

Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Örneği¹

Selcen ÖZTÜRK²

Dilek BAŞAR³

Işın KORTAN SARAÇOĞLU⁴

09 Nisan 2017’de alındı; 20 Eylül 2017’de kabul edildi.
22 Şubat 2018’den beri erişime açıktır.

Received 09 April 2017; accepted 20 September 2017.
Available online since 22 February 2018.

Araştırma Makalesi/Original Article

Özet

Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, hemen hemen tüm ülkelerin sağlık politikalarının gündeminde olan bir konudur. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında (ayakta ve yataklı bakım tedavi hizmetleri için ayrı ayrı) hakkaniyet konusunun Türkiye İstatistik Kurumu’ndan elde edilen “Sağlık Araştırması” anketlerinin 2008, 2010 ve 2012 yılları kullanılarak Gini endeksi yardımıyla araştırılmasıdır. Elde edilen bulgular, yıllar itibarıyla Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında alt gelir grubuna mensup bireylerin dezavantajlı olduğu ve böylece hakkaniyetsizliklerin mevcut olduğuna işaret etmektedir. Gini endeksinin yıllar itibarıyla değişimine bakıldığında ise hakkaniyetsizliğin en düşük olduğu yılın 2010 yılı olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve ikinci basamak (yataklı bakım) sağlık hizmetleri için hakkaniyetsizliğin 2010 yılından sonra arttığı gözlemlenmektedir. Ancak, ikinci basamak (ayakta bakım) hizmetleri için hakkaniyetsizlik düzeyi

¹ Bu çalışma TÜBİTAK 3501 Kariyer Geliştirme Programı kapsamında 114K958 proje numarasıyla desteklenmiştir.

² Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Beytepe/Çankaya/Ankara. E-mail: selcen@hacettepe.edu.tr

³ Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Beytepe/Çankaya/Ankara. E-mail: dbasar@hacettepe.edu.tr

⁴ Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Beytepe/Çankaya/Ankara. E-mail: ikortan@hacettepe.edu.tr

2010 yılından sonra da azalmaya devam etmiştir. 2012 yılında ise ikinci basamak (yataklı bakım) sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizlik derecesinin en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hakkaniyet, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Gini endeksi.

JEL Kodları: I12, I14, D63.

© 2017 EYD tarafından yayımlanmıştır

Abstract

Equity in the Use of Health Care Services: Case of Turkey

Equity in the use of health care services is an issue which has increasingly been on the health policy agenda in recent years in almost all countries. The aim of this study is to examine equity in the use of health care services in Turkey (separately for outpatient and inpatient care services) using “Health Surveys” for the years 2008, 2010 and 2012 obtained from the Turkish Statistical Institute by employing the Gini index. The results indicate that individuals belonging to the lower income group in the use of health services in Turkey are disadvantaged and, which implies the existence of inequity. The change of the Gini index by years indicates that 2010 is the year when the inequity is at its lowest level. It is observed that the degree of inequity for outpatient and inpatient health care services increased after 2010. However, the level of inequity for outpatient care continued to decline after 2010. In 2012, it is observed that the degree of inequity at its highest level for inpatient health care services.

Keywords: Equity, Health care utilization, Gini index

JEL Codes: I12, I14, D63.

© 2017 Published by EYD



Bu makalenin adını ve doi numarasını içeren aşağıdaki metni kolayca kopyalamak için soldaki QR kodunu taratınız. Scan the QR code to the left to quickly copy the following text containing the title and doi number of this article.

Equity in the Use of Health Care Services: Case of Turkey
<http://dx.doi.org/10.5455/ey.38103>

1. Giriş

Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, hemen hemen tüm ülkelerin sağlık politikalarının gündeminde olan bir konudur. Düşük ödeme gücüne sahip bireylerin, daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen sağlık hizmetlerini daha az kullandığı bilinmektedir (O'Donnell, van Doorslaer, Wagstaff ve Lindelow, 2008). Birçok araştırmacı sağlık hizmetleri kullanımında süregelen bu eşitsizliklerin; düşük gelir, yüksek maliyet, sağlık sigortasına erişimde farklılıklar veya yaşam koşulları gibi

bireysel tercihlerden bağımsız olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Alleyne vd. 2000, Braveman vd. 2001, Evans vd. 2001, Wagstaff 2001). Sen (2002) sağlık sektöründeki eşitsizliklerin diğer tüm alanlarda yaşanan eşitsizliklerden çok daha ciddi olduğunu savunmaktadır. Burada sorulması gereken temel soru şudur: Sağlığı özel kılan ve diğer sektörlerden ayıran nedir? Bu sorunun ilk akla gelen ve belki de en önemli açıklaması, sağlığın ihtiyacın ötesinde, temel bir yaşam hakkı çerçevesinde değerlendirilmesi gereğidir.

Öte yandan sağlığın beşeri sermaye ve dolayısıyla büyüme ve kalkınma üzerindeki etkisi de sağlık sektörünü özel kılmaktadır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000). Sağlık sektörünün bir diğer özelliği, sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıkların basitçe eşitsizlik olarak nitelendirilememesinden ve “hakkaniyet” kavramının devreye girmesinden kaynaklanmaktadır (O’Donnel vd., 2008). Dünya genelinde hemen hemen tüm politika yapımcılarının sağlık konusundaki temel hedefinin “hakkaniyet” olduğunu söylemek mümkündür. Söz konusu hedeflerin ulaşılabilir olması ve hedeflere ulaşmada doğru araçların seçilmesi için kavramların nasıl tanımlandığı ve kullanıldığı büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, sağlıkta eşitlik (equality) ile hakkaniyet (equity) kavramlarının farklı anlamlar taşıdığını belirtmek gerekmektedir.

Sözlük anlamı olarak hakkaniyet; “hak ve adalete uygunluk” anlamını taşıırken eşitlik ise; “iki veya daha çok şeyin eşit olması, denklik” anlamına gelmektedir. Sağlıkta hakkaniyetten kasıt ise, sağlık uygulamalarında sistematik farkların olmamasıdır. Whitehead (1992) sağlıkta hakkaniyetsizliği; gereksiz, kaçınılabilir, adil olmayan veya haksız olan farklılıklar olarak tanımlamıştır. Ahlaki ve etik özellikleri ile öne çıkan hakkaniyet kavramı, eşitliğin ifade ettiği matematiksel eşitlik durumunun ötesinde herkesin herhangi bir koşula bakılmaksızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kullanabildiği durumu ifade etmektedir (Braveman, 2003; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Bir başka deyişle, hakkaniyetin sağlanabilmesi için toplumun avantajlı ve dezavantajlı grupları arasında sağlık hizmetleri bakımından var olan farklılıklar giderilmelidir (Braveman, 2003).

Hakkaniyet konusu sıklıkla iki boyut için değerlendirilmektedir:

- i. Sağlık hizmetleri finansmanı
- ii. Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda hakkaniyet; “dikey” hakkaniyet olarak tanımlanmakta ve bu konu bireylerin ödeme gücüyle açıklanmaktadır. Buna göre; bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin karşılığında ödeme gücüne göre ödeme yapmalıdır (Van Doorslaer, Wagstaff, van der Burg vd., 1999). Öte yandan, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet “yatay” hakkaniyet kapsamında incelenmekte ve sosyo-ekonomik değişkenlerden bağımsız olarak aynı tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin eşit tedavi olanağına ulaşabilmesi ile ilgilidir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000).

Çalışmanın konusu, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında adaletsizliklerin mevcut olup olmadığının incelenmesidir. Dolayısıyla, hakkaniyet kavramı sadece “yatay hakkaniyet” boyutu için incelenmektedir. Tanımı gereği sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyet, sosyo-ekonomik faktörlerden ve maliyetlerden bağımsız olmalıdır. Yatay hakkaniyet sıklıkla eşit ihtiyaca eşit erişim şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet özellikle ihtiyaç faktörünün sağlık hizmeti kullanımının ana nedeni olduğu durumda belirginleşmektedir (Andersen, 1995; Aday vd., 2004). Diğer bir deyişle, bir sağlık sisteminin sağlık hizmetlerinin kullanımı bakımından hakkaniyetli olması ihtiyaç temeline dayanmasına veya temel olarak sağlık hizmeti kullanımının ihtiyaç faktörü tarafından belirlenmesine ve özellikle kolaylaştırıcı faktörlerin (gelir ve sağlık sigortası gibi) kimin sağlık hizmeti kullanacağı konusunda belirleyici olmamasına dayanmaktadır (Andersen ve Davidson, 2007). Bu çerçevede, hakkaniyetli sağlık hizmetleri dağılımının bütün bireylerin içinde bulunduğu koşulları dikkate almaksızın aynı miktarda sağlık hizmeti kullanması (eşitlikçi sağlık hizmeti kullanımı) anlamına gelmediği açıktır. Diğer yandan, fiziksel ihtiyaç, hastalık türleri, hasta olma olasılığı ve hizmet kullanım sıklığı ile kişinin yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu arasında önemli bir

ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle, ihtiyaç faktörünün yanı sıra demografik özellikler de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetin sağlanması için önemli ve dikkate alınması gereken bir diğer faktördür (Andersen ve Newman, 1973).

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında (ayakta ve yataklı bakım tedavi hizmetleri için ayrı ayrı) hakkaniyet konusunun Türkiye İstatistik Kurumu’ndan (TÜİK) elde edilen “Sağlık Araştırması” anketlerinin 2008, 2010 ve 2012 yılları kullanılarak araştırılmasıdır.

Çalışmanın ikinci bölümünde kısaca Türk sağlık sisteminin 2003’ten bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte geçirdiği dönüşüm, eski yapıyla kıyaslanması ve uygulanan sağlık politikaları hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde literatür özeti sunulmuş ve veri ve yöntemin açıklandığı dördüncü bölümünün ardından beşinci bölümde bulgular tartışılmıştır. Altıncı ve son bölümde ise çalışma sonlandırılmıştır.

2. Türkiye’nin Sağlık Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Reformları

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalar Dünya Bankası ile yapılan ortak projeler temelinde 1980’lerin başlarından beri uygulanmakta olup sonuçlanması 2000’li yılları bulmaktadır (Ataay, 2008: 170). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla anılan reform modeli Dünya Bankası’yla 2001-2004 yıllarında imzalanan anlaşmalara dayanmaktadır. Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir komisyonca 2003 yılında tamamlanan “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” (Dünya Bankası, 2003) başlıklı rapor da reform çalışmalarının temelini oluşturmaktadır (Ataay, 2008: 170).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı’nca birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak basamaklandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin

ilk basamağını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvuru yaptıkları evden ve ayakta tedavi edildikleri sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlar Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, birinci basamak özel sağlık kuruluşları ve serbest eczanelerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri ve belediyelere ait polikliniklerdir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları iş yeri hekimlikleri, ayakta tanı ve tedavi hizmeti veren özel poliklinikler ve özel ağız ve diş sağlığı merkezlerinden oluşmaktadır. Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edilirler. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir. Bu hastaneler; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi'dir. İkinci basamak özel sağlık kurumları ise özel hastaneler ve tıp merkezlerinden oluşmaktadır. Birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastalar üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarına sevk edilirler. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşları Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinden oluşmaktadır.

SDP ile sağlık sistemini oluşturan üç temel alana birden müdahale edilmiştir. Bu alanlar örgütlenme, finansman ve sağlık hizmeti sunumudur (Erol ve Özdemir, 2014). SDP kademeli olarak uygulanmış olup dört temel başlıktan oluşmaktadır (Dünya Bankası, 2003). Bunlardan ilki sosyal güvenlik sisteminin yeniden düzenlenmesidir. Buna yönelik olarak 2006 yılında üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-

Kur ve SSK) birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuş ve genel sağlık sigortası uygulaması oluşturulmuştur. SDP'nin ikinci temel başlığı ise aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede uygulanmasıdır. Aile hekimliği uygulaması sağlık ocakları çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıyla oluşturulmaktadır. Bu bağlamda 2004 yılında yürürlüğe girmiş olup 2005 yılında Düzce ilinde başlayan aile hekimliği uygulaması 2010 yılı sonu itibariyle tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. SDP kapsamında belirlenen üçüncü başlık ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulamaya geçirilmesidir. Dördüncü başlık ise Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulmasıdır. Bu amaç çerçevesinde de 2 Kasım 2012’de Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur (Tatar ve Kanavos, 2006; Akman, 2014; Erol ve Özdemir, 2014; Ataay, 2008). Belirlenen başlıklar ve amaçlar çerçevesinde SDP ile sağlık sisteminin yönetiminde temelde üç önemli değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler; vatandaşların sağlık hakkının tanımlanması (hasta hakları yönergesi 2003), sağlık hizmet sunucularının hesap verebilirliğinin güçlendirilmesi (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi- SABİM kurulması) ve Sağlık Bakanlığının rolünün hizmet vericiden çok koordine edici yönde yeniden tanımlanmasıdır (Atun, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürol, Nazlıoğlu, Özgülcü, Aydoğan, Ayar, Dilmen ve Akdağ, 2013).

Türkiye için sigorta kapsamında olan nüfus değerlendirildiğinde, 2003 yılında en yoksul %10’luk grubun %25’i sigorta kapsamı altındayken, 2011 yılında aynı grupta sağlık sigortası kapsamında olanlar %85’e yükselmiştir (Atun vd., 2013). 2008 Ekim’de “Sosyal Sigortalar ve GSS (Genel Sağlık Sigortası) Kanunu’nun uygulamaya konmasıyla birlikte, Türkiye’deki kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuştur. GSS’nin uygulanması önce 2010 yılına, daha sonra da 2012 yılına ertelenmiştir. 2012 yılından itibaren zorunlu olarak uygulanmaya başlanmıştır. TÜİK 2012 sağlık araştırması verilerine göre Türkiye nüfusunun %80,3’ü SGK (sosyal güvenlik kurumu), %12,3’ü ise yeşil kart olmak üzere GSS (genel sağlık sigortası) şemsiyesi altında sağlık güvencesine sahiptir (TÜİK, 2012).

GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı olup GSS sistemi ile amaçlanan “tüm bireylerden gücüne göre prim alınarak bireylerin gereksinimlerine göre hizmet vermek”tir. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm yurttaşlar her ay prim ödemek zorunda iken asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmaktadır. Ancak, burada yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük düzeyde belirlenmesinde önemli bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bu durumdan GSS’nin şu anki uygulaması ile yoksulu korumakta çok yeterli olmadığı anlaşılmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014). Bununla birlikte GSS’nin hangi sağlık hizmetlerini vereceği her yıl SGK tarafından yeniden belirlenmekte ve GSS sadece “temel teminat paketi” kapsamındaki sağlık giderlerini karşılamaktadır. Bu pakete dâhil olmayan sağlık giderleri ise “özel sağlık sigortası” ya da “kişisel ek ödeme” ile karşılanmaktadır (TTB, 2003). Bu da bireyler için ek harcama yapılması demektir.

SDP’nin önemli bileşenlerinden bir diğeri birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasıyla oluşan aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği ilk olarak 2005 yılında Düzce’de uygulamaya konulmuştur. 2005 yılından sonra uygulama alanları genişletilerek 2010 yılı sonu itibariyle tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla aile hekimliğinin uygulamaya konulmasından sonra 2007 yılında sosyal güvenlik kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın tüm vatandaşlar birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başlamıştır. 2014 yılı itibari ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi yapılacak olursa SDP ile gerçekleştirilen yapısal ve uygulamaya dönük reformlara rağmen, Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetinin diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında yapısal özellikler ve uygulama özellikleri bakımından yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (Akman, 2014). Kringos’un 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada elde edilen bulgular, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunun diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında yeterli olmadığını destekler niteliktedir.

2009 yılında özel sağlık hizmeti sunucularının SGK tarafından belirlenen ölçütlere göre yapılacak sınıflandırma sonucunda sağlık hizmetleri bedelinin %70'ine kadar ilave ücret alabilecekleri hükmü getirilmiştir. SDP yürürlüğe girdiği yıldan itibaren her yıl düzenli şekilde özel sağlık kuruluşlarının alabileceği ilave ücret sınırı artırıldığını söylemek mümkündür.

2015 yılında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin kurumca karşılanabilmesi için sağlık hizmetinin, acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle alınmış olması ve bu durumun kurumun inceleme birimince kabul edilmesi gereklidir. Söz konusu durumlar dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri kurumca karşılanmamaktadır. 2016 yılında yapılan düzenlemeyle acil haller dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri kurumca ödenmemektedir. Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenebilmesi için bu durumun kurum inceleme birimlerinde kabul edilmesi gerekmektedir.

2.2. Türkiye’de Sağlık Durumuna İlişkin Genel Bir Değerlendirme

Türkiye’de sağlık alanında yapılan reformlarla birlikte 2003 yılından bu yana birçok değişiklik kaydedilmiştir. Reformların etkisiyle sağlık alanındaki göstergelerde gerek olumlu gerekse olumsuz değişimlere rastlamak mümkündür.

Toplam sağlık harcamalarının yurt içi hâsılaya oranı 2003 yılında % 5,3 iken 2008 yılına kadar artış gösterip %6,1 seviyesine ulaşmış 2014 yılında ise %5,4 oranına gerilemiştir. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranına bakacak olursak 2003 yılında %18,5 iken 2005 yılında %22,8 seviyesine ulaşmıştır. Sonrasında azalma eğilimi gösterip 2009 yılında %14,1 oranında iken tekrar artan bir seyir izleyerek, 2013 yılında % 16,8 seviyesine ulaşmıştır.

Yıllara göre hekime başvuru sayısındaki artışlar ile orantılı olarak sağlık hizmeti kullanımında da artış yaşandığı görülmektedir. 2002 yılında 209 milyon olan toplam başvuru sayısı 2014'te 643 milyona çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık kurum ve kuruluşlarına kişi başı müracaat sayılarına bakılırsa 2002'de 3,1 olan kişi başı müracaat sayısı 2014'te 8,3'e çıkmıştır. Birinci basamakta 2002 yılında 1,1 olan müracaat sayısı 2014 yılında 2,8'e ulaşırken 2002 yılında 2 olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı da 5,5'e ulaşmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların artmasında aile hekimliği uygulamasının etkili olduğu söylenebilir. Aile hekimliği uygulamasında sevk zincirinin olmaması bu uygulamanın en önemli problemlerinden birisidir (Akman, 2014: 76). Bu bağlamda yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşları sevk hızına bakacak olursak 2002 -2014 yılları arasında azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. 2002 yılında birinci basamak sağlık kuruluşları sevk hızı %22 iken 2014 yılında %0,3 oranına gerilemiştir.

Tüm hastanelerde 2002 yılında 1,9 olan kişi başı başvuru sayısı 2014 yılında 5,4'e yükselmiştir. Özel hastanelerde 2002 yılında 0,1 olan kişi başı başvuru sayısı 2014 yılında dokuz kat artarak 0,9 olmuştur. Sağlık bakanlığı hastanelerine yapılan kişi başı başvuru sayısı ise 2002 yılı için 1,7 iken 2014 yılında 3,8'e yükselmiştir. Buradan 2002-2014 yılları arasında hastanelere başvuru sayısında artış yaşandığı gözlenmektedir. Bununla birlikte memnuniyet oranlarına bakacak olursak 2003 yılında %39,5 iken 2014 yılında bu oran %71,4 seviyesine yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bu göstergeler altında değerlendirme yapacak olursak sağlık harcamalarının 2003- 2014 yılları arasında artış gösterdiği ve cepten harcamaların ise 2003 yılına oranla 2014 yılında daha düşük bir seviyede olduğu görülmektedir. Ayrıca genel olarak hastanelere başvuru sayısında da önemli ölçüde artışlar gözlenmekte ve sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranında da belirgin bir artış gözlenmektedir.

3. Literatür Özeti

Yatay hakkaniyet konusunda uygulamalı mikroekonometrik çalışmalar kapsamında en yaygın yöntem, hakkaniyetsizliklerin ölçülmesi amacıyla oluşturulan endekslerin hesaplanmasıdır. Bu bağlamda, en yaygın kullanılan endekslerden biri Gini endeksidir.

Diaz (2002) çalışmasında Brezilya için Gini endeksi hesaplayarak hakkaniyetsizliği cinsiyet ve yaş bağlamında değerlendirmiştir. Çalışmada Brezilya'nın sağlıkta sosyo-ekonomik eşitsizliğin analizi için kronik sağlık sorunları, öz-değerlendirme sağlık durumu ve sağlık beklentisi için yoğunlaşma endeksleri ölçümü yapmıştır. Çalışmanın sonucunda kronik sağlık sorunları için yoğunlaşma endeksini 0,054 olarak bulmuş ve zengin bireylerin yoksullara göre kronik hastalıklardan daha fazla muzdarip olduklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte sağlık beklentisini kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek bulmuştur. Macinko ve Lima Costa tarafından (2012) Brezilya için gerçekleştirilmiş olan çalışmada ise 1998, 2003 ve 2008 yılı verileri kullanılarak zaman içinde erişimin daha hakkaniyetli hale geldiği görülmüştür. Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinden faydalanmada hakkaniyetsizliğin giderek azaldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Mills, Ataguba, Akazili, Borghi, Garshong, Makawia, Mtei, Harris, Macha, Meheus ve McIntyre (2012) çalışmalarında Güney Afrika için Gini endeksi hesaplamış ve hakkaniyetsizliğin Gana, Tanzanya ve Güney Afrika için ciddi bir sorun teşkil ettiği sonucuna ulaşmıştır. Zhao vd. (2013) Avustralya için yaptıkları çalışmalarında Gini endeksi ve Poisson modelinden faydalanmışlardır. Çalışma, Avustralya'nın kuzey kesiminde bulunan yerli halk için sağlıkta hakkaniyetsizliği sosyo-ekonomik statü ile ölüm oranı ve hastalık oranı arasındaki ilişki ile açıklamıştır. Sosyoekonomik düzey, bireyin veya hane halkının gelir, eğitim ve meslek bağlamında ölçülen ekonomik ve sosyal durumunu ifade etmektedir. Sağlıkta (sağlığa ilişkin) sosyoekonomik eşitsizlikler, toplumdaki farklı sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları anlamına gelmektedir. Bu çalışma, sosyoekonomik sağlık eşitsizliği ile yerli halka ilişkin sağlık eşitsizliği arasında yakın

bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Sosyoekonomik düzey ile ölüm ve hastalık oranları arasında güçlü ve ters yönlü bir ilişkisi söz konusudur. Dolayısıyla, sosyoekonomik düzeyin yerli kesimde sağlık hizmetlerinde görülen hakkaniyetsizlik üzerinde önemli rol oynadığını söylemek mümkündür. Waters (2000) Ekvator için Gini endeksini çalışmasında kullanmış ve alternatif olarak Atkinson endeksinden yararlanmıştır. Ekvator için yapılan bu çalışmada iki temel amaç; erişimde hakkaniyetin ölçülmesi ve sağlık sigortası programlarının hakkaniyet üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

Gelişmiş ülkelerde sıklıkla gözlenen ve araştırılan sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizlik, Türkiye için ampirik olarak henüz araştırılmamıştır. Diğer yandan, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalar da oldukça az sayıdadır. Bu çalışmalardan ilki, Çelik ve Hotchkiss (2000) tarafından Türkiye’de ana sağlığı hizmetleri kullanımının sosyo-ekonomik belirleyicilerinin araştırıldığı çalışmadır. Çelik ve Hotchkiss (2000), çalışmalarında 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırması verisini kullanarak lojistik regresyon yöntemiyle ana sağlığı hizmetleri kullanımını etkileyen ana faktörlerin eğitim düzeyi, sağlık sigortası, etnik köken, refah düzeyi ve yerleşim yeri olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Benzer şekilde Çelik (2000) diğer çalışmasında, doğum öncesi bakım hizmetlerinin sosyo-ekonomik belirleyicilerini 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerini kullanarak logit modeli ile tahmin etmiş ve yine sağlık sigortası, eğitim, refah düzeyi ve yerleşim yerinin önemli faktörler olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmaların dışında genel olarak, Türkiye’de sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmalar belirli bir bölgede yaşayan bireylerin kullanımına ilişkin saha çalışmaları sonucunda toplanan veriler kullanılarak yapılan ve daha çok betimleyici çalışmalardan oluşmaktadır (örneğin bkz. Erci, Sayan, Tortumluoğlu, Kılıç, Şahin ve Güngörmüş, 2003; Erbaydar, 2003; Çiçeklioğlu vd., 2005). Öz (2008) çalışmasında cepten sağlık harcamaları ve dikey hakkaniyet arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Anketi 2003-2005 verileri kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda 2003-2005 yılları için cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanamadığı görülmektedir.

Uğurluoğlu ve Özgen (2008) çalışmalarında sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyeti açıklayarak bu çerçevede hakkaniyet kavramını değerlendirmişlerdir. Yardım ve Üner (2013) Türkiye için yapmış oldukları çalışmada hakkaniyet temelinde hekim dağılımına bakılarak sağlık insan kaynakları dağılımının dengesizliklerini araştırmışlardır. Çalışmada hekim dağılımındaki dengesizlik ve hakkaniyet Lorenz ve yoğunlaşma eğrileri, Gini endeksi ve Kakwani artan oranlılık endeksi yardımıyla değerlendirilmiştir. Kakwani artan oranlılık endeksi yoğunlaşma ve Gini endekslerinin farkıyla hesaplanmaktadır. Çalışmada hekim dağılımı ve sağlık hizmeti gereksinimi ilişkisi ele alınırken sağlık hizmeti gereksinimini değerlendirmek için illerin nüfus başına düşen beş yaş altı ölüm sayıları kullanılmıştır. İller arasında 2010 yılı için toplam hekim sayısı dağılım eşitsizliğini gösteren Gini endeks değeri 0,14 olarak hesaplanmıştır. Beş yaş altı ölümler için Kakwani artan oranlılık endeks değeri ise -0,34 olarak bulunmuştur. Kakwani artan oranlılık endeksi (+1) ile (-2) değerlerin arasında değişmekte olup endeks değeri (-2)'ye yaklaştıkça hakkaniyetsizlik artmaktadır.

Sağlık hizmetleri kullanımındaki eşitsizliklerin belirleyicilerinin araştırıldığı çalışmada, Öz Sağlık Değerlendirmesi (Self Assessed Health) ile ölçümler alınmış ve yoğunlaşma endeksi (concentration index) kullanılarak analizler yapılmıştır (Sözmen, Baydur, Şimsek ve Ünal, 2012). Katılımcıların yaklaşık olarak %9' u sağlık durumlarını kötü ya da çok kötü olarak rapor etmiştir. Çoklu lojistik regresyon analizine (Multiple Logistic Regression) göre, ortaokul ya da daha düşük eğitim seviyesine sahip olma, düşük gelirli olma ve evli olmama sağlık durumunun kötü olmasında belirleyici faktörlerdendir. Elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerinden faydalanmada eşitsizliğin eğitim seviyesi, gelir seviyesi ve ailenin yaşadığı bölgeye (batı, doğu, kuzey, güney ya da kırsal, kentsel) bağlı olduğunu göstermektedir.

Türkiye örneğinde yürütülen başka bir çalışmada ise, Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında sosyoekonomik eşitsizlikleri incelemek amacıyla Türk Sağlık

Anketi 2008 kullanılmış ve 14655 katılımcıdan veri toplanmıştır (Sözmen ve Ünal, 2016). Çalışma sonuçları, yüksek gelirli grubun özel sağlık ve ağız sağlığı hizmetlerinden daha fazla, diğer yandan, düşük gelirli grubun ise yataklı sağlık ve acil sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığını göstermektedir. Buna ek olarak, pratisyen hekimlerden (aile hekimliği hizmetleri gibi) düşük gelirli grubun yüksek gelirli gruba kıyasla daha fazla faydalandığı ortaya koyulmuştur.

4. Veri ve Yöntem

4.1. Veri

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyeti araştırmak için yapılan bu çalışma kapsamında Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilen en güncel veri setleri olan 2008, 2010 ve 2012 yılları için yapılmış olan “Sağlık Araştırması” (*Health Survey*) veri setleri kullanılmıştır.

Sağlık Araştırması veri seti, Türkiye genelinde uygulanan ve ulusal temsil kabiliyeti olan bir veri setidir. Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde bulunan tüm yerleşim yerleri örnek seçimi için kapsama dâhil edilmiştir ve son 1 yıl içinde sağlık hizmeti almış tüm fertler kapsamıştır. Anketlerde 0-6 ve 7-14 yaş gruplarına yönelik sorular mevcuttur. Ancak bu çalışma, ilgili sorulara cevap vermiş olan 15 yaş ve üzeri fertleri kapsamaktadır. Tüm veri setlerinde, nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yerleri “kır”, nüfusu 20.001 ve üzeri olan yerleşim yerleri “kent” olarak tanımlanmıştır.

2008 yılı Sağlık Araştırması anketi kapsamında kent ve kır bazında 7.910 hane seçilmiştir. Kent yerleşim yerlerinden 4.294 uygun hane, kır yerleşim yerlerinden ise 1.846 uygun hane ile görüşme yapılmıştır. Bu uygun haneler içinde anketlere cevap veren toplam birey sayısı 20.624’dür. Söz konusu örneklem içerisinde 9.703 erkek, 10.921 kadın bulunmaktadır. Bu 20.624 bireylik örneklem içerisinde 14.143 birey kent yerleşim biriminde 6.481 birey ise kır yerleşim biriminde olmak üzere sorulara cevap vermişlerdir.

2010 yılı Sağlık Araştırması anketi kapsamında kent ve kırsal bazında 7.886 hane seçilmiştir. Kent yerleşim yerlerinden 4.682 uygun hane, kırsal yerleşim yerlerinden ise 1.869 uygun hane ile görüşme yapılmıştır. Bu uygun haneler içerisinde anketlere cevap veren toplam birey sayısı 20.200'dür. Söz konusu örneklem içerisinde 9.122 erkek ve 11.078 kadın bulunmaktadır. Bu 20.200 bireylik örneklem içerisinde 14.273 birey kent yerleşim biriminde, 5.927 birey ise kırsal yerleşim biriminde olmak üzere sorulara cevap vermişlerdir.

2012 yılı Sağlık Araştırması anketi kapsamında kent ve kırsal bazında 14.400 hane seçilmiştir. Kent yerleşim yerlerinden 8.928 uygun hane, kırsal yerleşim yerlerinden ise 3.232 uygun hane ile görüşme yapılmıştır. Bu uygun haneler içinde anketlere cevap veren toplam birey sayısı 37.979'dur. Söz konusu örneklem içerisinde 18.015 erkek ve 19.964 kadın bulunmaktadır. Bu 37.979 bireylik örneklem içerisinde 27.901 birey kent yerleşim biriminde, 10.078 birey ise kırsal yerleşim biriminde olmak üzere sorulara cevap vermişlerdir.

Kullanılan veri setlerine ilişkin temel değişkenlerin istatistiki özellikleri aşağıdaki tablolardan izlenebilir. Tablo 1'de sunulmuş olan betimsel istatistikler verilerin tamamını değil yalnızca çalışma kapsamında kullanılan 15 yaş ve üzeri gruba ait istatistikleri yansıtmaktadır.

Tablo 1 Seçilmiş betimsel istatistikler

	2008	2010	2012
Gözlem sayısı	20.624	20.200	37.979
Kadın	%52,95	%45,16	%47,43
Erkek	%47,05	%54,84	%52,57
Kent	%68,58	%70,66	%73,46
Kırsal	%31,42	%29,34	%26,54
Sigortası var	%85,54	%88,83	%93,61
Sigortası yok	%14,46	%11,17	%6,39
Çalışıyor	%26,54	%36,29	%37,23
Çalışmıyor	%73,46	%63,71	%62,77
Sağlık problemi var (6 aydan uzun)	%26,71	%26,84	%26,68
Sağlık problemi yok (6 aydan uzun)	%73,29	%73,16	%73,32

Tablo 1’den gözlemlenebileceği gibi veri setlerinde kadın erkek oranları yaklaşık olarak eşit şekilde temsil edilmiştir. Tüm veri setlerinde kente ilişkin gözlemler çoğunluktadır. Benzer şekilde bireylerin sigortalılık oranları da her gözlem yılı için %85 seviyesinin üzerindedir. Bu durum Türk sağlık sisteminde kullanılan genel sağlık sigortası uygulamasının bir yansımasıdır. Tüm yıllar için çalışan bireylerin oranı oldukça düşüktür. Ancak anketlerin 15 yaş ve üzeri bireylere uygulandığı göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm yıllar için 6 aydan uzun süren sağlık problemi yaşayan bireylerin oranı %26 seviyesindedir. Daha önce bahsedildiği gibi veri setleri oldukça detaylıdır, Tablo 1 yalnızca seçilmiş bazı istatistikleri sunmaktadır. Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili daha detaylı bilgiler Tablo 2a ve 2b’de sunulmuştur.

Tablo 2a Sağlık hizmetleri kullanımı (%)

Birinci basamak	2008	2010	2012
Son 1 yılda hizmet aldım	32,38	37,95	45,82
Son 1 yılda hizmet almadım	67,32	62,05	54,18
İkinci basamak (ayakta bakım)			
Son 1 yılda hizmet aldım	39,30	43,09	44,21
Son 1 yılda hizmet almadım	60,70	56,91	55,79
Son 1 yılda ihtiyaç hissettim ancak hizmet alamadım	16,11	14,50	9,30
İkinci basamak (yataklı bakım)			
Son 1 yılda hizmet aldım	6,61	6,64	6,70
Son 1 yılda hizmet almadım	93,39	93,36	93,30
Son 1 yılda ihtiyaç hissettim ancak hizmet alamadım	16,11	2,99	1,93

Tablo 2a’da 2008, 2010 ve 2012 yılları için birinci basamak, ikinci basamak – ayakta ve yataklı bakım- sağlık hizmetleri kullanım yüzdeleri sunulmuştur. İkinci basamak kullanım hizmetleri ile ilgili, ihtiyaç sorusu da anketlerde yer almaktadır. Bu sebeple ikinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı için ihtiyacı olup kullanamayan bireylerin yüzdesini görmek mümkündür. Hakkaniyetin konu edildiği bu çalışma için ihtiyacı gösteren bu soru oldukça önemlidir. Tablodan izlenebileceği gibi yıllar içinde birinci basamak ve ikinci basamak ayakta bakım sağlık hizmetleri kullanımında bir artış olmuştur. İkinci basamak yataklı bakım sağlık hizmetleri kullanımı ise sabit kalmıştır. Bunun yanı sıra ikinci basamak ayakta bakım ve yataklı bakım hizmetleri için son 1 yılda ihtiyaç hissedip hizmet alamayanların yüzdesi yıllar içerisinde ciddi şekilde azalmıştır. Ancak hakkaniyet konusunda yorum yapabilmek için son 1 yıl içinde ihtiyaç

hissedip hizmet alamamış bireylerin gelir gruplarına göre dağılımını incelemek oldukça önemlidir. Tablo 2b söz konusu dağılımı göstermektedir.

Tablo 2b Son 1 yılda ihtiyaç hissetmiş ve alamamış olan kişilerin gelir gruplarına göre dağılımı (%)

	2008	2010	2012
İkinci basamak (ayakta bakım)			
En alt gelir grubu	40,77	29,82	15,12
Alt gelir grubu	20,65	22,86	14,18
Orta gelir grubu	17,75	18,88	23,95
Üst gelir grubu	12,74	15,01	20,28
En üst gelir grubu	7,15	12,64	25,19
İkinci basamak (yataklı bakım)			
En alt gelir grubu	43,98	37,97	18,08
Alt gelir grubu	20,07	25,20	15,06
Orta gelir grubu	16,51	16,08	23,15
Üst gelir grubu	12,15	10,28	21,23
En üst gelir grubu	6,20	9,61	1,36

Son 1 yılda ihtiyaç hissetmiş ve alamamış olan bireylerin gelir gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ikinci basamak ayaklı ve yataklı bakım hizmetleri için en alt ve alt gelir gruplarında hakkaniyetsizlik var olmasına karşın zaman içinde olumlu yönde bir gelişme görülmektedir. Söz konusu gelir grupları oluşturulurken TÜİK tarafından oluşturulmuş 10 grup, analizlerde kolaylık sağlaması açısından yazına uygun olarak 5'e indirilmiştir. Buna göre, en alt gelir grubu 0-500TL, alt gelir grubu 501-750 TL, orta gelir grubu 751-1100TL, üst gelir grubu 1101-1700TL ve son olarak en üst gelir grubu 1701TL ve üzeri aylık net gelire sahip haneleri ifade etmektedir. Bunun yanı sıra her iki bakım hizmeti için orta, üst ve en üst gelir gruplarında ihtiyaç hissedip hizmet alamayanların yüzdesinde genel bir artış gözlenmektedir (yataklı bakım en üst gelir grubu hariç). Bu durumda 2008, 2010 ve 2012 yılları verileri incelendiğinde zaman içinde sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliğin mevcut olduğu ancak zaman içinde özellikle 2010 yılından itibaren birinci basamak ve ayakta bakım hizmetleri için azalma gösterdiği gözlenmektedir.

1.1. Yöntem

1.1.1. Gini Endeksinin Hesaplanması

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyetsizliğin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hakkaniyetsizliğin ölçülmesi amacıyla Gini endeksi hesaplanmıştır.

Klasik Gini endeksi şu şekilde hesaplanmaktadır:

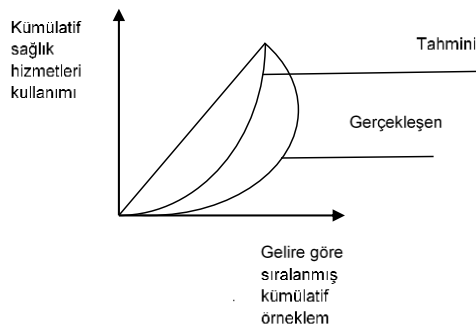
$$G = \frac{1}{2I^2\mu} \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^I |h_i - h_j| \quad (1)$$

Klasik Gini endeksi, tüm çıktı çiftlerinin mutlak farklarının aritmetik ortalamasının yarısı olarak tanımlanmaktadır. Burada toplamlar ortalama çıktıya göre normalize edilmektedir. Endekste h değerleri, toplumun farklı kesimleri için –burada gruplandırma genellikle sosyoekonomik faktörlere göre yapılmakla birlikte araştırmacıya bırakılmaktadır- sağlık hizmetleri kullanımının ortalamasıdır. I değeri ise toplam grup sayısını ifade etmektedir. Son olarak μ , tüm gruplar için ortalama çıktıyı temsil etmektedir.

Bu çalışma kapsamında Lorenz eğrilerinin çizilmesi ve Gini endeksinin hesaplanabilmesi için gerçekleşen ve tahmini talepler kullanılmıştır. Gerçekleşen talep gözlemlenen sağlık hizmeti kullanma durumu olarak alınmıştır. Tahmini talebin hesaplanması için sağlık hizmetleri kullanım durumu bağımlı değişken olarak kullanılarak bir probit modeli tahmin edilmiştir. Probit modeli tahmin edilirken, cinsiyet, yaş, sağlık durumu, yerleşim yeri, sigorta durumu, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi gibi ihtiyaç ve ihtiyaç dışı değişkenler kullanılmıştır. Daha sonra söz konusu gerçekleşen ve tahmini talepler için Lorenz eğrileri çizilmiştir. Lorenz eğrileri çizilirken kullanılan bağımlı değişkene ilişkin iki yeni değişken oluşturulmaktadır. Örneğin sağlık hizmetleri kullanımının y ile temsil edildiği durum için, $GL(p)$ her $p=F(y)$ için tanımlanmaktadır. Daha sonra y ’nin sıralı değerleri için $GL(p)$ ’ye ilişkin grafik, toplam kümülatif y değerlerinin, kümülatif

örneklem ortalaması; $GL(1)=ortalama(y)$ değerlerinin eksenlere yerleştirilmesiyle Şekil 1’deki gibi çizilmektedir.

Şekil 1 Tahmini ve Gerçekleşen Talebe İlişkin Lorenz Eğrileri



Gini endeksinin hesaplanması için, şekil 1’de 45 derecelik doğru ile temsil edilen tam eşitlik doğrusu ile tahmini talep arasında kalan alanın integrali, yine tam eşitlik doğrusu ile gerçekleşen talep arasında kalan alanın integraline bölünerek elde edilmektedir.

Bu noktada tahmini ve gerçekleşen talep farkına değinmek gerekmektedir. Tahmini ve gerçekleşen talebe ilişkin Lorenz eğrileri arasında fark olması beklenmektedir. Bu fark tercih edilen yöntem ve kullanılan bağımsız değişkenlerden etkilenmektedir. Spesifikasyon hatası veya ihmal edilen bir değişken olması durumunda farkın artması beklenmektedir. İki değişken arasındaki fark temelde hata terimi tarafından içerilmektedir. Bu çalışma kapsamında tahmini talebin hesaplanması için tercih edilen model bağımlı değişkenin ikili tercih yapısıyla uyumludur. Bu nedenle herhangi bir spesifikasyon hatası olduğu düşünülmemektedir. Bağımsız değişkenler ise var olan veriler ışığında sağlık hizmetleri kullanım talebini en iyi şekilde temsil etmek üzere, son derece geniş kapsamlı şekilde tercih edilmiştir. Ancak gözlemlenemeyen değişkenlerden kaynaklanan farklılıkların tahmini ve gerçekleşen talebe ilişkin farklara yansması mümkündür. Bu nedenle bu konuda yapılan çalışmalarda yalnızca tahmini talebin değil gerçekleşen talebin de raporlanması önem taşımaktadır.

Çalışmada birinci ve ikinci basamak (ayakta ve yataklı bakım olmak üzere) sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizlik araştırılmaktadır. Bu amaçla 2008, 2010 ve 2012 yılları için birinci ve ikinci basamak (ayakta ve yataklı bakım) sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet, Gini endeksi yardımıyla incelenmektedir. Bu aşamada amaç Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliğin derecesinin ve zaman içindeki değişiminin araştırılmasıdır. Ancak sadece basit istatistiksel analize bakılarak kesin yorumlar yapılması mümkün değildir. Bu amaçla bu betimleyici istatistiklerin endeks sonuçları ile desteklenmesi gerekmektedir.

5. Bulgular

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyeti inceleyen çalışmanın bu bölümünde yukarıda detaylı şekilde bahsedilen veri ve yöntemler kullanılarak her bir yıl ve birinci ve ikinci basamak (ayakta ve yataklı bakım) sağlık hizmetleri için Gini endeksleri hesaplanmıştır. Gini endeksleri ilgili tablolarda standart hatalar ile beraber sunulmaktadır. Genel olarak bakıldığında standart hataların yeterince küçük ve dolayısıyla yapılan tahminlerin sağlam olduğunun söylenmesi mümkündür.

5.1. 2008 Yılına İlişkin Sonuçlar

2008 yılı için Gini endeksi değerleri ve ilgili grafikler aşağıdaki tablo ve şekillerde sunulmuştur. Parantez içindeki değerler standart hataları ifade etmektedir.

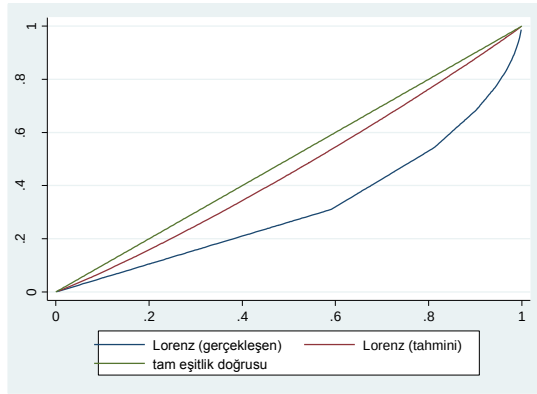
Tablo 3 2008 yılı Gini endeksi

2008	Gini endeksi
Birinci basamak	0,4377 (0,0059)
İkinci basamak (ayakta bakım)	0,4438 (0,0082)
İkinci basamak (yataklı bakım)	0,4295 (0,0195)

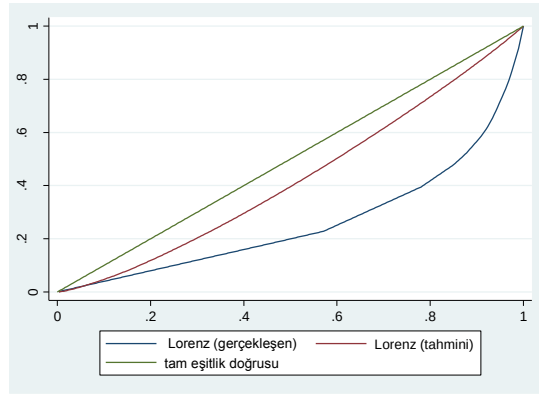
Şekil 2a, 2b ve 2c 2008 yılı sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin geleneksel yoğunlaşma endeksi olan Gini endeksi kullanılarak çizilmiş Lorenz eğrilerini göstermektedir. Şekil 2a birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin, Şekil 2b ve Şekil

2c sırasıyla ikinci basamak ayakta ve yataklı bakım hizmetlerine ilişkin gerçekleşen ve tahmini talebin Lorenz eğrilerini göstermektedir. Lorenz eğrileri çizilirken herhangi bir standardizasyon işlemi uygulanmamıştır.

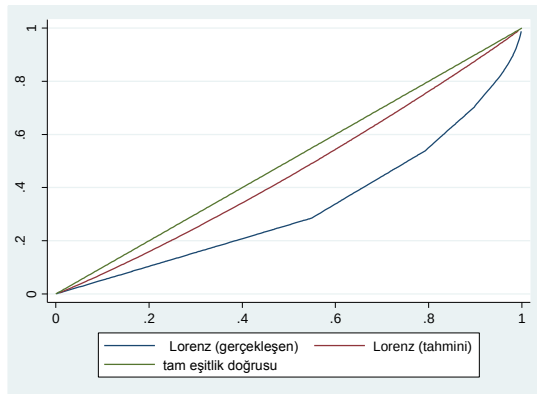
Şekil 2a: Birinci basamak



Şekil 2b: İkinci basamak ayakta bakım



Şekil 2c: İkinci basamak yataklı bakım



Şekil 2a, 2b ve 2c incelendiğinde, Lorenz eğrileri 2008 yılı için hakkaniyetsizliğin var olduğunu göstermektedir. Gerçekleşen talep dikkate alındığında söz konusu hakkaniyetsizliğin tahmini talebe kıyasla daha derin olduğunu söylemek mümkündür. Dikkate alınan tüm hizmet türleri için üst gelir grubundaki bireyler alt gelir grubundaki bireylere göre daha avantajlıdır. Özellikle ikinci basamak ayakta bakım hizmetleri için hakkaniyetsizliğin derecesi diğer hizmetlerden daha fazladır.

5.2. 2010 Yılına İlişkin Sonuçlar

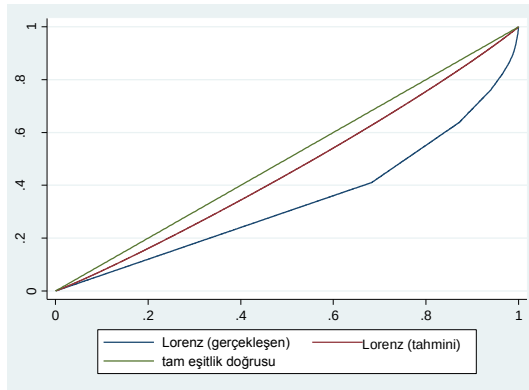
2010 yılı için Gini endeksi değerleri ve ilgili grafikler aşağıdaki tablo ve şekillerde sunulmuştur. Parantez içindeki değerler standart hataları ifade etmektedir.

Tablo 4 2010 yılı Gini endeksi

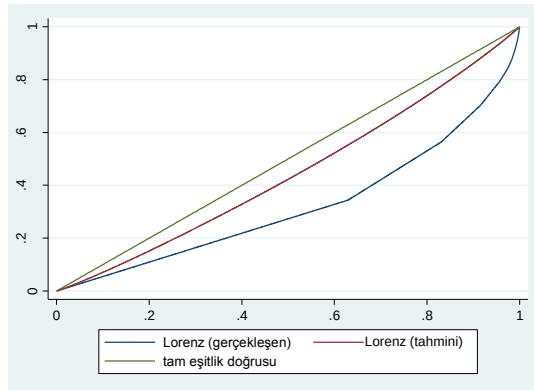
2010	Gini endeksi
Birinci basamak	0,3762 (0,0055)
İkinci basamak (ayakta bakım)	0,3443 (0,0057)
İkinci basamak (yataklı bakım)	0,3503 (0,0122)

Şekil 3a, 3b ve 3c 2010 yılı için Gini endeksi temel alınarak çizilmiş Lorenz eğrilerini göstermektedir. Buna göre, sağlık hizmetleri kullanımında alt gelir grubuna mensup bireylerin daha dezavantajlı konumda olduğu bir hakkaniyetsizlik durumu gözlenmektedir. Ancak hakkaniyetsizliğin seviyesi Gini endeksleri kullanılarak 2008 yılı ile karşılaştırıldığında tüm hizmet türleri için azalma yönünde bir trend olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumda 2010 yılına gelindiğinde uygulanmakta olan politikaların hakkaniyetsizliği azaltma yönünde etkili olduğunu tartışmak mümkündür.

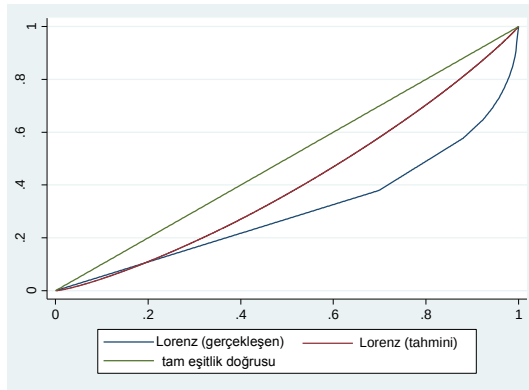
Şekil 3a: Birinci basamak



Şekil 3b: İkinci basamak ayakta bakım



Şekil 3c: İkinci basamak yataklı bakım

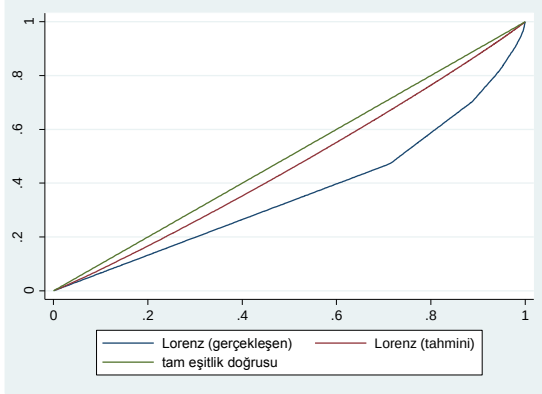
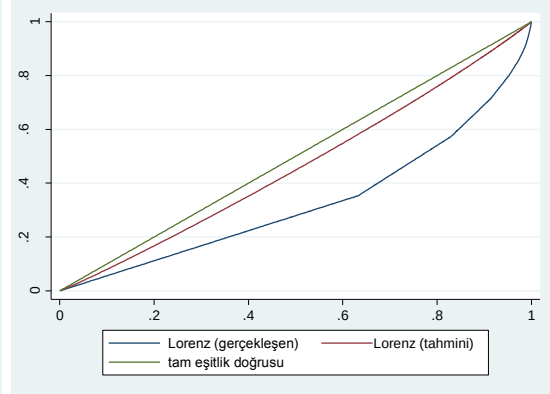
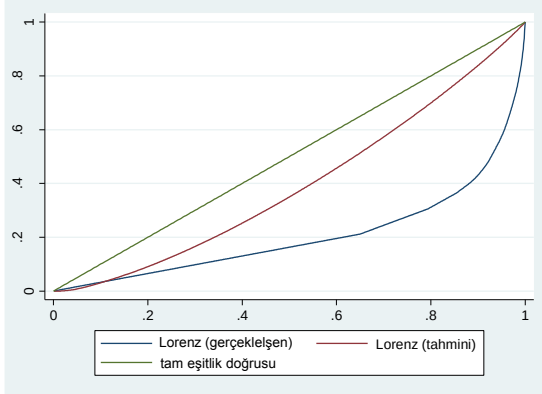


5.3. 2012 Yılına İlişkin Sonuçlar

2012 yılı için hesaplanmış olan Gini endeksleri ve standart hatalara ilişkin bilgiler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5 2012 yılı Gini endeksi

2012	Gini endeksi
Birinci basamak	0,3888 (0,0037)
İkinci basamak (ayakta bakım)	0,3264 (0,0042)
İkinci basamak (yataklı bakım)	0,4429 (0,0106)

Şekil 4a: Birinci basamak**Şekil 4b:** İkinci basamak ayakta bakım**Şekil 4c:** İkinci basamak yataklı bakım

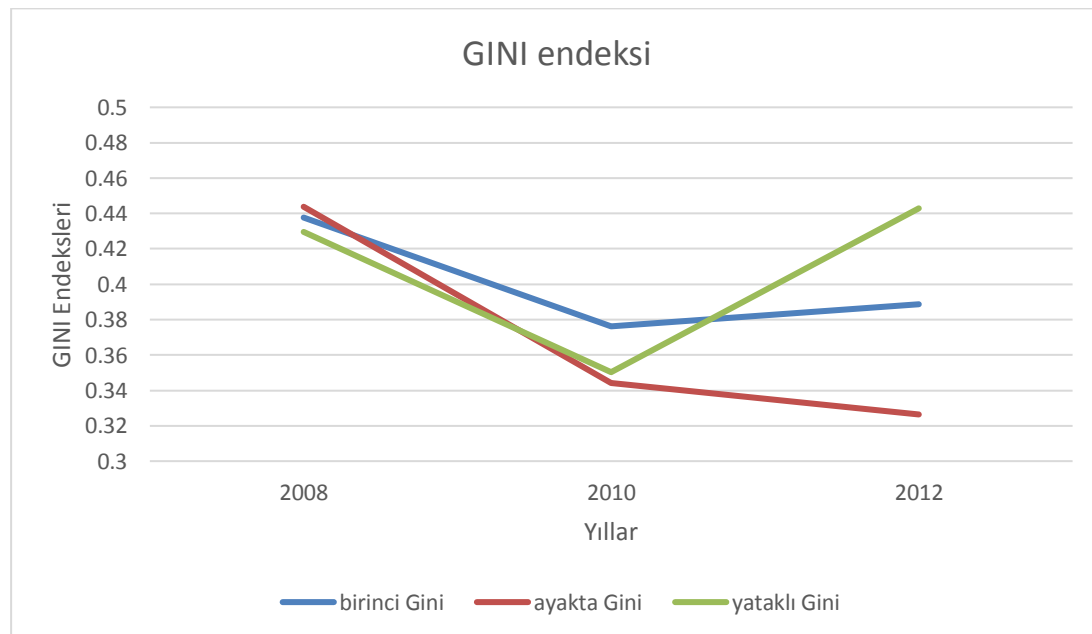
Şekil 4a, 4b ve 4c 2012 yılına ilişkin Gini endeksi temel alınarak çizilmiş Lorenz eğrilerini göstermektedir. 2012 yılına ilişkin Lorenz eğrileri incelendiğinde en fazla hakkaniyetsizliğin ikinci basamak yataklı bakım hizmetlerinde olduğu gözlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve ikinci basamak ayakta bakım sağlık hizmetleri için hakkaniyetsizlikteki azalma yönündeki trend sürerken, ikinci basamak yataklı bakım hizmetlerindeki hakkaniyetsizliğin arttığı gözlemlenmektedir.

2008, 2010 ve 2012 yılları verileri incelendiğinde Gini endeksi sonuçları, kendi içinde incelendiğinde Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında alt gelir grubuna mensup bireylerin dezavantajlı olduğu hakkaniyetsizliklerin mevcut olduğunu

göstermektedir. Ancak zaman içinde hakkaniyetsizliğin genel anlamda azalma yönünde bir trend izlemekte olduğunu söylemek mümkündür.

Şekil 5 Gini endeksinin yıllar itibariyle değişimini göstermektedir. Buna göre hakkaniyetsizliğin en düşük olduğu yıl 2010 yılıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve ikinci basamak (yataklı bakım) sağlık hizmetleri için hakkaniyetsizliğin 2010 yılından sonra arttığı gözlemlenmektedir. Ancak, ikinci basamak (ayakta bakım) hizmetleri için hakkaniyetsizlik 2010 yılından sonra da azalmaya devam etmiştir. 2012 yılında ise ikinci basamak (yataklı bakım) sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizliğin en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Yataklı bakım hizmetleri dışındaki sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliğin genel anlamda azalan bir trend izlediğini söylemek mümkündür. Ancak tüm sağlık hizmetleri için hakkaniyetsizlik 2010 yılında en düşük seviyesine inmiştir. Bu durum hakkaniyetsizliği azaltma yönünde 2010 yılında izlenen politikaların etkin olduğu sonucunu doğurmaktadır. 2010 yılından sonra bu politikalardan uzaklaşılması hakkaniyetsizlikte yeniden artış gözlenmesine yol açmıştır.

Şekil 5 Gini endeksi yıllar itibariyle değişimi



6. Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizlik, TÜİK’ten elde edilen Sağlık Araştırması veri setleri kapsamında incelenmiştir. Söz konusu verilerin betimsel analizi yapılmış ve sonrasında literatürde sıkça kullanılan Gini endeksi kullanılarak incelenmiştir. Hakkaniyetsizliğin Gini endeksi aracılığıyla incelenmesi ve derecesinin tespiti resmin sadece bir boyutunu oluşturmakla beraber, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili önemli ipuçları vermektedir. Elde edilen bulgular göstermektedir ki, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında her yıl için bir hakkaniyetsizlik söz konusudur ancak bu hakkaniyetsizliğin derecesi özellikle 2010 yılından itibaren birinci basamak ve ayakta bakım hizmetleri için azalma göstermektedir. Diğer yandan, yataklı sağlık hizmetlerinin kullanımında 2008-2012 arasında hakkaniyetsizlik düzeyinde bir artış gözlemlenmektedir. Hakkaniyetsizlik seviyesinin 2010 yılında en düşük düzeyine inmesi bu yılda geçerli olan politikaların etkinliğinden bahsetmeyi mümkün kılmaktadır. 2008 yılında pilot uygulama olarak başlatılan aile hekimliği uygulaması 2010 yılında tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımındaki hakkaniyetsizlikteki azalmayı açıklamaktadır. Bunun yanı sıra 2010 yılında sağlıkta alınan katılım ücretlerinin en düşük düzeyde olduğu ve bu yıldan sonra, gerek kamuda gerekse özelde kademeli olarak artırıldığını söylemek mümkündür. Katılım ücretlerindeki farklılıkların tüm sağlık hizmetleri için hakkaniyetsizlik üzerinde önemli etkisinin olduğunu söylemek böylelikle mümkündür. Ancak bu çalışma kapsamında bu çıkarımların yapılması sadece yorumdan ibarettir ve bu önemli konunun daha derin ampirik çalışmalarla desteklenmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Günümüzde sağlık sistemlerinin performansının ölçülmesi son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmakta ve bu amaçla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ancak sağlık sektörünün özelliği bakımından, performans ölçümleri maliyet, kar, zarar gibi kavramlardan uzak durarak, hakkaniyet gibi daha nitel kavramlar aracılığıyla test edilmelidir. Bu çalışma SDP sonrası Türkiye’de sağlık sisteminde yatay

hakkaniyetsizlikten uzaklaşıldığını ortaya koymaktadır. Daha adil bir sağlık sisteminin sağlanabilmesi için “ihtiyaç” kavramını temel alan politikaların geliştirilmesi elzem görülmektedir. Bu çalışmanın konusu sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliğin varlığını Gini endeksi yardımıyla tespit etmektir. Dolayısıyla, Türk Sağlık Sistemi’nde hakkaniyetsizliklerin kaynağının tespiti, farklı endeksler ve farklı veri setleri kullanarak elde edilen sonuçların tutarlılığının araştırılması gelecek çalışmaların konusuna ışık tutabilir.

Kaynakça

- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., & Balkrishnan, R. (2004). *Evaluating the Healthcare System, Effectiveness, Efficiency and Equity*, Health Administration Press, Chicago.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18 (2), 70-78. doi: 10.2399/tahd.14.00070
- Alleyne, G. A. O., Casas, J., & Castillo-Salgado, C. (2000). Equality, equity: why bother? *Bulletin of the World Health Organization* 78, 76–7.
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly, *Health and Society*, 51, 95–124.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10.
- Andersen, R. M., & Davidson, P. L. (2007). Improving Access to care in America: individual and contextual indicators. In Andersen R. M., Rice T.H. & Kominski G. F. (Eds.), *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services, policy, and management* (pp. 3-31). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., & Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X

- Braveman, P. A., Starfield, B., & Geiger, H. (2001). World health report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, 323, 678-80. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7314.678>
- Braveman, P. A. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.
- Celik, Y. (2000). The socio-economic determinants of alternative sources of antenatal care in Turkey. *International Journal Of Health Planning And Management*, 15(3), 221-35. doi: 10.1002/1099-1751(200007/09)15:3<221::AID-HPM592>3.0.CO;2-A
- Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socioeconomic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science and Medicine*, 50(12), 1797-1806. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00418-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00418-9)
- Çiçeklioğlu, M. (2011). Türkiye’de Sağlık Reformları, *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık. Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı* 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara.
- Diaz, M. D. (2002). Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. *Health Economics*, 11(2), 141-54. doi: 10.1002/hec.649
- Dünya Bankası (2003). Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. Report No. 24358-TU,
- Erbaydar, T. (2003). Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 4 (25), 45-51.
- Erci, B., Sayan, A., Tortumluoğlu, G., Kılıç, D., Şahin, O., & Güngörmüş, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 130-139. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02515.x
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (2001). Introduction. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press;
- Kringos, D. S. (2013). The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: Results of an international comparative study. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(4), 165-79. doi: 10.2399/tahd.13.00165

- Macinko, J., & Lima Costa, M. F. (2012). Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *The International Journal for Equity in Health*, 11(33), 1-8. doi: 10.1186/1475-9276-11-33
- Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., Mtei, G., Harris, B., Macha, J., Meheus, F., & McIntyre, D. (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet*, 380(9837), 126-133. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60357-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60357-2)
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington: World Bank.
- Öz, E. (2008). Ulusal hanehalkı cepten sağlık harcamalarının finansmanda dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Econ.* 11: 659–666.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. “2008 Yılı Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/01/20090129-5.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080929M1-1.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2007. “Sağlık Uygulama Tebliği”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525M1-3.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2010. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=904:sgk-salik-uygulama-tebl-2010&Itemid=35 Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2011. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111105-22.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.

- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2012. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”.
http://www.istanbuleczaciodasi.org.tr/upload/pdf/20120121_sut_resmi_gazete.pdf Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2013. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”.
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=953:teblig& Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2014. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-19.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2015. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/08/20150805-10.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2016. “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/01/20160118-2.htm> Son erişim tarihi: 7 Nisan 2016.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2017. “05.07.2017 Değişiklik Tebliği işlenmiş güncel 2013 Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”.
- Sözmen, K., Baydur, H., Şimsek, H., & Ünal, B. (2012). Decomposing socioeconomic inequalities in self assessed health in Turkey. *International Journal for Equity in Health*, 11,73. doi: [10.1186/1475-9276-11-73](https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-73)
- Sözmen, K., & Ünal, B. (2016). Explaining inequalities in Health Care Utilization among Turkish adults: Findings from Health Survey 2008. *Health Policy* 120, 100–110
- Tatar, M., & Kanavos, P. (2006). Health Care Reform in Turkey, *Eurohealth*, 12(1), 20-2.
- TTB (2003). *Sağlıkta Dönüşüm programı, 2003 Türkiye’inde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*. Ankara: Türk Tabipler Birliği
- TÜİK (2008). *Sağlık araştırması*.
- TÜİK (2010). *Sağlık araştırması*.
- TÜİK (2012). *Sağlık araştırması*.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.

- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *The Journal of Human Resources*, 35 (4), 716-733. doi: 10.2307/146369
- Wagstaff, A. (2001). Economics, health and development: some ethical dilemmas facing the World Bank and the international community. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 262-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.27.4.262>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599-612. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00003-4)
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-45. doi: [10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN](http://dx.doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN)
- Yardımcı, M.S., & Üner, S. (2013). Türkiye’de Hekim Dağılımında Coğrafi Farklılıklar, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5), 487-494. doi: 10.5455/pmb.1-1351692762
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Berg, H., Christiansen, T., Citoni, G., & Di Biase, R. (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18, 291-314 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00043-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00043-5)
- Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Campbell, B., Zhu, Z., Xu, L., & Zhang, Y. (2013). Assessing equity of healthcare utilization in rural China: results from nationally representative surveys from 1993 to 2008. *International Journal for Equity in Health*, 12(34), 1-9. doi: 10.1186/1475-9276-12-34
- Zhao, Y., You, J., Wright, J., Guthridge, S. L., & Lee, A. H. (2013). Health inequity in the Northern Territory, Australia. *International Journal for Equity in Health*, 12(79). <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-79>

Extensive Summary

Equity in the Use of Health Care Services: The Case of Turkey

Introduction

This paper aims to analyse the concept of equality in the use of health care services in Turkey. Researchers and policy makers agree on the fact that equitable

access to health care is essential for all individuals. In this context, it is widely argued that individuals with equal needs should be able to access health care services they need irrespective of their income and other socioeconomic factors. However, in all countries –developed or less developed- different levels of inequalities are observed. Policy makers worldwide aim to decrease the existing inequalities in health care utilization. Turkey, especially after Health Transformation Programme started being implemented in 2003, equality has become an important policy goal. One of the specific aims of the HTP, is to offer equal access to all individuals. For such aim after 2008, the Ministry of Health has invoked the General Practitioner Programme overall Turkey. This programme offered free Access to health care nationwide. Further, there have been several policy implementations have been offered to achieve equitable health care utilization. The health reforms brought by HTP has positive and negative effects on individuals and the economy. Therefore, we believe that it is important to assess the level of equity in health care utilization in Turkey is especially important.

Method

For this purpose, we use “Health Surveys” conducted by Turkish Statistical Institute for 2008, 2010 and 2012. We aim to analyse the change in health care access in Turkey and the effects of HTP through calculating the Gini index for health care utilization. Data regarding health care utilization in General Practitioner visits, specialist visits and inpatient visits are utilized for this analysis. The Gini index for

three outcome variables for three consecutive surveys years are calculated, and the Lorenz curves are also represented.

Results

Results from the study indicate that the level of equality in terms of health care utilization in all outcome variables and years are low. The less equitable year in all three services is found to be 2010. We argue that to achieve equitable access to health care services, policy makers should focus on policies that are based on “need” rather than other socioeconomic factors such as income, gender or insurance status. For sustainable and equitable health care reforms, “need” should be the focus of all policy and reforms.

Conclusion

We argue that to achieve equitable access to health care services policy makers should focus on policies that are based on “need” rather than other socioeconomic factors such as income, gender or insurance status. For sustainable and equitable health care reforms “need” should be the focus of all policy and reforms.