resources at the most efficient level for giving the health right to individuals in the context of equity and efficiency. In the context of giving health care services at the most efficient level and improving of health care sector, the well-built health care demand is more determinant than health care supply. Hence, demand analysis for health care is very important to achieve health sector efficiently. This study aims to demand analysis for health care services in Turkey in the context of determinants of health care demand. For this purpose, questionnaires were employed at 20 years old or older individuals in city centers of İstanbul, Ankara and İzmir in which the health care demand is at the highest level. With using data obtained from questionnaires a multinomial logit model was estimated. The findings revealed that uninsured individuals, individuals without chronic disease, individuals waiting for care 0-30 minutes, individuals whose distance to preferred health care facility 0-1000 meters and individuals whose preferences are not be affected by health care prices have higher probability to prefer public clinics with compared to public-university hospitals. Moreover, individuals whose household include 1-4 members, individuals waiting for care 0-30 and 30-60 minutes, individuals with medium health status and individuals whose preferences are

not be affected by health care prices have higher probability to prefer private health care services with compared to public-university hospitals. Individuals with income level 1000-1999 TL and 2000-2999 TL compared to individuals with income level 3000 TL and higher level, individuals who have SSK, Emekli Sandığı and Bağ-Kur with compared to individuals who have private health insurance and individuals without chronic disease with compared to individuals with chronic disease have lower probability to prefer private health care services with compared to public-university hospitals.

Keywords : Health economics, demand for health care services, multinomial logit model

GİRİŞ

Ekonomi ve sağlık bilimlerinin kesişim noktasında yer alan sağlık ekonomisinin temel amacı, bireylerin temel hakları arasında yer alan sağlıklı yaşama hakkının bireylere eşitlik ve etkinlik sınırları altında verilebilmesi için kıt kaynakların en etkin düzeyde kullanılarak sağlık alanında maksimum üretim düzeyine ulaşılmasıdır. Buradan hareketle, sağlık ekonomisinin sağlık hizmetleri ve sağlık ile ilgili olan tüm faaliyetleri kapsayacağı açıktır.

Ülkelerin kalkınma düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sunumudur. Dışsal faydası yüksek olan sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanması açısından devletin, söz konusu hizmetlerin nitelik ve niceliklerinin artırılması bağlamında müdahalesi kaçınılmazdır. Nüfus yoğunluğundaki artış sağlık harcamalarındaki artışı beraberinde getirmiş, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finansmanında yaşanan sıkıntılar ve küreselleşmenin gün geçtikçe artması sonucunda etkisini ciddi biçimde gösteren liberal politikalar sağlık sektöründe özel sektörün de yer aldığı piyasaya dayalı uygulamanın önünü açmıştır.

Sağlık sektörünün istenilen düzeyde gelişmesi için arz ve talebi oluşturan unsurların ayrı ayrı önemleri olsa da talep unsurunun iyi işleyen bir yapıda olması, arzın da daha rahat ve serbest bir düzenleme içerisinde çalışmasını beraberinde getirecektir. Bir başka deyişle, iyi düzeyde yapılandırılmış sağlık hizmetleri talebi, sağlık sektörünün istenilen düzeyde gelişmesi açısından sağlık hizmetleri arzına göre daha belirleyici konumdadır. Dolayısıyla, sağlık sektörünün etkin bir biçimde işleyebilmesi için sağlık hizmetlerine yönelik talebin analiz edilmesi büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla bu çalışma, Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebin, sağlık hizmetleri talebine etki eden

faktörler bağlamında analizini amaçlamaktadır. Bu çalışmada öncelikle, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetleri piyasası ve sağlık hizmetleri piyasasında talep ve talebe etki eden faktörler ele alınmaktadır. Sonrasında sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin literatürde yer alan çalışmalara ve talep modelinin kurulma sürecine, çok durumlu logit modelin tahmini sonucunda elde edilen bulgulara ve bulguların yorumlanmasına yer verilmektedir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde üretimi ve sunulması, bireylerin ve toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bu durumun sürdürülebilirliğini sağlaması açısından toplumsal gelişmenin temel dayanakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri, 12.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2.maddesinde aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

“Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”

1.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Bu alt bölümde sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran kendine özgü özellikleri ele alınmaktadır.

1.1.1. Kamusal mal özelliği

Kamusal mallar, bedel ödemeyen bireylerin hizmetin tüketiminden ve elde edecekleri faydadan dışlanamadığı dolayısıyla bölüşümün piyasa mekanizmasına bırakılmasının mümkün olmadığı mal ve hizmetlerdir (Stiglitz, 1988 aktaran Carande-Kulis vd. 2007). Kamusal malları diğer mal ve hizmetlerden ayıran iki temel özellik bulunmaktadır:

- Rakipsizlik (Nonrivalry): Kamusal mal veya hizmetler, bir kere üretildikten sonra, ilave bir bireyin tüketiminin maliyeti sıfırdır (Getzen, 2007: 336). Bir bireyin kamusal mal veya hizmeti tüketmesi diğer bireylerin tüketimini etkilememekte; bu durum yüksek düzeyde dışsal faydanın gerçekleşmesi açısından sosyal anlamda arzu edilmektedir. Fakat bu durum, sözü edilen mal ve hizmetlerin özel sektör tarafından üretilmemesi sonucunu doğuracaktır (Dewar, 2010: 76).

- Dışlanamazlık (Nonexcludability): Kamusal mal ve hizmetlerin tüketiminden kişiler, herhangi bir bedel ödemeseler dahi yararlanmakta, bireyleri tüketiminden dışlamak mümkün olmamaktadır (Dewar, 2010: 76). Kamusal mal ve hizmetlerin bu özelliği, bu mal ve hizmetlerin bölünemezliğine dayanmakta, üründen sağlanacak fayda pazarlanamaz durumda olduğundan piyasada oluştuğu biçimiyle fiyatlandırma yapılamamaktadır (Ünal, 2011: 212).

Sağlık hizmetleri, tüketimleri sonucunda topluma dışsal fayda sağlamaları yanında tüketen bireye de özel fayda sağlamaları nedeniyle genel itibariyle yarı kamusal hizmet olarak sınıflandırılmaktadır (Yiğit Şakar, 1999: 12). Sağlık hizmetleri bölünebilir ve fiyatlandırılabilir özelliklerinden dolayı özel hizmete benzemekte, bazı durumlarda birlikte tüketim olanağının olması ve sosyal fayda yaratması nedeniyle kamusal hizmete benzemektedir (Ertürk Atabey, 2012: 14). Öte yandan, tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri taşımamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 47). Çevreye yönelik koruyucu hizmetleri, bu hizmetler için bir bedel ödenmemesi, fiyat oluşmaması ve özel piyasa güçleri tarafından yerine getirilmemesi nedeniyle saf kamusal hizmet olarak sınıflandırılmaktadır. Tedavi edici hizmetler ise bölünebilir ve fiyatlandırılabilir (özel hizmet niteliği) olmasının yanında yüksek düzeyde pozitif dışsallıklar yarattığından yarı kamusal mal olarak sınıflandırılmaktadır (Ünal, 2011: 213-215).

1.1.2. Dışsallıklar

Dışsallık, genel itibariyle iktisadi bir birimin, üretim ve/veya tüketim faaliyetinin diğer iktisadi birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu ya da olumsuz bir biçimde etkilemesi olarak ifade edilmektedir (Yiğit Şakar, 1999: 11). Sağlık hizmetleri piyasalarında dışsallığın varlığı, özel marjinal faydalar ve maliyetler gözetilerek alınan tüketim ve üretim kararlarının, sosyal marjinal faydalar ve maliyetleri yansıtmamasına neden olacak, bir başka deyişle, Pareto etkinliğine ulaşılamayacaktır (Dewar, 2010: 75). Sağlık hizmetlerinin marjinal sosyal faydası, marjinal özel faydasından daha fazla olduğundan, bu hizmetin üretimi yalnızca piyasaya bırakılırsa, firma pazarlayabileceği ve bedelini alacağı miktarın dışında üretim yapmayacağından, sağlık hizmetleri eksik üretilecektir (Ertürk Atabey, 2012: 15). Tüketiciler, bölünemez, ölçülemez, pazarlanamaz nitelikte olan, toplumun tümüne ya da bir kısmına yönelik sosyal faydanın karşılığını, fiyat süreci gereğince arzu etseler de ödeyemezler, çünkü tüketicilerin ödemeye razı olacakları fiyat elde ettikleri özel faydanın karşılığıdır (Yiğit Şakar, 1999: 12). Sağlık hizmetlerinde dışsallık dört farklı biçimde ortaya çıkmaktadır (Dewar, 2010: 75-76; Santerre ve Neun, 2010: 252-254):

- Arz kaynaklı negatif dışsallıklar: Marjinal sosyal maliyetin, marjinal özel maliyetten daha yüksek seviyede olduğu durumlardır. Bu duruma, bir ilaç firmasının, üretim sırasında nehir ve hava kirliliğine neden olması örnek olarak gösterilmektedir.
- Arz kaynaklı pozitif dışsallıklar: Marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha yüksek seviyede olduğu durumlardır. Bu duruma, ilaç firmasının araştırma ve geliştirme faaliyetleri sırasında yeni ürün ve teknoloji geliştirmesi örnek olarak gösterilmektedir.
- Talep kaynaklı negatif dışsallıklar: Marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha düşük seviyede olduğu durumlardır. Bu duruma, bir bireyin sigara alışkanlığının diğer bireyler üzerindeki negatif etkisi örnek olarak gösterilmektedir.
- Talep kaynaklı pozitif dışsallıklar: Marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha yüksek seviyede olduğu durumlardır. Bu duruma, aşılama hizmetleri örnek olarak gösterilmektedir.

1.1.3. Erdemli hizmet

Özel mal ve hizmetlerin bir kısmı çok önemlidir ve bu özel mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip satılmasının yanında kamu sektörü tarafından finanse edilmesi ve üretimi de gerekmektedir (Musgrave, 1959 aktaran Cullis ve West, 1979: 41).Erdemli mallar, devletin kendi öncelikleri ve tercihleri doğrultusunda, bireylerin eksik bilgi ya da duyarsızlıkları nedeniyle bir malın tüketiminin sağlanması veya tüketiminin engellenmesi yoluyla tüketim kalıplarını değiştirme girişimidir (Ünal, 2011: 228). Sağlık hizmetlerinin erdemli hizmet olma özelliği iki yaklaşımla açıklanmaktadır (Yiğit Şakar, 1999: 15):

- Tüketicinin sağlık hizmeti kullanımına dair seçim yaparken sahip olduğu bilgi düzeyi yetersiz olabilmekte, insanlar hastalıklarının farkında değilken, bazı durumlarda ise hastalıklarının farkında olsalar bile tedavi olmalarının getirilerini değerlendirememekte, bu durumlarda, erdemli isteklerle ifade edilen zorunlu tercihlerin, bireylerin tercihlerine üstün oldukları kabul edilmektedir.
- Erdemli istekler, dışsallıklar ile açıklanabilmektedir.

Zorunlu sağlık sigortası, en önemli erdemli mal uygulamaları arasında yer almaktadır. Bireylerin ihtiyacı olduğunda, ödeme gücünden yoksun olduğu için tedavi edilememesine, talebin düzensizliğine, aniden ortaya çıkmasına ve belirsizliğine karşılık, devlet, ya zorunlu kamusal sigortayı uygular ya da doğrudan kamu sağlık hizmetlerini kurar (Ünal, 2011: 229).

1.1.4. Devlet müdahalesinin gerekliliği

Sağlık hizmeti, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için sistemce destek edilen, dolayısıyla bireyi ve sistemi birlikte ilgilendiren bir sistematığe sahiptir ve bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 180). Sağlık alanında çalışan doktor ve diğer personelden diploma ve benzeri bir takım ruhsat ve yeterlilik belgelerinin istenmesi, devletin sağlık piyasalarına müdahalesinin ilk basamağını oluşturmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 53). Devletin sağlık hizmetleri üretiminde birinci derecede rol oynamasının ve sağlık hizmetlerine müdahalesinin nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 180; Orhaner, 2006: 2-3):

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, bireyler açısından önemli olmasının yanında toplumun bütünü açısından da önem arz etmektedir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi, bireylerin bilgi düzeyinin yetersizliği, gelir dağılımının eşitsizliği, sağlık hizmetleri kalitesi gibi nedenlerden dolayı oldukça zor olmakta, bu durumda devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki verilerle daha iyi bir biçimde tahmin edebilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde özel sektöre ait kuruluşlar, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta yetersiz kalmakta ve karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusu olduğundan, birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerekli kılmaktadır.
- Piyasa büyüklüğü, hastane, poliklinik gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.
- Sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan aksaklıkların giderilmesi gerekmektedir.
- Gelir dağılımı eşitsizliği nedeniyle görece dengesiz sunulan sağlık hizmetlerinin tüm bireylerin erişimine açılması gerekmektedir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması gerekmektedir.
- Sistemin finansmanının ya da denetiminin devlet tarafından sağlanması gerekmektedir.

1.1.5. Belirsizlik

Belirsizliğin temel nedeni tam bilginin olmaması (imperfect information) iken, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak belirsizlik iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır (Çalışkan, 2008: 40). Bunlardan ilki, bireylerin sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağına ilişkin öngörülebilmesinin, bir başka deyişle sağlık hizmetlerine yönelik talebin ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsiz olmasıdır (Tengilimoğlu vd., 2009: 40). Sağlık hizmetlerine yönelik talep, diğer mal ve hizmetlere yönelik taleplerden farklı olarak devamlı ve tahmin edilebilir değildir, bunun yanında koruyucu hizmetler dışındaki sağlık hizmetleri sadece hastalık durumunda tatmin sağlayabilmektedir (Arrow, 1963: 948). Sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğuna yönelik talebin ani ve/veya beklenmedik olması (Yıldırım, 1999: 5), kişilerin bu harcamalarını karşılamak amacıyla bütçe planlaması yapmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir defada ödenemeyecek boyutlarda olması (Tengilimoğlu vd., 2009: 40) sigorta kavramını gerekli kılmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili bir diğer belirsizlik ise tedavinin etkili olup olamayacağına dair belirsizliktir (Getzen, 2007: 147). Tüm hastalıklar için iyileşme süreçleri öngörülmüş olsa da, hastalık durumundan iyileşme durumuna geçiş tam olarak kestirilememekte, birçok tedavinin olması, tedavi sürelerinin hastalar arasında farklılaşması ve hizmet kalitesinin ölçülebilmesinin belirsizliği artırmaktadır (Çalışkan, 2008: 41).

1.1.6. Asimetrik bilgi

Sağlık hizmetleri piyasasında, hizmeti talep eden hasta ile hizmeti sunan doktor arasında sağlık sorunu ve bu sorunun giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farkın yüksek olması nedeniyle asimetrik bilgi problemi ortaya çıkmaktadır (Şenatalar, 2003: 27). Doktora gitme kararını hasta vermiş olsa da asimetrik bilgi nedeniyle hasta çok az bilgi sahibidir, dolayısıyla sağlık bakım ihtiyacının belirlenmesi veya uygulanacak tedavinin miktarı ve kalitesi konusunda doktor bir vekil olarak sürece dahil olmakta, hastanın tüketimini şekillendirmek yoluyla da hem bir hizmet sunucu hem de talebi belirleyen bir konuma gelmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 54; Yıldırım, 1999: 5).

Profesyonel etik, görev ve mesleki sorumluluk kaygısı doktoru açık ve dürüst olmaya iterken, farklı kazanç motifleri doktoru farklı tercihler yapmaya sevk edebilir (Mutlu ve Işık, 2012: 56). Doktorun sahip olduğu avantajı, etkinlikten uzak bir biçimde ve daha fazla kar elde etme amacıyla sağlık hizmeti üretimine yansıtması, arz tarafından uyarılmış talep (supplier-induced demand) biçiminde ifade edilmektedir (Barros ve Martinez-Giralt, 2012: 209). Doktorlara hizmet başı ödemenin yapıldığı ve döner sermaye uygulamalarının

yaygın olduğu sağlık sistemlerinde ve sistemin finansmanında üçüncü taraf bir ödeyicinin bulunduğu, bir başka deyişle doktorların teşhis ve tedavi kararlarının hizmet sunum maliyetlerinden bağımsız olduğu durumlarda gereksiz ve aşırı talep durumuyla karşılaşmaktadır (Çalışkan, 2008: 46). Asimetrik bilginin neden olduğu bir diğer problem, hastalar ile sigorta kuruluşları arasında ortaya çıkmakta, hastalar kendi sağlık durumları ve risk düzeyleri hakkında sigorta kuruluşlarına oranla daha fazla bilgiye sahip olmaktadırlar (Feldstein, 2005: 127). Sağlık sigortası kuruluşları, potansiyel müşterilerinin risk düzeylerini bilememekte, dolayısıyla ortalama bir sigorta primi belirlemekte, bu durum da farklı risk gruplarında bulunan bireylerin aynı primi ödemelerine neden olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 210). Bu durum, daha düşük risk düzeyindeki bireylerin uygun olandan daha yüksek sigorta primiyle karşılaşmalarına ve daha az miktarda sigorta hizmeti kullanmalarına; daha yüksek risk düzeyindeki bireylerin ise uygun olandan daha düşük sigorta primiyle karşılaşmalarına ve daha fazla miktarda sigorta hizmeti kullanmalarına neden olmaktadır (Folland vd., 2007: 205). Daha düşük risk seviyesindeki bireyler sigorta kapsamında yer almak istememekte, büyük bir çoğunluğunu daha yüksek risk düzeyindeki bireylerin oluşturduğu bir sigortalananlar grubu ve gerekenden daha yüksek sigorta prim fiyatları oluşmaktadır. Ters seçim (adverse selection) olarak ifade edilen bu durumda piyasa etkin bir biçimde işlememektedir (Çalışkan, 2008: 42).

Asimetrik bilginin, hastalar ile sigorta kuruluşları arasında oluşmasına neden olduğu bir diğer problem, hastanın sigorta hizmetine sahip olduğu için sağlık hizmetleri fiyatlarına daha duyarsız hale gelmesi sonucunda sigortanın kapsamına oranla sağlık hizmeti tüketimini olabildiğince artırması biçiminde ifade edilen ahlaki tehlike sorunudur (McPake ve Normand, 2008: 230). Ahlaki tehlike, sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesine ve sağlık hizmetleri bedelinin tamamının hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle sigorta kuruluşunun doktorun davranışı üzerinde etki yaratamamasına neden olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 211).

1.1.7. Sağlık hizmetinin ikame edilememesi

Bir mal veya hizmetin fiyatı yükseldiğinde bu mal veya hizmetin yerine diğer mal veya hizmetleri ikame etme durumu, sağlık hizmetleri için geçersizdir. Sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile ikame edilemez, bir başka deyişle, sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz (Tengilimoğlu vd., 2009: 40).

1.1.8 Sağlık hizmetinin ertelenememesi ve depolanamaması

Sağlık sektörü dışındaki, birçok mal ve hizmet için bireyler özellikle ekonomik sebeplerle taleplerini erteleseler de, özellikle acil ve kişiye acı veren veya sağlığını tehlikeye düşürecek durumlarda sağlık hizmetleri ertelenemez (Tengilimoğlu vd., 2009: 41). Sağlık hizmetleri genellikle ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirildiğinden sağlık hizmetlerinin depolanması gibi bir durum söz konusu olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin depolanamaması, sağlık kuruluşunun kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemesine neden olacaktır (Tengilimoğlu vd., 2009: 43).

1.2. Sağlık Hizmetleri Piyasaları

Bu alt bölümde, öncelikle sağlık hizmetleri piyasalarına ait özellikler sonrasında ise sağlık hizmetleri piyasasında talep ve talebe etki eden faktörler ele alınmaktadır.

1.2.1. Sağlık hizmetleri piyasasının temel özellikleri

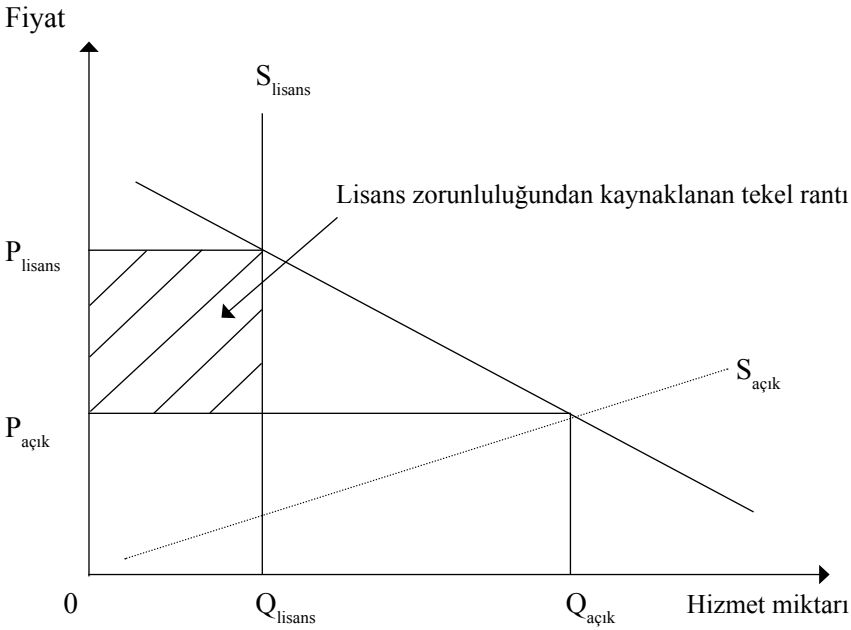
Sağlık hizmetleri arz ve talebinin etkileşim içerisinde olduğu sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmetlerinin taşıdığı özellikler nedeniyle kendine özgü özelliklere sahiptir.

1.2.1.1. Sağlık hizmetleri piyasasında heterojenlik

Sağlık hizmetleri piyasası, heterojen özellikler taşıyan mal ve hizmet piyasalarıdır. Sunulan malın heterojen olması, piyasa hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına, sağlık hizmetlerinin tüketimi konusunda rasyonel tercihler yapamamalarına ve düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi olduğu hakkında kesin bir yargıya varamamalarına neden olmaktadır (Altay, 2007: 38). Sağlık hizmetlerinin farklılaşmaya ve çeşitlendirmeye uygunluğu, belirli bir bilgiye ve yeteneğe sahip olan doktorun veya belirli bir teknoloji ve tedavi gücüne sahip olan sağlık kuruluşunun tekel gücü oluşturmalarına neden olmaktadır (Ünal, 2011: 222). Kısıtlı bilgi ve hizmetlerin heterojenliği araştırma ve değiştirme maliyetlerine neden olan en önemli faktörler arasındadır (Hodgson, 2008: 244). Her hizmet sunucu, hastanın diğer doktorlara yöneldiklerinde kendini rahat hissedebileceği yeni bir doktor bulmak için gerekecek zamandan, yeni doktorun kalitesi hakkındaki belirsizlikten ve yeni doktorla hastanın tıbbi geçmişini ve durumunu belirleyebilmek için gerçekleşecek ek ziyaretlerden kaynaklanan ek maliyetler nedeniyle kendi hastalarına tekel gücü uygulamaktadırlar (Jack, 1999: 144).

1.2.1.2. Piyasaya girişte sınırlamalar

Doktorların görevlerini yerine getirebilmeleri ya da sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini sürdürebilmeleri için lisansın veya diplomanın zorunlu olması ve alınan yeterlilik niteliğindeki belgelere göre hizmet verilir verilmediğinin denetlenmesi, sağlık piyasalarına girişi sınırlayan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Kurtulmuş, 1977: 37 aktaran Mutlu ve Işık, 2012: 61). Lisans vb. piyasaya girişi sınırlayan uygulamaların, sağlık hizmetleri piyasasındaki etkileri aşağıdaki Şekil 1’de gösterilmektedir.

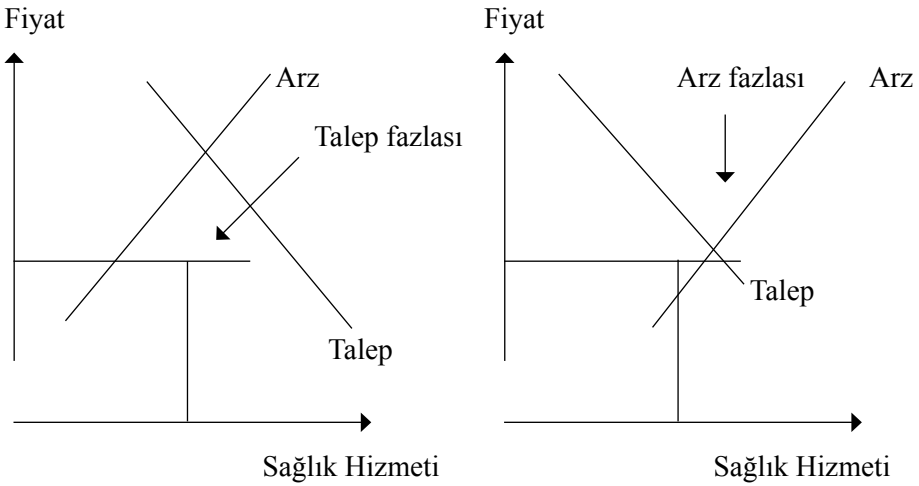


Şekil 1. Lisans zorunluluğu durumunda sağlık hizmetleri arz ve talebi (Getzen, 2007:148)

Lisans zorunluluğu, piyasanın yapısını değişikliğe uğratacak, sunulan sağlık hizmetleri miktarı fiyattaki değişimlerden bağımsız olduğu için arz eğrisi lisans zorunluluğu öncesinde $S_{açık}$ konumunda iken, lisans zorunluluğu ile birlikte S_{lisans} halini alacaktır. Ayrıca, lisans zorunluluğu, doktor sayısında gerçekleşen azalışın boyutuna bağlı olarak, sağlık hizmetleri fiyatlarının lisans zorunluluğu öncesinde $P_{açık}$ konumunda iken, lisans zorunluluğu ile birlikte P_{lisans} seviyesine yükselmesine ve doktorların gelirinde artışa neden olacaktır. Çalışma iznine sahip olan doktorların sayısına bağlı olarak, doktorlar tekelleri davranışlar sergileyerek karlarını maksimum kılabilirler.

1.2.1.3. Arz ve talep arasındaki dengesizlik

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin heterojenliği, üretici ve tüketici arasındaki bilgi dengesizliği, sağlık piyasalarındaki üreticilerin kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmelerine karşın, talebi belirsiz olan tüketicilerin piyasada talep baskısı oluşturmamaları sağlık hizmetleri arz ve talebi arasında dengesizliğe yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep arasındaki söz konusu dengesizlik aşağıdaki Şekil 2’de gösterilmektedir:



Şekil 2. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep arasındaki dengesizlik (Mutlu ve Işık, 2012: 63-64)

Talep genişlemesi durumunda, hastalar denge fiyat düzeyini ödemeye razı olsalar da doktorlar arzı gerçekleştirememekte, fiyatların yükselmesi de bu durumu sağlayamamaktadır. Arz genişlemesinde ise, doktorlar talep edilen miktara göre çok daha fazla arzda bulunmakta, doktorlar fiyatları düşürmenin kendilerine avantaj sağlamayacağına inanmaktadırlar. Fiyatlar arasındaki bu dengesizlik, sağlık piyasalarının tam rekabet piyasalarından uzaklaştığını açıkça göstermektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 62-64).

1.2.1.4. Ölçek ekonomisi ve doğal tekel

Hastane hizmet üretimi, sabit yatırımın yüksek olmasından dolayı ölçek ekonomilerine uymakta, buna bağlı olarak işletme ölçeği büyüdükçe maliyetler azalmaktadır (Ünal, 2011: 224). Ölçek ekonomisinin varlığından kaynaklanan tekel durumu doğal tekel olarak ifade edilmekte, daha büyük işletmelerde

sabit maliyetlerin ürünler arasında dağıtılmasıyla birim üretim başına maliyetin düşmesi sonucunda diğer firmaların piyasadan çıkması ve piyasada tek bir firmanın kalması şeklinde tanımlanmaktadır (Yıldırım, 1999: 10). Tekel gücü yerel piyasalarda da ortaya çıkmakta, piyasa küçük olduğu için arz edenlerin az sayıda olması ve sadece bir üreticiye izin verilmesi durumu coğrafi tekel olarak ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 66). Bu durum, metropol kentler dışındaki yerlerde hastanelerin ve diğer hizmet arz edenlerin az sayıda veya tek olması durumunda, bölgedeki hastane veya bireysel hizmet sunucuları olan doktorların sağlık hizmeti tüketicileri karşısında tekel gibi davranmaları sonucunu doğurmaktadır (Ünal, 2011: 223).

1.2.1.5. Bilgi maliyetlerinin varlığı, tüketici rasyonallitesi ve egemenliğin olmaması

Yüksek bilgi maliyetleri sağlık piyasalarının en önemli özellikleri arasında yer almaktadır ve sağlık piyasalarının önemli bir bölümü bu nedenle etkin bir biçimde çalışmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 64-65). Hastalıkların oluşma süreci, ortaya çıkışı ve olası sonuçlarını bilmek yoğun bilgi gerektirmekte, bilim ve teknoloji ilerledikçe sağlık ortamında ve insanın sağlık donanımında meydana gelen ani belirsizlik durumunda bilgilenmenin zorluğu ve maliyeti daha da artmaktadır (Ünal, 2011: 226). Birey, hissettiği rahatsızlıklara ait bulgulardan hareket ederek bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda kendisine sunulabilecek teşhis ve tedavi hizmetleri konusunda eksik bilgiye sahip olmakta, sağlık hizmetlerine düzenli olarak harcama yapılmadığından tüketicinin rasyonel değerlendirme olanağı sınırlı kalmakta dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasasında tüketici egemenliği geçersiz olmaktadır (Çalışkan, 2008: 46). Öte yandan, sağlık bakımında bazı durumlarda rasyonallite işlememekte, bazı hastalar tedaviyi reddetmekte, elde edilebilir sağlık bilgisinin artmış olmasına karşın tüketiciler halen bilgilendirilmiş seçim (informed choice) yapma ehliyetine sahip olmamaktadırlar (Yıldırım, 1999: 8-9).

1.2.2.Sağlık hizmetleri piyasasında talep ve talebe etki eden faktörler

Sağlık hizmetlerine yönelik talep ile diğer mal ve hizmetlere yönelik talep arasında sağlık hizmetlerinin kendine özgü taşıdığı özellikler nedeniyle farklılıklar bulunmaktadır. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan diğer bir mal veya hizmet, tüketiciye aynı fayda düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketiminde tüketicinin elde edeceği fayda düzeyleri arasında önemli farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik talebi, diğer mal ve hizmetlere yönelik talepten ayıran bir diğer özellik, sağlık hizmetlerine yönelik talebin türetilmiş bir talep olmasıdır. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin türetilmiş bir talep olmasının nedenleri arasında, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya

çıkması, sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleriyle ikame edilebilir girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaması ve tüketicilerden daha çok doktorlar tarafından belirlenmesi, yer almaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 74).

1.2.2.1. Fiyatlar

Sağlık hizmetleri fiyatlarının artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi düşürmektedir (Santerre ve Neun, 2010: 113). Bazı araştırma sonuçlarına göre, sağlık hizmetleri talebinin fiyata olan duyarlılığının esnek olmasa bile tam katı olmadığı ifade edilmiştir (Çelik, 2011: 123). Öte yandan, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz karşılandığı veya zorunlu sağlık sigortası kapsamında ücretsiz olarak sunulduğu durumlarda, birey açısından sağlık hizmetlerinin fiyatı sıfıra düşecek ve bu durum fiyatın talep üzerinde etkisiz olması sonucunu doğuracaktır (Mutlu ve Işık, 2012: 82).

1.2.2.2. Gelir düzeyi

Sağlık hizmetleri genellikle normal mal olarak kabul edildiğinden, gelirden meydana gelen bir artışın sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıracak ifade edilmektedir (Santerre ve Neun, 2010: 113). Gelirden meydana gelen artışlar, sağlık hizmetleri tüketimini başlangıçta artırırken, doyum noktasında sonra tüketim sabit hale gelecektir fakat ertelenmiş ve yüksek maliyetli olan sağlık hizmetlerine yönelik talep ise bu değerlendirmenin dışında tutulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 84). Son zamanlarda, sağlık hizmetlerinde sigortanın varlığının artması, gelirin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki etkisini azaltmıştır (Henderson, 2005: 141-142).

1.2.2.3. Zaman maliyeti

Bireylerin sağlık kuruluşuna ulaşım sırasında ve sağlık kuruluşunda muayene olana kadar harcadığı sürenin değeri olarak ifade edilen zaman maliyeti, bireyin bu sürede çalışmış olsaydı kazanacağı ücretin (w) ve sağlık kuruluşuna ulaşım sırasında ve sağlık kuruluşunda muayene olana kadar harcadığı sürenin (t) birbiriyle çarpılmasıyla ($w \times t$) hesaplanmaktadır (Jacobs, 1991: 96). Bireyin tedavi olmak için katlanması gereken toplam maliyet ise $(w \times t) + p$ şeklinde hesaplanmaktadır ve (p) muayene ücretini göstermektedir (Jacobs ve Rapoport, 2004: 84). Zaman maliyetinin talep üzerindeki etkisi, muayene ücretinin talep üzerindeki etkisi ile aynıdır (Phelps, 2003: 160).

1.2.2.4. Sağlık düzeyi ve hastalığın ciddiyeti

Bireylerin sağlık düzeyi, sağlık hizmetine yönelik talebi belirleyen en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Sağlık düzeyinin kötüleşmesi, bire-

yin kullanmak istediği sağlık hizmeti miktarında artışa neden olacaktır (Çelik, 2011: 125).

1.2.2.5. Sağlık sigortası sahipliği

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve hasta olduğunda katlanılacak maliyetin belirsizliği sağlık sektöründe sigorta kuruluşlarının varlığını beraberinde getirmiş ve sağlık sigortası sahipliği cepten yapılacak ödemeleri düşürmek yoluyla sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırıcı yönde etki yapmıştır (Henderson, 2005: 142; Çelik, 2011: 123). Bir başka deyişle, sağlık sigortası sahipliği bireylerin karşılaştığı efektif fiyatları düşürerek sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta ve bireyleri sağlık hizmetleri fiyatlarına karşı daha az duyarlı hale getirmektedir (Dewar, 2010: 37; Getzen, 2007: 90).

1.2.2.6. Demografik faktörler

Bu bölümde, sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen faktörler arasında yer alan yaş, cinsiyet, hanehalkı büyüklüğü, medeni hal ve eğitim düzeyi sırasıyla incelenecektir.

Bireyler yaşlandıkça sağlık stoku yıpranmaya başlayacak ve bireyler azalan bu sağlık stoklarını sağlık hizmetlerine yönelik harcamalarını artırmak yoluyla telafi edeceklerdir (Grossman, 1972 aktaran Henderson, 2005: 140). Bu durum, yaşlılık ile sağlık hizmetlerine yönelik talep arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koymaktadır (Folland vd., 2007: 195).

Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermesi, annelik özellikleri ve kadınlara özgü hastalıkların varlığı, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerinin erkeklere oranla arttığını göstermektedir (Bertakis vd., 2000: 147-148; Mutlu ve Işık, 2012: 85).

Hanehalkı büyüklüğünün sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkisine dair bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bir görüşe göre, hanedeki birey sayısının artması özellikle de çalışabilecek durumda olan bireylerin sayısı artması, sahip olunan gelir düzeyini artıracak ve bu durum sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıracaktır (Bolduc vd., 1996: 493; Tembon, 1996: 63). Diğer taraftan, hanedeki birey sayısının artması kısıtlı olan kaynakların daha fazla birey tarafından paylaşılmasına ve beslenme ihtiyaçlarının tam olarak karşılanamamasına neden olacak ve bu durum bireylerin hastalığa yakalanma riskinin artması yoluyla sağlık hizmetlerine yönelik talebin artmasına neden olacaktır (Muriithi, 2013: 160). Diğer bir görüşe göre ise, hanedeki birey sayısının artması, kişi başına düşen gelirin azalmasına ve dolayısıyla sağlık hizmetine yönelik talebin azalmasına neden olacaktır (Tembon, 1996: 63).

Medeni halin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkisine dair farklı görüşler mevcuttur. Bir görüşe göre, bekar bireylerin genellikle evli bireylere oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları ifade edilmektedir (Feldstein, 2005: 91). Bir birey için evde sağlık hizmetlerini alabileceği bir kişinin varlığı, kişinin bu durumu hastanede kalacağı gün saat veya tedaviye tercih edebileceği ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 87). Diğer bir görüşe ise, evlilik sonrasında değişen yaşam biçimi, hastalık/sağlık farkındalığı, hamilelik, doğum vb. faktörler nedeniyle evlilik, sağlık hizmetleri kullanımını artırmaktadır (Şenol vd., 2010: 728).

Eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki etkisine bakacak olursak, eğitim düzeyinin yükselmesi hastalıkların belirtilerinin erken teşhisi ve değerlendirilmesi sonucunda tedavinin daha erken başlaması sonucunu doğurmakta ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik talebin artmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 87-88). Öte yandan, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik talepte meydana gelen artış ve bu alana yönelik harcamaların artması, sonraki dönemler için hastalık riskini azaltacak ve bu durum tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların azalması sonucunu doğuracaktır (Feldstein, 2005: 92). Dolayısıyla, eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki toplam etkisinin bu iki ters yönlü etkinin büyüklüğüne bağlı olduğu söylenebilir.

1.2.2.7. Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi

Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde meydana gelen bir artış, sağlık hizmetlerine yönelik talepte bir artışı beraberinde getirecektir (Santerre ve Neun, 2010: 122). Hastalar açısından doktorun eğitimi, alanında uzman olması, tedavi için ayırdığı zaman ve diğer tıbbi personelin ilgisi sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçüsü olarak gösterilen unsurlar arasındadır (Phelps, 2003: 127-128).

1.3. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep Analizine İlişkin Literatür

Literatürde sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çok sayıda çalışma yer almaktadır. Bu bağlamda, öncelikle Dünya’da sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çalışmalar sonrasında ise Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çalışmalar ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalara Tablo 1’de yer verilmektedir:

Tablo 1. Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalar

| Yazarlar | Kapsam | Yöntem | Bulgular |
|--------------------|---------------------------|--|--|
| Heller (1982) | Malezya | Logit Model | Gelir düzeyi arttıkça, hanehalkları, taleplerini kamu kurumlarından özel sağlık kurumlarına doğru kaydırmaktadırlar. |
| Hotchkiss (1993) | Filipinler | Karma Çok Durumlu Logit Model | Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sağlık sigortası sahipliği ise talebi artırmaktadır. |
| Niraula (1994) | Nepal | Lojistik Regresyon Analizi | Hanede yaşayan çocuk sayısındaki artış, eğitim düzeyindeki artış, sağlık kuruluşuna olan yakınlık, sahip olunan evin değerindeki artış ve sağlık kuruluşunda tanıdık çalışanların varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; yaşlılık ve hanehalkının büyüklüğündeki artış talebi azaltmaktadır. |
| Akin vd.(1995) | Ogun, Nijerya | Çok Durumlu Probit Model | Sağlık kuruluşunda gerekli olan ilaçların varlığı, sağlık kuruluşunun fiziksel ortamı ve donanımı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; kalitede artış olmaksızın gerçekleşen fiyat artışları talebi azaltıcı yönde etki yapmaktadır. |
| Bolduc vd. (1996) | Ouidah, Benin | Çok Durumlu Logit Model, Bağımsız Çok Durumlu Probit Model, Çok Durumlu Probit Model | Fiyat artışları sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltıcı yönde etki yaparken, eğitim düzeyindeki artış sağlık talebi artırıcı yönde etki yapmaktadır. |
| Develay vd. (1996) | Ouagadougou, Burkina Faso | Lojistik Regresyon | Cinsiyet, hanehalkının büyüklüğü, eğitim düzeyi, sağlık kuruluşuna olan uzaklık talep üzerinde etkili olmamakta; yaşlılık, sosyo-ekonomik statüde ve hastalığın ciddiyetindeki artış talebi artırıcı yönde etki yapmaktadır. |

| | | | |
|------------------------|------------|--|---|
| Li (1996) | Bolivya | Çok Durumlu Logit Model | Yaşlılık, eğitim düzeyindeki artış, servet düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Tembon (1996) | Kamerun | Çok Durumlu Logit Model | Sunulan hizmetin kalitesindeki artış ve gelirdeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; muayene için harcanan toplam süredeki artış, hanehalkı büyüklüğündeki artış ve sağlık hizmetinin birey açısından maliyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmaktadır. |
| Akin vd. (1998) | Sri Lanka | Karma Çok Durumlu Logit Model | Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve fiyatın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; ilaçların bulunabilirliğinin ve sağlık kuruluşunun hafta boyunca açık olduğu sürenin artması talebi artırmaktadır. |
| Frederickx (1998) | Tanzanya | Lojistik Regresyon Analizi | Gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki artış ise talebi azaltmaktadır. |
| Hotchkiss (1998) | Filipinler | Yuvalanmış Karma Çok Durumlu Logit Model | Sağlık kuruluşunun kalabalık olması, sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki ve özellikle gelir düzeyi düşük bireyler için fiyattaki artış talebi azaltırken; sağlık sigortası sahipliği ise talebi artırmaktadır. |
| Chawla ve Ellis (2000) | Nijer | Çok Değişkenli Yuvalanmış Logit Model | Yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken, fiyatın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmaktadır. |

Tablo 1. (devam) Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalar

| Yazarlar | Kapsam | Yöntem | Bulgular |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------------------|--|
| Dunlop vd.(2000) | Kanada | Çok Değişkenli Lojistik Model | Sigara kullanımı, alkol tüketimi ve fiziksel aktiviteden yoksunluk talep üzerinde önemli bir etki oluşturmamakta; eğitim düzeyindeki artış ve bireylerin kentsel alanda yaşaması ise sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Glick vd. (2000) | Madagaskar | Yuvalanmış Logit Model | Gelirdeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve sağlık kuruluşunda gerekli ilaçların varlığı talebi artırmakta; cinsiyet ve eğitim düzeyi ise talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Nandakumar vd. (2000) | Mısır | Probit Regresyon Analizi | Evli olmak, gelir düzeyindeki ve eğitim düzeyindeki artış, sağlık sigortası sahipliği ve kentsel alanda yaşamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; hanehalkı büyüklüğündeki artış ise talebi azaltmaktadır. |
| Gupta ve Dasgupta (2002) | Hindistan | Yuvalanmış Çok Durumlu Logit Model | Yaşlılık ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Havemann ve van der Berg (2002) | Güney Afrika | Çok Durumlu Logit Model | Gelir düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve sağlık sigortası sahipliği özel hastanelere yönelik talebi artırmakta; yaş ve cinsiyet sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Ichoku ve Le-ibbrandt (2003) | Nsukka, Nijerya | Çok Değişkenli Yuvalanmış Logit Model | Gelir düzeyi, yaşlılık, hastalığın ciddiyeti ve eğitim düzeyi talebi artırıcı yönde etki yaparken; sağlık kuruluşuna olan uzaklık ve hanehalkı büyüklüğü talebi azaltıcı yönde etki yapmaktadır. |

| | | | |
|--------------------|------------------------|--|--|
| Mariko (2003) | Mali | Yuvalanmış Çok Durumlu Logit Model | Hanehalkının büyüklüğündeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; hastalığın ciddiyetindeki artış, sağlık kuruluşunda tedavi için gerekli ilaçların varlığı ve tedavi sürecinin sorunsuz gerçekleşmesi talebi artırmaktadır. |
| Mocan vd. (2003) | Çin | Logit Model | Hanede engelli bireylerin varlığı ve eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Sahn vd.(2003) | Tanzanya | İki Düzeyli Yuvalanmış Çok Durumlu Logit Model | Eğitim düzeyinin artması, yaşlılık, doktor ve diğer sağlık personelinin kaliteli ve ulaşılabilir olması, sağlık kuruluşunun fiziki özelliklerinin ve hijyen düzeyinin iyi olması sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Al-Ghanim (2004) | Riyad, Suudi Arabistan | İkili Lojistik Regresyon Analizi | Sağlık sigortası sahipliği, eğitim ve gelir düzeyinin artması, sağlık kuruluşunun açık olduğu sürenin artması, bekleme süresinin azalması ve alanında uzman doktorun varlığı, ayakta tedavi hizmetleri sunan özel sağlık kuruluşlarına yönelik talebi artırmaktadır. |
| Hanson vd. (2004) | Kıbrıs | Probit Model | Gelir düzeyindeki artış ve kamu hastanelerinde bekleme süresindeki artış özel hastanelere yönelik talebi artırmaktadır. |
| Kasirye vd. (2004) | Uganda | Yuvalanmış Logit Model | Eğitim düzeyinde, hanede yaşayan yaşlı bireylerin sayısında ve sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin kalitesinde meydana gelen artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve hanede yaşayan çocuk sayısının artması talebi azaltmaktadır. |

| | | | |
|----------------------|-------------------|---|---|
| Gotsadze vd. (2005) | Tiflis, Gürcistan | Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi | Gelir düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; eğitim düzeyi, cinsiyet ve hanehalkının büyüklüğü talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Lindelow (2005) | Mozambik | Çok Durumlu Logit Model | Eğitim düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna ulaşımında harcanan sürenin artması ise talebi azaltmaktadır. |
| Kaija ve Okwi (2006) | Uganda | Esnek Çok Durumlu Logit Model | Cinsiyet ve eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkili olmamakta; evli olmak, hastalığın ciddiyetinin artması, gelir düzeyinin artması ve sağlık personeli sayısı/sağlık kuruluşunun büyüklüğü oranındaki artış talebi artırmakta; hanehalkının büyüklüğünün ve muayene ücretlerinin artması ise talebi azaltmaktadır. |
| Kamgnia (2006) | Kamerun | İki Düzeyli Yuvalanmış Logit Model | Tedavi için katlanılan maliyetin artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sağlık kuruluşuna olan yakınlık ise sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Xu vd. (2006) | Vietnam | Çok Durumlu Lojistik Model | Kırsal alanda yaşamak, yaşlılık ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Geitona vd. (2007) | Yunanistan | Lojistik Regresyon Analizi | Birey tarafından algılanan sağlık düzeyinin ortalama veya düşük seviyede olması ve yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıran unsurlar arasında yer almaktadır. |

Tablo.1. (devam) Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalar

| Yazarlar | Kapsam | Yöntem | Bulgular |
|-----------------------------|-----------------|------------------------------------|---|
| Habtom ve Ruys (2007) | Eritre | Çok Durumlu Logit Model | Eğitim düzeyindeki, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki ve hastalığın ciddiyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; bekleme süresindeki ve muayene ücretlerindeki artış talebi azaltmakta; yaş ve cinsiyet talep etkili olmamaktadır. |
| Abu-Mourad vd. (2008) | Gazze, Filistin | Çoklu Lojistik Regresyon Analizi | Yaşlılık, evli olmak, sigara kullanımı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; hanehalkı büyüklüğünün artması ve birey tarafından sağlığının iyi olarak değerlendirilmesi ise talebi azaltmaktadır. |
| Amaghionyeodiwe (2008) | Nijerya | Çok Durumlu Logit modeli | Yaşlılık, gelir düzeyinin, eğitim düzeyinin ve sunulan hizmetin kalitesinin artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve muayene ücretinin artması ise talebi azaltmaktadır. |
| Kermani vd. (2008) | İran | Çok Durumlu Logit Model | Gelir düzeyinin artması, yaşlılık ve ev, otomobil vb. sahipliği sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretlerinin ve eğitim düzeyinin artması ise talebi azaltmaktadır. |
| Thuan vd. (2008) | Vietnam | Çoklu Lojistik Regresyon Analizi | Eğitim düzeyindeki, gelir düzeyindeki ve hastalığın ciddiyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Brown ve Theoharides (2009) | Çin | İki Düzeyli Yuvalanmış Logit Model | Engellilik sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; genç olmak, hanede başka bir hasta bireyin varlığı ve bütçede yiyecek harcamalarına yönelik payın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; cinsiyet ise talep üzerinde etkili olmamaktadır. |

| | | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| Habibov (2009) | Tacikistan | İki Durumlu Logit Regresyon Analizi | Ödeme gücündeki artış, eğitim düzeyindeki artış, yaşlılık ve kronik hastalığın varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması ise talebi azaltmaktadır. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine yönelik talebi erkeklere oranla daha fazladır. |
| Halasa ve Nandakumar (2009) | Ürdün | Çok Durumlu Logit Model | Sağlık kuruluşuna olan yakınlık, sigorta sahipliği ve kronik hastalığın varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; eğitim düzeyi, yaş ve hanehalkı büyüklüğü ise talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Ntembe (2009) | Kamerun | Çok Durumlu Probit Model | Eğitim düzeyindeki, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretlerindeki artış ise talebi azaltmakta; yaş ise talep üzerinde etkili olmamaktadır. |
| Qian vd. (2009) | Gansu, Çin | Karma Çok Durumlu Logit Model | Gelir düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış, sigorta sahipliği, kronik hastalığın varlığı ve evli olmak sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması ve yaşlılık ise talebi azaltmaktadır. |
| Girma vd. (2011) | Jimma, Etiyopya | İkili Lojistik Regresyon Analizi | Evli olmak, gelir düzeyinin artması ve sağlık problemlerinin varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın, ulaşım maliyetlerinin ve muayene ücretlerinin artması ise talebi azaltmaktadır. |
| Lepine ve Le Nestour (2011) | Senegal | Lojistik Regresyon Analizi | Sağlık sigortası sahipliği, hanehalkı reisinin eğitim düzeyindeki artış ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretindeki ve sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki artış ise talebi azaltmaktadır. |

| | | | |
|--------------------|------------------|----------------------------------|--|
| Muriithi (2013) | Nairobi, Kenya | Çok Durumlu Logit Model | Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve hizmet kullanım ücretlerinin artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sunulan sağlık hizmetinin kalitesindeki artış, sunulan hizmete duyulan güven, bekleme süresindeki artış, hastanın bilgilendirilmesi, hanehalkının büyüklüğündeki ve eğitim düzeyindeki artış ise talebi artırmaktadır. |
| Liu vd. (2005) | Türkiye | Lojistik Regresyon Analizi | Sağlık sigortası sahipliği, kırsal alanda yaşamak, gelir düzeyindeki artış, sağlık statüsündeki artış ve doğu bölgelerine oranla iç bölgelerde yaşamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Şenol vd. (2010) | Kayseri, Türkiye | Çoklu Lojistik Regresyon Analizi | Evlü olmak, gelir düzeyindeki artış, sağlık sigortasının bulunmaması, sağlık kuruluşuna olan uzaklığın azalması ve kronik hastalığın varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |
| Yaylalı vd. (2012) | Erzurum, Türkiye | Logit Model | Gelir düzeyindeki artış, yaşlılık ve ailedeki birey sayısındaki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır. |

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TALEP ANALİZİ

Bu bölümde, Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine dair çalışmanın amacı ve kapsamı, anketin uygulanması ve uygulandığı örneklerin özellikleri, çalışmada kullanılan yöntem ve çalışma sonucunda elde edilen bulgular ele alınmaktadır.

2.1. Çalışmanın amacı ve kapsamı

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Buradan hareketle, çalışmada kullanılacak veri setini elde etmek amacıyla anket uygulaması Türkiye’de sağlık hizmetleri talebinin en fazla olduğu üç şehir olan İstanbul, Ankara ve İzmir’de şehir merkezlerinde yaşayan 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde yapılmıştır. Anket uygulanacak örneklemin büyüklüğü aşağıdaki eşitlik yardımıyla hesaplanmıştır (Özer, 2004: 141):

$$n = \frac{NPQZ^2}{(N-1)d^2 + PQZ^2} \quad (1)$$

Eş. 1’de;

n: Örneklem büyüklüğü

N: Anakütle Hacmi (TÜİK 2013 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (AD-NKS) verilerine göre İstanbul, Ankara ve İzmir şehirlerinde yaşayan 20 yaş ve üstü bireylerin sayısı)

P: Sağlık sorunu söz konusu olduğunda sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetleri talep etme olasılığı

Q: Sağlık sorunu söz konusu olduğunda sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetleri talep etmeme olasılığı, (1-P)

Z: % (1-α) düzeyinde Z test değeri

α : Önem düzeyi

d: Hata payıdır.

Büyük örneklem ile çalışabilmek amacıyla söz konusu üç şehirde yaşayan bireylerin sağlık sorunu söz konusu olduğunda sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetleri talep etme ve etmeme olasılıkları 0,5 olarak alınmış, %5 önem düzeyinde %5 hata payı ile anakütleyi temsil edecek örneklem büyüklüğü aşağıdaki şekilde 384 olarak hesaplanmıştır:

$$n = \frac{(9\ 811\ 219 + 3\ 566\ 689 + 2\ 988\ 740)(0,5)(0,5)(1,96)^2}{(16\ 366\ 648 - 1)(0,05)^2 + (0,5)(0,5)(1,96)^2} \cong \quad (2)$$

Eksik doldurulmuş anketlerin olabileceği dikkate alınarak 800 adet anket İstanbul, Ankara ve İzmir’de sahaya sürülmüştür. Şubat- Nisan 2014 dönemini kapsayan üç aylık süre içerisinde uygulanan anketlerin geri dönüşleri tamamlandıktan sonra eksik doldurulmuş ve boş olan anketler çıkarıldığında geriye 613 adet anket kalmıştır. Değerlendirilmeye alınacak olan 613 adet anket, amaçlanan 384 sayısından fazladır.

Anket formunun hazırlanmasında, Akin vd. (1995), Mariko (2003), Al-Ghanim (2004), Hanson vd. (2004), Kermani vd. (2007), Şenol vd. (2010), Yaylalı vd. (2012) ve Muriithi (2013) çalışmalarından yararlanılmıştır.

Tablo 2. Anketin uygulandığı örneklemin özellikleri

| Değişkenler | Sayı | Yüzde | Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|--|------|-------|
| Cinsiyet | | | İlk tercih | | |
| Kadın | 281 | 45,8 | Sağlık Ocağı- Aile Hekimi | 205 | 33,4 |
| Erkek | 332 | 54,2 | Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi | 294 | 48,0 |
| Yaş | | | Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane | 114 | 18,6 |
| 20-39 | 249 | 40,6 | Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre | | |
| 40-59 | 266 | 43,4 | 0-30 dakika | 359 | 58,6 |
| 60 ve üzeri | 98 | 16,0 | 31-60 dakika | 136 | 22,2 |
| Medeni durum | | | 60 dakikadan fazla | 118 | 19,2 |
| Evli değil | 232 | 37,8 | Evinizden tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık | | |
| Evli | 381 | 62,2 | 0-1000 metre | 383 | 62,5 |
| Eğitim düzeyi | | | 1000 metreden fazla | 230 | 37,5 |
| İlköğretim ve altı | 162 | 26,4 | Sağlık durumu | | |
| Lise | 219 | 35,7 | Kötü | 21 | 3,4 |
| Yüksekokul-Üniversite | 189 | 30,8 | Orta | 229 | 37,4 |
| Lisansüstü | 43 | 7,0 | İyi | 363 | 59,2 |
| Tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu | | | Kronik hastalık | | |
| Hayır | 202 | 33,0 | Yok | 470 | 76,7 |
| Evet | 411 | 67,0 | Var | 143 | 23,3 |
| Meslek | | | Sosyal güvence | | |
| İşsiz | 23 | 3,8 | Yok | 21 | 3,4 |
| Kamu Sektörü | 165 | 26,9 | Yeşil Kart | 15 | 2,4 |
| Emekli | 78 | 12,7 | SSK | 277 | 45,2 |
| Ev Hanımı | 60 | 9,8 | Emekli Sandığı | 163 | 26,6 |
| Esnaf-Serbest Meslek | 113 | 18,4 | Bağ-Kur | 109 | 17,8 |
| Özel Sektör | 174 | 28,4 | Özel Sağlık Sigortası | 28 | 4,6 |
| Ailenin aylık geliri | | | Yaşam kalitesi | | |
| 0-999 TL | 183 | 29,9 | Kötü | 32 | 5,2 |
| 1000-1999 TL | 157 | 25,6 | Orta | 305 | 49,8 |
| 2000-2999 TL | 147 | 24,0 | İyi | 276 | 45,0 |
| 3000 TL ve üzeri | 126 | 20,6 | Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı | | |
| Hanedeki birey sayısı | | | Haftada bir- Haftada birkaç kez | 16 | 2,6 |
| 1-4 | 485 | 79,1 | Ayda bir- Ayda birkaç kez | 136 | 22,2 |
| 5 ve üzeri | 128 | 20,9 | Yılda birkaç kez | 184 | 30,0 |
| | | | Yalnızca sağlık sorunu ile karşılaşıldığında | 277 | 45,2 |

Yukarıda yer alan Tablo 2'ye göre katılımcıların %45,8'i kadın, %54,2'si erkeklerden oluşmaktadır. Ankete katılan bireylerin %40,6'sı 20-39 yaş, %43,4'ü 40-59 yaş aralığında olup %16'sı ise 60 yaş ve üzeridir. Analize konu olan bireylerin %37,8'si evli değilken, %62,2'si evlidir. Katılımcıların eğitim düzeyi, %26,4 ile ilköğretim ve altı, % 35,7 ile lise, %30,8 ile yüksekokul-üniversite ve %7 ile lisansüstü eğitim düzeyinden oluşmaktadır. Ankete katılan bireylerin %33'ü tedavi ücretlerinin (fark ücreti-katkı payı) sağlık kuruluşu tercihlerini etkilemediğini, %67'si ise etkilediğini ifade etmektedir. Ankete katılan bireylerin %3,8'i işsiz, % 9,8'si ev hanımı, % 12,7'si emekli, % 18,4'ü serbest meslek-esnaf, % 26,9'u kamu sektörü çalışanı ve % 28,4'ü ise özel sektör çalışanıdır. Ailenin aylık geliri değişkenine bakacak olursak, analize konu olan bireylerin %29,9'u 0-999 TL, %25,6'sı 1000-1999 TL, %24'ü 2000-2999 TL ve %20,6'sı 3000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahiptir. Katılımcıların %79,1'i birey sayısının 1-4 olduğu, %20,9'u ise birey sayısının 5 ve üzeri olduğu hanelerde yaşamaktadır. Ankete katılan bireylerin %33,4'ünün sağlık sorunu ile karşılaştığında ilk tercihi sağlık ocağı-aile hekimi, %48'inin devlet hastanesi-üniversite hastanesi ve %18,6'sının özel hastane-poliklinik-muayenehane olmaktadır. Bireylerin sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar harcadıkları toplam süre söz konusu olduğunda %58,6'sı 0-30 dakika, %22,2'si 31-60 dakika ve %19,2'si 60 dakikadan fazla beklemektedir. Katılımcıların %62,5'inin evlerinden tercih ettikleri sağlık kuruluşuna olan uzaklıkları 0-1000 metre iken %37,5'inin 1000 metreden fazladır. Analize konu olan bireylerin %3,4'ü sağlık durumlarını kötü, %37,4'ü orta ve %59,2'si iyi olarak ifade etmektedir. Katılımcıların %76,7'sinin herhangi bir kronik hastalığı yokken %23,3'ünün kronik hastalığı vardır. Analize konu olan bireylerin %3,4'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip değilken %2,4'ü Yeşil Kart'a, %45,2'si SSK'ya, %26,6'sı Emekli Sandığı'na, %17,8'i Bağ-Kur'a ve %4,6'sı özel sağlık sigortasına sahiptir. Analize konu olan bireylerin %5,2'si yaşam kalitelerini kötü, %49,8'i orta ve %45'i iyi olarak ifade etmektedir. Analize konu olan bireylerin %2,6'sı haftada bir-haftada birkaç kez, %22,2'si ayda bir-ayda birkaç kez, %30'u yılda birkaç kez, %10,6'sı birkaç yılda bir ve %45,2'si yalnızca sağlık sorunu ile karşılaştıklarında sağlık kuruluşuna başvurmaktadır.

2.2. Yöntem ve Elde Edilen Bulgular

Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talep analizini amaçlayan çalışmada kurulan model için seçilen bağımlı değişken, bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu olup üç kategori şeklinde ifade edilmektedir. Söz konusu kategoriler Sağlık Ocağı-Aile Hekimi (1), Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi (2) ve Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane (3)'dir. Bağımsız değişkenler ise her biri en az iki ya da daha fazla kategoriden

oluşmak üzere sırasıyla, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, hanedeki birey sayısı, sosyal güvence, kronik hastalık, sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre, tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık, sağlık durumu, yaşam kalitesi ve tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumudur. Bağımlı değişkenin ikiden daha fazla kategoriye sahip olduğu durumlarda, kesikli tercih modellerinden çok durumlu modellerin kullanılması gerekmektedir. Dolayısıyla, çok durumlu logit modelin çalışmanın yöntemi olarak seçilmesi uygun olmaktadır.

Çok durumlu logit model, iki alternatifli durum için ifade edilen logit modelin üç veya daha fazla alternatifli durum için genelleştirilmiş halidir ve tesağüfi fayda modelinden elde edilebilmektedir (Özer, 2004: 87). J kadar alternatifle karşılaşılan i.inci tüketici açısından j alternatifini tercih etmenin faydasının diğer alternatifler arasında maksimum olduğu varsayılmakta ve söz konusu durum aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Greene, 2012: 761):

$$U_{ij} = x_i' \beta_j + \varepsilon_{ij} \quad (3)$$

$$P(U_{ij} > U_{ik}), \quad k \neq j \quad (4)$$

Çok durumlu logit model aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Amemiya, 1985: 295):

$$P_{ij} = \frac{e^{x_i' \beta_j}}{\sum_{k=0}^J e^{x_i' \beta_k}} \quad (5)$$

Çok durumlu logit modelde üç farklı alternatif söz konusu olduğunda olasılıklar aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Powers ve Xie, 2000: 228):

$$P_{i1} = \frac{1}{1 + e^{x_i' \beta_2} + e^{x_i' \beta_3}} \quad (6)$$

$$P_{i2} = \frac{e^{x_i' \beta_2}}{1 + e^{x_i' \beta_2} + e^{x_i' \beta_3}} \quad (7)$$

$$P_{i3} = \frac{e^{x_i' \beta_3}}{1 + e^{x_i' \beta_2} + e^{x_i' \beta_3}} \quad (8)$$

Çok durumlu logit model için olasılık oranı ve marjinal etkiler sırasıyla aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Powers ve Xie, 2000: 231):

$$\frac{P_{ij}}{P_{ik}} = e^{[x_i'(\beta_j - \beta_k)]} \quad (9)$$

$$\frac{\partial P_{ij}}{\partial x_{ik}} = P_{ij}(\beta_j - \sum_{j=2}^J P_{ij}) \quad (10)$$

Çok durumlu kesikli tercih modellerinde, bağımlı değişken kategorilerinden biri referans kategori olarak seçilmekte ve diğer kategoriler söz konusu referans kategori ile karşılaştırılmaktadır. Referans kategorinin seçimi, araştırmacıya bırakılmaktadır (Kleinbaum ve Klein, 2010: 435). Bu çalışmada, bağımlı değişken için referans kategori, ankete katılan bireylerin %48'inin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk tercihleri olan Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi (2) seçilmiştir. Sağlık Ocağı-Aile Hekimi (1) ve Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane (3), söz konusu referans kategori ile karşılaştırılmakta ve parametrelerin yorumu bu duruma göre yapılmaktadır. Bağımsız değişkenler için referans kategoriler ise aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Cinsiyet: Erkek
- Yaş: 60 ve üzeri
- Medeni durum: Evli
- Eğitim düzeyi: Lisansüstü
- Gelir düzeyi: 3000 TL ve üzeri
- Hanedeki birey sayısı: 5 ve üzeri
- Sosyal güvence: Özel sağlık sigortası
- Kronik Hastalık: Var
- Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre: 60 dakikadan fazla
- Tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık: 1000 metreden fazla
- Sağlık durumu: İyi
- Yaşam kalitesi: İyi
- Tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu: Evet

Tablo 3. Çok durumlu logit modele ilişkin model uygunluğu testi, uyum iyiliği testi ve gölge R² katsayı sonuçları

| Testler | | | Ki-Kare | s.d. | p |
|-------------------------------|-------------------|---------|---------|------|-------|
| Model Uygunluğunun Testi | LR Testi | | 426,987 | 50 | ,000 |
| | -2Log Olabilirlik | 825,794 | | | |
| Uyum iyiliğinin testi | Pearson | | 894,640 | 1140 | 1,000 |
| | Deviance | | 814,469 | 1140 | 1,000 |
| Gölge (Pseudo) R ² | Cox ve Snell | ,502 | | | |
| | Nagelkerke | ,575 | | | |
| | Mc Fadden | ,338 | | | |

Bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarındaki ilk sağlık kuruluşu tercihinde etkili olabileceği varsayılan değişkenler dikkate alınarak kurulan modelin en uygun model olup olmadığı olabilirlik oranı (Likelihood ratio, LR) testi ile sınanmıştır. Tablo 3'den görüldüğü üzere, söz konusu testten elde edilen Ki-Kare değerine ait P değeri (0,000) belirlenen önem düzeyinden (0,05) daha küçük olduğundan H₀ hipotezi reddedilmiş ve modelde katsayılardan en az biri istatistiki olarak sıfırdan farklı olduğu için söz konusu değişkenlerle kurulan modelin en uygun model olduğu kararına varılmıştır.

Modelin uyum iyiliğinin test edilmesinde Pearson Ki-Kare ve Deviance Ki-Kare değerleri kullanılmıştır. Tablo 3'den görüldüğü üzere, her iki Ki-Kare değerine ait P değeri (1,000) belirlenen önem düzeyinden (0,05) daha büyük olduğundan H₀ hipotezi kabul edilerek oluşturulan modelin gerçek verilere iyi uyum gösterdiği kararına varılmıştır.

Doğrusal regresyon modellerinde belirlilik katsayısı (R²), bağımlı değişkendeki değişimin model tarafından açıklanan kısmını göstermektedir. Bağımlı değişkenin nitel özellik taşıdığı kesikli tercih modellerinde, söz konusu R² ile aynı özelliklere sahip tek R² hesaplanamadığından onun yerine Cox ve Snell, Nagelkerke ve Mc Fadden gölge (pseudo) R² katsayıları hesaplanmaktadır (Özer ve Lebe, 2008: 251). Gölge R² katsayıları için standart bir kestirim değeri olmamasına rağmen, Mc Fadden R² katsayısının genellikle 0,2 ile 0,4 arasında değerler aldığı görülmekte, Mc Fadden R² katsayısının 0,4'ten daha yüksek değerler alması ise modelin uyum iyiliğinin çok iyi olduğunu işaret etmektedir (Ganguly vd., 2010: 667). Cox ve Snell R² katsayısının maksimum değerinin 1'den küçük olması yorumunu güçleştirdiğinden Cox ve Snell R² katsayısının 0-1 arasında değer almasını sağlamak için Nagelkerke R² katsayısı geliştirilmiştir (Cengiz, 2009: 190). Tablo 3'den görüldüğü üzere modelden

elde edilen Cox ve Snell, Nagelkerke ve Mc Fadden gölge (pseudo) R^2 katsayıları, sırasıyla, 0,502; 0,575 ve 0,338'dir.

Tablo 4. Çok durumlu logit modele ilişkin sınıflandırma tablosu

| Gözlenen | Tahmin | | | |
|---|-----------------------------|--|---|-----------------------------------|
| | Sağlık Ocağı Aile Hekimi | Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi | Özel Hastane Poliklinik Muayenehane | Doğru sınıflandırma yüzdesi |
| Sağlık Ocağı- Aile Hekimi | 95 | 93 | 17 | % 46,3 |
| Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi | 50 | 227 | 17 | %77,2 |
| Özel Hastane-Poliklinik- Muayenehane | 9 | 22 | 83 | % 72,8 |
| Toplam yüzde | | | | % 66,1 |

Sınıflandırma tablosu (classification tables), bağımlı değişken değerlerinin çaprazlanması ile elde edilmekte ve modelin analize konu olan grupları hangi düzeyde doğru sınıflandırdığını tespit etmesi yoluyla uyum iyiliğinin saptanması için kullanılmaktadır. Söz konusu tabloda, bağımlı değişkenin gözlenen ve olasılıklardan tahmin edilen değerleri bulunmaktadır. Kestirim değeri için genellikle 0,5 değerinin kullanıldığı tabloda, ele alınan kestirim değerinin 0,5'i geçtiği durumlarda türetilen değişken 1, diğer durumlarda ise 0 değerini almaktadır (Hosmer ve Lemeshow, 2000: 156). Tablo 4'den görüldüğü üzere, bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarındaki ilk sağlık kuruluşu tercihi %66,1 oranında doğru sınıflandırılmıştır.

Belirlenen önem düzeyinde (%5) istatistiki olarak anlamlı bulunan pozitif katsayılı değişkenler, analize konu olan sağlık kuruluşunun tercih edilme olasılığının referans sağlık kuruluşuna (üniversite hastanesi-devlet hastanesi) göre daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Diğer taraftan, %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunan negatif katsayılı değişkenler, analize konu olan sağlık kuruluşunun tercih edilme olasılığının üniversite hastanesi-devlet hastanesine göre daha düşük olduğunu ifade etmektedir.

Değişkenlerin katsayıları (β), söz konusu bağımsız değişkenlerin analize konu olan olay üzerindeki etkilerini saptamak açısından faydalı olmasına rağmen yorumlanmalarının daha kolay olmasından dolayı $\exp(\beta)$ değerleri bulguların yorumlanmasında daha yaygın kullanılmaktadır (Özer ve Lebe, 2008: 249-250). Olasılık oranını işaret eden $\exp(\beta)$ değeri ait olduğu bağımsız değişkende, bağımlı değişkenin gözlenme olasılığını kaç kat artıracakını ya da azaltacağını işaret etmektedir. Olasılık oranı 1'den büyük olan değişkenler, analize konu olan sağlık kuruluşunun Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesine yerine

tercih edilme olasılığını artırmaktadır. Olasılık oranı 1'den küçük olan değişkenler ise analize konu olan sağlık kuruluşunun Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesine yerine tercih edilme olasılığını azaltmaktadır.

Bağımlı değişken için referans kategorinin Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi olan çok durumlu logit modelde bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etmesine neden olan faktörleri analiz etmek amacıyla yapılan tahminin sonuçları aşağıdaki Tablo 5'de verilmektedir:

Tablo 5. Çok durumlu logit model tahmin sonuçları (Sağlık Ocağı-Aile Hekimi)

| Değişkenler | Standart hata | Wald | Anlamlılık düzeyi | Exp (Olasılık oranı) | %95 düzeyinde güven aralığı | |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------------------|----------------------|-----------------------------|----------------|
| | | | | | Alt | Üst |
| Sabit terim | -4,170 | 1,440 | 8,384 | 0,004 | | |
| Cinsiyet: Kadın | -0,456 | 0,218 | 4,361 | 0,037 | 0,634 | 0,414 0,972 |
| Yaş:20-39 | -0,531 | 0,335 | 2,509 | 0,113 | 0,588 | 0,305 1,134 |
| Yaş:40-59 | -0,010 | 0,308 | 0,001 | 0,975 | 0,991 | 0,542 1,811 |
| Medeni durum: Evli değil | 0,012 | 0,227 | 0,003 | 0,959 | 1,012 | 0,648 1,580 |
| Eğitim düzeyi: İlköğretim ve altı | 0,428 | 0,639 | 0,450 | 0,502 | 1,535 | 0,439 5,366 |
| Eğitim düzeyi: Lise | 0,606 | 0,607 | 0,998 | 0,318 | 1,834 | 0,558 6,026 |
| Eğitim düzeyi: Yüksekokul-Üniversite | 0,760 | 0,579 | 1,725 | 0,189 | 2,139 | 0,688 6,648 |
| Gelir düzeyi: 0-999 TL | 0,539 | 0,443 | 1,484 | 0,223 | 1,715 | 0,720 4,083 |
| Gelir düzeyi: 1000-1999 TL | -0,032 | 0,398 | 0,007 | 0,935 | 0,968 | 0,444 2,113 |
| Gelir düzeyi: 2000-2999 TL | -0,424 | 0,375 | 1,279 | 0,258 | 0,654 | 0,314 1,365 |
| Hanedeki birey sayısı: 1-4 | 0,360 | 0,255 | 2,006 | 0,157 | 1,434 | 0,871 2,361 |
| Sosyal güvence: Yok | 4,297 | 1,456 | 8,712 | 0,003 | 73,501 | 4,237 1275,081 |
| Sosyal güvence: Yeşil Kart | 1,186 | 1,346 | 0,776 | 0,378 | 3,273 | 0,234 45,746 |
| Sosyal güvence: SSK | 1,400 | 1,209 | 1,340 | 0,247 | 4,054 | 0,379 43,358 |
| Sosyal güvence: Emekli Sandığı | 1,031 | 1,217 | 0,717 | 0,397 | 2,804 | 0,258 30,474 |

| | | | | | | | |
|---|--------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| Sosyal güvence: Bağ-Kur | 1,279 | 1,219 | 1,100 | 0,294 | 3,591 | 0,329 | 39,186 |
| Kronik hastalık: Yok | 0,870 | 0,281 | 9,605 | 0,002 | 2,388 | 1,377 | 4,141 |
| Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre: 0-30 dakika | 1,013 | 0,289 | 12,337 | 0,000 | 2,755 | 1,565 | 4,850 |
| Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre: 31-60 dakika | 0,255 | 0,329 | 0,603 | 0,437 | 1,291 | 0,678 | 2,457 |
| Tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık: 0-1000 metre | 0,554 | 0,222 | 6,218 | 0,013 | 1,740 | 1,126 | 2,690 |
| Sağlık durumu: Kötü | -0,681 | 0,600 | 1,291 | 0,256 | 0,506 | 0,156 | 1,639 |
| Sağlık durumu: Orta | 0,073 | 0,260 | 0,080 | 0,778 | 1,076 | 0,646 | 1,792 |
| Yaşam kalitesi: Kötü | 0,384 | 0,456 | 0,709 | 0,400 | 1,468 | 0,601 | 3,587 |
| Yaşam kalitesi: Orta | 0,006 | 0,252 | 0,001 | 0,980 | 1,006 | 0,615 | 1,648 |
| Tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu: Hayır | 0,650 | 0,233 | 7,792 | 0,005 | 1,915 | 1,213 | 3,021 |

Tablo 5’de görüldüğü üzere Sağlık Ocağı-Aile Hekimi için yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, hanedeki birey sayısı, sağlık durumu ve yaşam kalitesi değişkenleri %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunmamaktadır. Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Develay vd. (1996), hanedeki birey sayısı ve eğitim düzeyi; Glick vd. (2000), eğitim düzeyi; Havemann ve van der Berg (2002), yaş; Gotsadze vd. (2005) eğitim düzeyi ve hanedeki birey sayısı; Kaija ve Okwi (2006), eğitim düzeyi; Habtom ve Ruys (2007), yaş; Ntembe, (2009) yaş ve Halasa ve Nandakumar (2009), yaş ve hanehalkının sağlık kuruluşu tercihinde istatistiki olarak anlamlı bulunmaması nedeniyle, bu çalışma ile uyumludur.

Tablo 5’de görüldüğü üzere, Sağlık Ocağı-Aile Hekimi için cinsiyet (kadın), sosyal güvence (yok), kronik hastalık (yok), sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre (0-30 dakika), tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık (0-1000 metre) ve tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu (hayır) değişkenleri %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunmaktadır. Bu durum, söz konusu değişkenlerin, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Sağlık Ocağı-Aile Hekiminin tercih edilmesinde önemli olduklarını işaret etmektedir. Sosyal güvence (yok), kronik hastalık (yok), sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre

(0-30 dakika), tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık (0-1000 metre) ve tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu (hayır) değişkenlerinin katsayılarının () pozitif olması, bu değişkenler ile sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimi tercih edilme olasılığı arasında aynı yönlü bir ilişki olduğunu işaret etmektedir. Diğer taraftan, cinsiyet (kadın) değişkeninin katsayısının () negatif olması söz konusu değişken ile Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimi tercih etme olasılığı arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu işaret etmektedir.

Tablo 5’de görüldüğü üzere, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı kadınlarda erkeklere göre 0,634 kat daha azdır. Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Al-Ghanim (2004), Buor (2004) ve Şenol vd. (2010), bu durumu çalışmaların alanını oluşturan ülkelerde, erkeklerin karar verici unsur ve daha yüksek gelir düzeyine sahip olan taraf olması ile açıklamaktadır. Öte yandan, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı sosyal güvencesi olmayan bireylerde özel sağlık sigortası olan bireylere göre 73,501 kat daha fazladır. Bu durum, söz konusu bireylerin daha geniş kapsamlı hizmetler sunan Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi tercihinde bulduklarında karşılaşmaları muhtemel olan ek maliyetlerden kaçınma istekleri ile açıklanabilir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı kronik hastalığı olan bireylere göre 2,388 kat daha fazladır. Bu durum, çeşitli branşlarda hizmetler sunan (kardiyoloji, üroloji, ameliyat vb.), modern ekipmanlara (Mariko, 2003) ve kalifiye sağlık personeline sahip olan Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi’nin, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık sorunları ile karşılaştıklarında ilk tercihleri olması ile paralel bir durumdur. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0- 30 dakika süre geçiren bireylerde 60 dakikadan fazla süren geçiren bireylere göre 2,755 kat daha fazladır. Sağlık sorunu ile karşılaşan bireyin, sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar harcadığı süre arttıkça birey açısından alternatif maliyet de (bu sürede çalışmış olsaydı elde edeceği gelir) artacaktır. Dolayısıyla, bireyler açısından bekleme süresi ile sağlık hizmetleri talebi arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı beklenen bir olgudur. Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Tembon (1996), Al-Ghanim (2004) ve Habtom ve Ruys (2007), bu olguyu desteklemektedir. Sağlık ocağı-Aile Hekimi, Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi’ne göre daha düşük başvuru kapasitesine sahip olduğundan daha az sayıda bireye tedavi imkanı sunmakta,

bu durum da söz konusu sağlık kuruluşunda bekleme süresinin daha az olması sonucunu doğurmaktadır. Dolayısıyla, bekleme süresinin azalması ile Sağlık Ocağı-Aile Hekimine yönelik talep daha fazla olacaktır. Tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklığı 0-1000 metre olan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklığı 1000 metreden daha fazla olan bireylere göre 1,740 kat daha fazladır. Sağlık kuruluşuna olan uzaklık, bireyler açısından bekleme süresi ile aynı yönde etkiye sahip olup, birey açısından sağlık kuruluşuna ulaşmaya kadar harcanan süre arttıkça birey açısından alternatif maliyet de artacaktır. Dolayısıyla, bireyler açısından tercih edilen sağlık kuruluşuna olan uzaklık ile sağlık hizmetleri talebi arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı beklenen bir olgudur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ve literatür taramasında yer alan çalışmalar arasında yer alan Hotchkiss (1993), Niraula (1994), Akin vd. (1998), Fredericx (1998), Hotchkiss (1998), Ichoku ve Leibbrandt (2003), Kasirye vd. (2004), Lindelow (2005), Kamgnia (2006), Amaghionyeodiwe (2008), Habibov (2009), Halasa ve Nandakumar (2009), Qian ve diğerleri (2009), Girma vd. (2011), Lepine ve Le Nestour (2011), Muriithi (2013) ve Şenol vd. (2011) bu olguyu destekler niteliktedir. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde etkileyen bireylere göre 1,915 kat daha fazladır.

Bağımlı değişken için referans kategorinin Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi olan çok durumlu logit modelde bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etmesine neden olan faktörleri analiz etmek amacıyla yapılan tahminin sonuçları aşağıdaki Tablo 6'da verilmektedir:

Tablo 6. Çok durumlu logit model tahmin sonuçları (Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane)

| Değişkenler | | Standart hata | Wald | Anlamlılık düzeyi | Exp (Olasılık oranı) | %95 düzeyinde güven aralığı | |
|--|---------|---------------|--------|-------------------|----------------------|-----------------------------|------------|
| | | | | | | Alt | Üst |
| Sabit terim | 3,469 | 1,510 | 5,274 | 0,022 | | | |
| Cinsiyet: Kadın | -0,577 | 0,343 | 2,833 | 0,092 | 0,561 | 0,287 | 1,100 |
| Yaş:20-39 | -0,309 | 0,599 | 0,266 | 0,606 | 0,734 | 0,227 | 2,376 |
| Yaş:40-59 | -1,009 | 0,549 | 3,378 | 0,066 | 0,365 | 0,124 | 1,069 |
| Medeni durum: Evli değil | 0,290 | 0,362 | 0,640 | 0,424 | 1,336 | 0,657 | 2,718 |
| Eğitim düzeyi: İlköğretim ve altı | -0,909 | 0,778 | 1,368 | 0,242 | 0,403 | 0,088 | 1,849 |
| Eğitim düzeyi: Lise | -0,038 | 0,593 | 0,004 | 0,949 | 0,963 | 0,301 | 3,080 |
| Eğitim düzeyi: Yüksekokul-Üniversite | 0,518 | 0,503 | 1,060 | 0,303 | 1,679 | 0,626 | 4,501 |
| Gelir düzeyi: 0-999 TL | -22,922 | 3452,064 | 0,000 | 0,995 | 1,110E-010 | 0,000 | |
| Gelir düzeyi: 1000-1999 TL | -4,897 | 0,722 | 45,991 | 0,000 | 0,007 | 0,002 | 0,031 |
| Gelir düzeyi: 2000-2999 TL | -2,020 | 0,404 | 25,037 | 0,000 | 0,133 | 0,060 | 0,293 |
| Hanedeki birey sayısı: 1-4 | 1,200 | 0,524 | 5,252 | 0,022 | 3,320 | 1,190 | 9,263 |
| Sosyal güvence: Yok | -15,166 | 0,000 | | | 2,591E-007 | 2,591E-007 | 2,591E-007 |
| Sosyal güvence: Yeşil Kart | -16,133 | 9985,259 | 0,000 | 0,999 | 9,857E-008 | 0,000 | |
| Sosyal güvence: SSK | -2,970 | 1,001 | 8,803 | 0,003 | 0,051 | 0,007 | 0,365 |
| Sosyal güvence: Emekli Sandığı | -3,422 | 0,992 | 11,888 | 0,001 | 0,033 | 0,005 | 0,228 |
| Sosyal güvence: Bağ-Kur | -3,812 | 1,076 | 12,556 | 0,000 | 0,022 | 0,003 | 0,182 |
| Kronik hastalık: Yok | -1,996 | 0,446 | 20,029 | 0,000 | 0,136 | 0,057 | 0,326 |
| Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre: 0-30 dakika | 1,522 | 0,503 | 9,158 | 0,002 | 4,582 | 1,710 | 12,280 |

| | | | | | | | |
|---|---------|----------|-------|-------|------------|-------|---------|
| Sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre: 31-60 dakika | 1,279 | 0,584 | 4,798 | 0,028 | 3,592 | 1,144 | 11,276 |
| Tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık: 0-1000 metre | 0,015 | 0,359 | 0,002 | 0,967 | 1,015 | 0,502 | 2,051 |
| Sağlık durumu: Kötü | 2,051 | 1,413 | 2,107 | 0,147 | 7,774 | 0,488 | 123,919 |
| Sağlık durumu: Orta | 0,932 | 0,452 | 4,246 | 0,039 | 2,541 | 1,047 | 6,167 |
| Yaşam kalitesi: Kötü | -20,816 | 7464,142 | 0,000 | 0,998 | 9,111E-010 | 0,000 | |
| Yaşam kalitesi: Orta | -0,171 | 0,404 | 0,179 | 0,673 | 0,843 | 0,382 | 1,862 |
| Tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu: Hayır | 0,942 | 0,359 | 6,867 | 0,009 | 2,565 | 1,268 | 5,189 |

Tablo 6'da görüldüğü üzere, Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane için medeni durum, eğitim düzeyi, tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklık ve yaşam kalitesi değişkenleri %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunmamaktadır. Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Develay vd. (1996), eğitim düzeyi ve sağlık kuruluşuna uzaklık; Glick vd. (2000), Gotsadze vd. (2005), Kaija ve Okwi (2006) ise eğitim düzeyinin sağlık kuruluşu tercihinde istatistiki olarak anlamlı bulunmamaları nedeniyle, bu çalışma ile uyumludur. Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane için gelir düzeyi (1000-1999 TL ve 2000-2999 TL), hanedeki birey sayısı (1-4), sosyal güvence (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur), kronik hastalık (yok), sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre (0-30 dakika ve 31-60 dakika), sağlık durumu (orta) ve tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu (hayır) değişkenleri %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunmaktadır. Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane için ayrıca, cinsiyet (kadın) ve yaş (40-59) değişkenleri %10 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bulunmaktadır. Bu durum, söz konusu değişkenlerin, sağlık sorunu ile karşılaştığında Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane tercih edilmesinde önemli olduklarını işaret etmektedir. Hanedeki birey sayısı (1-4), sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirilen toplam süre (0-30 dakika ve 31-60 dakika), sağlık durumu (orta) ve tedavi ücretlerinin ilk tercihi etkileme durumu (hayır) değişkenlerinin katsayılarının () pozitif olması, bu değişkenler ile sağlık sorunu ile karşılaştığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel

Hastane-Poliklinik-Muayenehane tercih etme olasılığı arasında aynı yönlü bir ilişki olduğunu işaret etmektedir. Diğer taraftan, cinsiyet (kadın), yaş (40-59), gelir düzeyi (1000-1999 TL ve 2000-2999 TL), sosyal güvence (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur) ve kronik hastalık (yok) değişkenlerinin katsayılarının (β) negatif olması, bu değişkenler ile sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehane tercih etme olasılığı arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu işaret etmektedir.

Tablo 6'da görüldüğü üzere, hanedeki birey sayısı 1-4 aralığında olan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı hanedeki birey sayısı 5 ve üzerinde olan bireylere göre 3,320 kat daha fazladır. Hanedeki birey sayısının artması, kişi başına düşen gelirin azalmasına ve dolayısıyla sağlık hizmetine yönelik talebin azalmasına neden olmaktadır (Tembon, 1996). Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehanenin, Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesine göre, sağlık sorunu ile karşılaşan bireylere daha yüksek maliyetler getirmesi muhtemeldir ve hanedeki bireyler açısından kişi başına düşen gelir daha önemli olmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmaya göre, hanedeki birey sayısı 1-4 aralığında olan bireylerin hanedeki birey sayısı 5 ve üzerinde olan bireylere göre Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığının fazla olması beklenen olgu ile uyumludur. Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Niraula (1994), Tembon (1996), Nandakumar vd. (2000), Ichoku ve Leibbrandt (2003), Mariko (2003), Kaija ve Okwi (2006) ve Abu-Mourad vd. (2008) hanedeki birey sayısının artmasının sağlık hizmetlerine yönelik talebi azalttığını göstermeleri nedeniyle bu çalışma ile uyumludur. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0- 30 dakika ve 30-60 dakika aralığında süre geçiren bireylerde 60 dakikadan daha fazla süre geçiren bireylere göre, sırasıyla, 4,582 ve 3,592 kat daha fazladır. Sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih eden bireyler açısından açıklandığı üzere, sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında tedavi olana kadar harcadığı süre arttıkça birey açısından alternatif maliyet de (bu sürede çalışmış olsaydı elde edeceği gelir) artacaktır. Dolayısıyla, bireyler açısından bekleme süresi ile sağlık hizmetleri talebi arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı beklenen bir olgudur. Söz konusu durum, sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih eden bireyler için de geçerlidir. Ayrıca, bekleme süresi için elde edilen katsayıların ve olasılık oranı değerlerinin Özel Hastane-Poliklinik-Muayene tercih eden bireylerde, Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih eden bireylere göre daha yüksek olması; söz konusu bireyler açısından bekleme süresinin sağlık hizmetleri talebinde daha önemli olduğu-

nu işaret etmektedir. Al-Ghanim (2004)'e göre, sağlık hizmetleri sunan kamu kuruluşlarındaki uzun bekleme süreleri nedeniyle bireyler sağlık hizmetleri talebini sağlık hizmetleri sunan özel kuruluşlara kaydırmaktadır. Al-Ghaim (2004)'deki söz konusu bu saptama, bu çalışmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Sağlık durumu orta düzeyde olan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı sağlık durumu iyi düzeyde olan bireylere göre 2,541 kat daha fazladır. Geitona vd. (2007) çalışmalarında, sağlık düzeyinin ortalama veya düşük seviyede olmasının sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırdığını ifade etmişlerdir. Bu ifade, bu çalışmada elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde etkileyen bireylere göre 2,565 kat daha fazladır. Diğer taraftan, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı kadınlarda erkeklere göre 0,561 kat, 40-59 yaş aralığındaki bireylerde 60 ve üzeri yaştaki bireylere göre 0,365 kat daha azdır. Sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih eden bireyler açısından açıklandığı üzere erkeklerin karar verici unsur ve daha yüksek gelir düzeyine sahip olan taraf olması kadınların erkeklere göre daha az oranda Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etmelerinin arkasında yatan nedenler arasındadır. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı gelir düzeyi 1000-1999 TL ve 2000-2999 TL aralığında olan bireylerde gelir düzeyi 3000 TL ve üzerinde olan bireylere göre, sırasıyla, 0,007 ve 0,133 kat daha azdır. Bir başka deyişle gelir düzeyi arttıkça, sağlık sorunu ile karşılaşan bireylerin Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı artmaktadır. Bu durum, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin, Özel hastane-Poliklinik-Muayenehanenin sunduğu hizmetin kamu kuruluşlarına göre daha kaliteli olduğuna dair algıları ve Özel hastane-Poliklinik-Muayenehanede sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında bekleme süresinin kamu kuruluşlarına göre daha az olması ile açıklanabilmektedir (Amaghionyeodiwe, 2008). Literatür taramasında yer alan çalışmalardan Heller (1982), Havemann ve van der Berg (2002), Al-Ghanim (2004), Hanson vd. (2004) ve Habtom ve Ruys (2007) çalışmaları gelir düzeyindeki artışın özel hastanelere yönelik talebi artırdığını göstermeleri nedeniyle bu çalışma ile uyumludur. Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı ve Bağ-Kur'lu bireylerde özel sağlık sigortasına sahip

bireylere göre, sırasıyla, 0,051; 0,033 ve 0,022 kat daha azdır. SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı ve Bağ-Kur'lu bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığının özel sağlık sigortasına sahip bireylere göre daha az olması, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih ettiklerinde karşılaştıkları yüksek fiyatlara, sahip oldukları sigorta nedeniyle daha duyarsız olmaları sayesinde söz konusu sağlık kuruluşlarına taleplerinin daha yüksek olması ile açıklanabilmektedir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı kronik hastalığı olan bireylere göre 0,136 kat daha azdır. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin daha kaliteli hizmete ihtiyaç duymaları ve kaliteli hizmetin söz konusu sağlık kuruluşlarında sunulduğuna dair algıları nedeniyle söz konusu sağlık kuruluşlarına taleplerinin daha yüksek olması ile açıklanabilmektedir.

SONUÇ

Ülkelerin kalkınma düzeylerinin en önemli göstergeleri arasında yer alan sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sunumu ve sağlık sektörünün istenilen düzeyde gelişmesi açısından sağlık hizmetlerine yönelik talebin analiz edilmesi büyük önem taşımaktadır. Buradan hareketle, bu çalışma Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talebin, sağlık hizmetleri talebine etki eden faktörler bağlamında analizini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talebin en yüksek olduğu İstanbul, Ankara ve İzmir şehir merkezlerinde Şubat-Nisan 2014 döneminde 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde anket uygulaması yapılmıştır.

Model için belirlenen bağımlı değişkenin ikiden fazla kategoriye sahip olması ve bağımsız değişkenlerin her birinin en az iki kategoriye sahip olması nedeniyle çok durumlu logit model, bu çalışmada kullanılacak model olarak seçilmiştir. Söz konusu çok durumlu logit modelde bağımlı değişken kategorilerinden biri referans kategori olarak seçilmekte ve diğer kategoriler söz konusu referans kategori ile karşılaştırılmaktadır. Bu çalışmada, bağımlı değişken için referans kategori, ankete katılan bireylerin %48'inin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk tercihleri olan Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi seçilmiştir.

Çok durumlu logit modelden elde edilen bulgulara göre, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı kadınlarda erkeklere göre daha azdır. Bu durum, Türkiye'de erkeklerin karar verici unsur ve daha yüksek gelir düzeyine sahip olan taraf olması ile açıklanabilmektedir. Öte yandan, sağlık sorunu ile

karşılaştığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı sosyal güvencesi olmayan bireylerde, kronik hastalığı olmayan bireylerde, başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0- 30 dakika süre geçiren bireylerde, tercih edilen sağlık kuruluşuna uzaklığı 0-1000 metre olan bireylerde, tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde daha fazladır. Sosyal güvencesi olmayan bireyler daha geniş kapsamlı hizmetler sunan hastane tercihinde bulduklarında, ek maliyetlerle karşılaşma endişesi taşıdıkları için Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etmektedirler. Kronik hastalığı olan bireylerin ise Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesini tercih etme nedenleri, bu hastanelerin çeşitli branşlarda hizmetler sunması ve daha geniş imkanlara sahip olmaları olarak açıklanabilmektedir. Sağlık Ocağı-Aile Hekimine yönelik talebin fazla olmasının diğer bir nedeni ise hastanelere göre işlemlerin ve tedavi sürecinin daha kısa olması ile açıklanabilmektedir. Sağlık sorunu ile karşılaşan bireylerin başvuru sonrasında tedavi olana kadar geçirdikleri süre arttıkça katlanacakları alternatif maliyetin de artması nedeniyle sağlık hizmetleri talebinin azalması beklenmektedir. Sağlık ocağı-Aile Hekimi, söz konusu hastaneye göre daha düşük başvuru kapasitesine sahip olduğundan daha az sayıda bireye tedavi imkanı sunmakta ve bu durum bu sağlık kuruluşunda bekleme süresinin daha az olması sonucunu doğurmaktadır. Dolayısıyla, bekleme süresinin azalması, Sağlık Ocağı-Aile Hekimine yönelik talebin daha yüksek olmasını beraberinde getirmektedir. Tercih edilen sağlık kuruluşuna olan uzaklık, bireyler açısından bekleme süresi ile aynı yönde etkiye sahiptir. Dolayısıyla, bireyler açısından tercih edilen sağlık kuruluşuna olan uzaklık ile sağlık hizmetleri talebi arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı beklenmektedir. Elde edilen bulgular, söz konusu beklentiyi desteklemektedir.

Çok durumlu logit modelden elde edilen bulgulara göre, sağlık sorunu ile karşılaştığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı hanedeki birey sayısı 1-4 aralığında olan, başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0-30 dakika ve 30-60 dakika aralığında süre geçiren, sağlık durumu orta düzeyde olan ve tedavi ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde daha fazladır. Hanedeki birey sayısının artmasının, kişi başına düşen gelirin azalması yoluyla sağlık hizmetine yönelik talebin azalmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada elde edilen bulgu, bu beklentiyi desteklemektedir. Sağlık sorunu ile karşılaştığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığının başvuru sonrasında tedavi olana kadar 0-30 dakika ve 30-60 dakika aralığında süre geçirenlerde fazla olmasının nedeni Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih eden bireylerde açıklandığı gibi bekleme süresi arttıkça katlanılacak olan alternatif maliyetin de artmasıdır. Bu

durumda Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneye yönelik sağlık hizmetleri talebinin artması beklenen bir olgudur. Sağlık hizmetleri sunan kamu kuruluşlarındaki uzun bekleme süreleri nedeniyle bireylerin sağlık hizmetleri talebini sağlık hizmetleri sunan özel kuruluşlara kaydırmaları muhtemeldir. Bu ifade, bu çalışmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Sağlık düzeyinin ortalama veya düşük seviyede olmasının sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırması beklenen bir olgudur. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, bu beklentiyi desteklemektedir. Diğer taraftan, sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı kadınlarda, 40-59 yaş aralığındaki bireylerde, gelir düzeyi 1000-1999 TL, 2000-2999 TL aralığında olan bireylerde, SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı, Bağ-Kur'lu bireylerde ve kronik hastalığı olmayan bireylerde daha azdır. Gelir düzeyi arttıkça, sağlık sorunu ile karşılaşan bireylerin Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı artmaktadır. Bu durum, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin, Özel hastane-Poliklinik-Muayenehanenin sunduğu hizmetin kamu kuruluşlarına göre daha kaliteli olduğuna dair algıları ve Özel hastane-Poliklinik-Muayenehanede sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında bekleme süresinin kamu kuruluşlarına göre daha az olması ile açıklanabilmektedir. SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı ve Bağ-Kur'lu bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığının özel sağlık sigortasına sahip bireylere göre daha az olması, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin söz konusu sağlık kuruluşunu tercih ettiklerinde karşılaşacakları yüksek ücretlere, sahip oldukları sigorta nedeniyle daha duysuz olmaları sayesinde söz konusu sağlık kuruluşlarına taleplerinin daha yüksek olması ile açıklanabilmektedir. SSK'lı, Emekli Sandığına bağlı ve Bağ-Kur'lu bireylerin ise ücretlerin yüksekliği nedeniyle Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılıkları azalmaktadır. Bu durum gelir düzeyi ile Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehanenin tercih edilme olasılığı arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğunu gösterir niteliktedir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığının kronik hastalığı olan bireylere göre daha az olması ise, kronik hastalığı olan bireylerin daha kaliteli hizmete ihtiyaç duymaları ve kaliteli hizmetin söz konusu sağlık kuruluşlarında sunulduğuna dair algıları nedeniyle bu sağlık kuruluşlarına taleplerinin daha yüksek olması ile açıklanabilmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, bireylerin gelir düzeyi sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı üzerinde etkili değilken; söz konusu kuruluş yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı üzerinde ise bir kategori dışında diğer tüm gelir kategorileri açısından etkili ol-

maktadır. Bununla birlikte, bireylerin sosyal güvence düzeyi sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Sağlık Ocağı-Aile Hekimini tercih etme olasılığı üzerinde yalnızca bir kategori açısından etkili iken; söz konusu kuruluş yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı üzerinde ise iki kategori dışında diğer tüm gelir kategorileri açısından etkili olmaktadır. Buradan hareketle, bireylerin gelir düzeyi ve sosyal güvence durumunun sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları arasında yapacakları tercih açısından önemli olmadığı, öte yandan söz konusu iki değişkenin sağlık hizmeti sunan bir kamu kuruluşu ile sağlık hizmeti sunan özel bir kuruluş arasında yapılacak tercih açısından önemli olduğunu işaret etmektedir. Bir başka deyişle, sağlık hizmetleri talebi açısından özel sektör-kamu sektörü ayrımı kesin hatlarla belirlenmiş sınıfsal bir eşitsizlik görüntüsü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu eşitsizlik durumunun yakın gelecekte çözülmesi muhtemel görülmemektedir. Buradan hareketle, politika yapıcıların, sağlık hizmeti sunan özel kuruluşları tercih eden bireylerin bu tercihlerini devam ettirmeleri yönünde; özel sektörü de bu bireylerin kamu kuruluşlarından sağlık hizmetleri taleplerini azaltmalarını (veya durdurmalarını) sağlayacak yeni sağlık kuruluşlarının açılması yönünde teşvik etmesi daha uygun görünmektedir.

Ankete katılan bireylerin %48'inin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk tercihlerinin Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi olması, basamaklar arasında sevk zincirinin işlemediğini, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan Sağlık Ocağı-Aile Hekimine başvurulmadan sevk zinciri dışında doğrudan söz konusu hastaneye başvurduklarını göstermektedir. Bu durum, Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesine başvuran bireylere yeterince zaman ayrılamamasına veya bekleme süresinin artmasına neden olmaktadır. Bekleme süresinin artması da sağlık hizmetleri talebi üzerinde ters yönlü bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla, politika yapıcıların bu durumu dikkate alarak sevk zincirinin daha etkin bir biçimde işlemlerini sağlayacak örgütsel yapıyı inşa etmeleri uygun olacaktır.

KAYNAKÇA

Abu-Mourad, T., Alegakis, A., Shashaa, S., Koutis, A., Lionis, C., and Philalithis, A. (2008). Individual determinants of primary health care utilisation in Gaza Strip, Palestine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(8), 701-707.

Akin, J. S., Guilkey, D. K., and Denton, E. H. (1995). Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation. *Social Science and Medicine*, 40(11), 1527-1537.

Akin, J. S., Guilkey, D. K., Hutchinson, P. L., and McIntosh, M. T. (1998). Price elasticities of demand for curative health care with control for sample se-

lectivity on endogenous illness: an analysis for Sri Lanka. *Health Economics*, 7(6), 509-531.

Aktan, C. C., Işık, A. K. (2012). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. Web: [http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum alternatif.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum%20alternatif.pdf)

Al-Ghanim, S. A. (2004). Factors influencing the utilisation of public and private primary health care services in Riyadh City. *Journal of King Abdulaziz University*, 19(1), 3-27.

Altay, A. (2007, Ocak-Mart). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.

Amaghionyeodiwe, L. A. (2008). Determinants of the choice of health care provider in Nigeria. *Health Care Management Science*, 11, 215-227.

Amemiya, T. (1985). *Advanced econometrics*. Massachusetts: Harvard University Press.

Arrow, K. J. (1963, December). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Barros, P., Martinez-Giralt, X. (2012). *Health economics: An industrial organization perspective*. New York: Routledge.

Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., and Robbins, J. A. (2000, February). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.

Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.

Bolduc, D., Lacroix, G., and Muller, C. (1996, August). The choice of medical providers in Rural Benin: a comparison of discrete choice models. *Journal of Health Economics*, 15(4), 477-498.

Brown, P. H., and Theoharides, C. (2009, July). Health-Seeking Behavior and Hospital Choice in China's New Cooperative Medical System. *Health Economics*, 18, Issue Supplement 2, 47-64.

Buor, D. (2004, September). Gender and the utilisation of health services in the Ashanti Region, Ghana. *Health Policy*, 69(3), 375-388.

Carande-Kulis, V. G., Getzen, T. E., and Thacker, S. B. (2007). Public goo-

ds and externalities: a research agenda for public health economics. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(2), 227-232.

Cengiz, E. (2009). Bireylerin kredi kartlarını değiştirme tutumları. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2), 179-196.

Chawla, M., and Ellis, R. P. (2000). The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. *Health Policy and Planning*, 15(1), 76-84.

Cullis, J. G. and West, Peter A. (1979). *The economics of health: an introduction*. Great Britain: Martin Robertson.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.

Çelik, Y. (2011). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010, Haziran). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

Develay, A., Sauerborn, R., and Diesfeld, H. J. (1996, December). Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Science and Medicine*, 43(11), 1611-1619.

Dewar, D. M. (2010). *Essentials of health economics*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.

Dunlop, S., Coyte, Peter C., and McIsaac, W. (2000, July). Socio-economic status and the utilisation of physicians’ services: results from the Canadian national population health survey. *Social Science and Medicine*, 51(1), 123-133.

Ertürk Atabey, S. (2012, Ekim). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Feldstein, P. J. (2005). *Health care economics* (Sixth edition). United States of America: Thomson Delmar Learning.

Folland, S., Goodman, A. C. and Stano, M. (2007). *The Economics of health and health care*. (Fifth Edition). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Fredericx, I. (1998, January). Health in rural Tanzania: the determinants of health status, health care demand and health care choice. *Katholieke Universiteit Leuven Center for Economic Studies Discussion Paper Series*, 98.03.

Ganguly, I., Koebel, C. T., and Cantrell, R. A. (2010). A categorical modeling approach to analyzing new product adoption and usage in the context of the buildings-materials industry. *Technological Forecasting and Social Change*, 77, 662-677.

Geitona, M., Zavras, D., and Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *European Journal of General Practice*, 13, 144-150.

Getzen, T. E. (2007). *Health Economics and Financing* (Third edition). United States of America: John Wiley and Sons Inc.

Girma, F., Jira, C., and Girma, B. (2011, August). Health services utilization and associated factors in Jimma Zone, south west Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 21(Special Issue), 91-100.

Glick, P., Razafindravonona, J., and Randretsa, I. (2000). Education and health services in Madagascar: utilization patterns and demand determinants. *Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper*, 107.

Gotsadze, G., Bennett, S., Ranson, K., and Gzirishvili, D. (2005, July). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning*, 20(4), 232-242.

Greene, W. H. (2012). *Econometric analysis* (Seventh edition). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Gupta, I., and Dasgupta, P. (2002). Demand for curative health care in rural India: choosing between private, public and no care. *NCAER Working Paper Series*, 82.

Habibov, N. (2009, August). What determines healthcare utilization and related out-of-pocket expenditures in Tajikistan? Lessons from a national survey. *International Journal of Public Health*, 54(4), 260-266.

Habtom, G. K., and Ruys, P. (2007, January). The choice of a health care provider in Eritrea. *Health Policy*, 80(1), 202-217.

Halasa, Y., and Nandakumar, A. K. (2009). Factors determining choice of health care providers in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(4), 959-968.

Hanson, K., Yip, W. C., and Hsiao, W. (2004, December). The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus. *Health Economics*, 13(12), 1167-1180.

Havemann, R., and Van Der Berg, S. (2002). The demand for health care in South Africa. *Stellenbosch Economic Working Papers*, 6/2002.

Heller, P. S. (1982). A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine*, 16(3), 267-284.

Henderson, J. W. (2005). *Health economics and policy* (Third edition). Minnesota: South-Western Thomson.

Hodgson, G. M. (2008, March). An institutional and evolutionary perspective on health economics. *Cambridge Journal of Economics*, 32(2), 235-256.

Hosmer, D. W. and Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (Second edition). United States of America: John Wiley and Sons.

Hotchkiss, D. (1993, December). The role of quality in the demand for health care Cebu, Philippines. *Small Applied Research Paper*, 12.

Hotchkiss, D. R. (1998, January). The tradeoff between price and quality of services in the Philippines. *Social Science and Medicine*, 46(2), 227-242.

Ichoku, H. E., and Leibbrandt, M. (2003, December). Demand for health-care services in Nigeria: a multivariate nested logit model. *African Development Review*, 15(2-3), 396-424.

Jack, W. (1999, October). *Principles of health economics for developing countries*. United States of America: The World Bank Institute Development Studies, 144.

Jacobs, P. (1991). *The economics of health and medical care* (Third edition). United States of America: Aspen Publishers.

Jacobs, P. and Rapoport, J. (2004). *The economics of health and medical care* (Fifth edition). United States of America: Jones and Bartlett Publishers.

Kaija, D. O. and Okwi, P. O. (2007). Quality and demand for health care in rural Uganda: evidence from 2002/2003 household survey. Web: <http://www.csae.ox.ac.uk/conferences/2007-EDiA-LaWBiDC/papers/428-Kaija.pdf>

Kamgnia, B. (2006). Use of health care Services in Cameroon. *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, 3(2), 53-64.

Kasirye, I., Ssewanyana, S., Nabyonga, J., and Lawson, D. (2004, March). Demand for health care services in Uganda: Implications for poverty reduction. *Makerere University Economic Policy Research Center Research Series*, 40.

Kermani, M. S., Ghaderi, H., and Yousefi, A. (2008, July). Demand for medical care in the urban areas of Iran: an empirical investigation. *Health Economics*, 17(7), 849-862.

Kleinbaum, D. G. and Klein, M. (2010). *Logistic regression: a self-learning text* (Third edition). New York: Springer.

Lepine, A. and Le Nestour, A. (2011). Health care utilization in rural Senegal: the facts before the extension of health insurance to farmers. Web: <http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/download/repaper2.pdf>

Li, M. (1996). The demand for medical care evidence from urban areas in Bolivia. *LSMS Working Paper*, 123.

Lindelow, M. (2005). The utilisation of curative healthcare in Mozambique: does income matter?. *Journal of African Economies*, 14(3), 435-482.

Liu, Y., Çelik, Y., Şahin, B. (2005, Eylül). *Türkiye 'de Sağlık ve İlaç Harcamaları*. Sağlıkta Umut Vakfı (SUVAK).

Mariko, M. (2003, March). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process and outcome components. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1183-1196.

McPake, B. and Normand, C. (2008). *Health Economics: An international perspective* (Second edition). New York: Routledge.

Mocan, H. N., Tekin, E., and Zax, J. S. (2004, February). The demand for medical care in urban China. *World Development*, 32(2), 289-304.

Muriithi, M. K. (2013, March). The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.

Mutlu, A., Işık, A. K. (2012, Ekim). *Sağlık Ekonomisine Giriş* (Üçüncü basım). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

Nandakumar, A. K., Chawla, M., and Khan, M. (2000, January). Utilization of outpatient care in Egypt and its implications for the role of government in health care provision. *World Development*, 28(1), 187-196.

Niraula, B. B. (1994, October). Use of health services in hill villages in Central Nepal, *Health Transition Review*, 4(2), 151-166.

Ntembe, A. N. (2009, November). User charges and health care provider choice in Cameroon, *International Review of Business Research Papers*, 5(6), 33-49.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-19.

Özer, H. (2004). *Nitel değişkenli ekonometrik modeller: teori ve bir uygulama*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Özer, H. ve Lebe, F. (2008). Çok sınıflı logit model ile Erzurum’da market tercihini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 241-254.

Phelps, C. E. (2003). *Health economics* (Third edition). United States of America: Addison Wesley.

Powers, D. A. And Xie, Y. (2000). *Statistical methods for categorical data analysis*. San Diego: Academic Press.

Qian, D., Pong, R. W., Yin, A., Nagarajan, K. V., and Meng, Q. (2009, September). Determinants of health care demand in poor, rural China: the case of Gansu Province, *Health Policy and Planning*, 24(5), 324-334.

Sahn, D. E., Younger, S. D, and Genicot, G. (2003, May). The demand for health care services in rural Tanzania. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 65(2), 241-260.

Santerre, R. E. and Neun, S. P. (2010). *Health economics: theory, insights, and industry studies* (Fifth edition). United States of America: South-Western Cengage Learning.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4, Özel Eki), 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.

Tembon, A. C. (1996, January). Health care provider choice: the north west province of Cameroon. *International Journal of Health Planning and Management*, 11(1), 53-67.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009, Ocak). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Thuan, N. T. B., Lofgren, C., Lindholm, L., and Chuc, N. T. K. (2008). Choice of healthcare provider following reform in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 8(162), 1-9.

Ünal, E. (2011, Eylül). Sağlık ekonomisi., M. Ateş (Editör). *Sağlık işletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Xu, K., Carrin, G., Phuong, N. T. K., Long, N. H., Bayarsaikhan, D., and Aguilar, A. M. (2006). Health service utilization and the financial burden on households in Vietnam: the impact of social health insurance. *World Health Organization Discussion Paper*, 6.

Yaylalı, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012, Ekim). Sağlık hizmetleri talebi: Erzurum ilinde bir araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.

Yıldırım, H. H., (1999, Mart). Piyasa, sağlık bakımı ve piyasa başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 1-11.

Yiğit Şakar, A. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları Yayın No:22.