

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar

Mustafa N. İLHAN¹

Hakan TÜZÜN²

Sefer AYCAN³

F. Nur AKSAKAL¹

Seçil ÖZKAN⁴

► ÖZET

Amaç: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerde sağlık hizmeti kullanma özelliklerini ve ilişkili sosyoekonomik değişkenleri saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Ankara İl merkezinde yer alan altı birinci basamak sağlık kuruluşuna 5-20 Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2086 kişi ile yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Bebek takibi, çocuk takibi ve aşılama gibi nedenlerle 18 yaş altındaki kişilerin sağlık kuruluşuna başvurması durumunda bu kişilerin velileri sağlık kuruluşuna başvuran kişi olarak araştırma kapsamına alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri içinde ilk sırada poliklinik- tedavi hizmetleri yer alırken (%39,8), koruyucu sağlık hizmeti almak amacı ile başvuranların yüzdesi daha düşüktür (aile planlaması için %6,8 bebek, çocuk takibi-aşılama için %15,3, gebelik ya da lohusalık takibi için %3,7). Kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda ve yüksek sosyal sınıflarda son bir yıl içinde yapılan sağlık başvuru sayısı daha yüksektir. Başvurular içinde eğitim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi arttıkça koruyucu sağlık hizmetlerini alma azalmaktadır.

Sonuç: Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında makro değişiklikler planlanan Türkiye’de hizmet eşitsizliklerinin mevcut durumu ve reformların eşitsizlikler üzerine olası etkileri dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu, Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri, Sosyoekonomik Belirteçler, Sağlık Reformu.

- 1 Öğr. Gör.Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
- 2 Araş.Gör. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
- 3 Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
- 4 Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa N. İlhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
e-posta: mnihan@gazi.edu.tr

Health Care Service Use Characteristics of The Primary Health Care Center Attendants and the Variation With Regard to Some Socioeconomic Indicators: Last Determinations Before The Health Reform

► ABSTRACT

Objectives: The aims of the study are to determine the health care service use characteristics and related socioeconomic variables among primary health care center attendants.

Methods: The study was realized by applying a questionnaire with face to face technique to 2086 persons at age 18 and over attended to six primary health care centers in Ankara city center between 5.12.2005 and 20.12.2005 and accepted to participate in the study. The parents of those attended to the health care center for infant/child follow-up visit or vaccination were included to the study as the person attended to the health care center.

Results: Outpatient-treatment service was in the first rank of the causes of attending to the primary health care center (39.8%), the percentage of those attended for preventive health services is lower (for family planning 6.8%, infant/child follow-up visits 15.3%, antenatal-puerperal examination 3.7%). The number of health care service application is higher among females, those with chronic diseases and those in higher social class. The likelihood of demanding preventive health care services from the primary health center is decreasing with increased educational level and income.

Conclusions: In Turkey where macro modification in providing and finance of health care services are planned, the present status of service inequality and the potential effects of the reforms must be taken into consideration.

Key Words: Primary Health Care Center, Characteristics of Health Care Service Usage, Socioeconomic Indicators, Health Reform

Giriş ve Amaçlar

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşları olarak sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezlerini, ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastanelerini, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı hastaneleri içermektedir. Ayrıca özel sektöre ait sağlık kuruluşları da vardır. Sağlık Bakanlığı 2004 yılı verilerine göre toplam 6066 sağlık ocağı (%40,5 kentsel bölge, %59,5 kırsal bölge) yer almaktadır (1). Bölgeler arasında farklılıklar olmakla birlikte ülke genelinde sağlık ocakları için hekim başına ortalama nüfus 5297, sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus 11730’dur (1). Kişi başına ortalama poliklinik sayısı ise 1,05’dir (1). Sağlık ocaklarında yapılan toplam poliklinik sayısı 2000’den 2004’e değin %28,7 artarak 74,8 milyona ulaşmıştır (1). Türkiye’de 100000 nüfusa düşen yatak sayısı 23,9’dur (2). Sağlık Bakanlığı’na ait hastanelerde muayene edilen hasta sayısı 2000-2004 arasında %53,7 artarak 91,3 milyona, yatak işgal yüzdesi ise 2000’de %58,5’ten 2004’de %66,2’ye ulaşmıştır (2).

Türkiye’de son yıllarda hem sağlık finansmanı, hem de sağlık hizmeti sunucusu kuruluşlarla ilgili reformlar gündeme gelmektedir. Sağlık ocaklarında hizmet veren pratisyen hekime dayalı birinci basamak sağlık sistemi yerine, muayenehanede hizmet veren aile hekimine dayalı sisteme geçilmesi planlanmaktadır. Daha önceden işçilerin sosyal güvenlik kuruluşuna ait olan hastaneler, Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece sağlık hizmeti sunan kuruluşların Sağlık Bakanlığı altında toplanması amaçlanmaktadır. Farklı özelliklere sahip sağlık güvence kuruluşlarının “Genel Sağlık Sigortası” adı altında bir araya getirilmesine yönelik çalışmalar halen devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine ve desantralizasyonuna yönelik girişimler, Sağlık Bakanlığı’nın politikaları arasında yer almaktadır.

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik ve eşit ihtiyaçlar için eşit hizmet kullanma sağlık hizmetlerinde eşitliğin ana unsurlarını oluşturmaktadır (3). Ancak farklı ülkelerde yapılan araştırmalar, düşük sosyoekonomik grupların sağlık düzeylerinin daha düşük olmasına karşın bu grupların aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşımında da dezavantajlı gruplar olduklarını, yüksek gelir gruplarına kıyasla birinci basamak hekimlerine daha sık başvurduklarını ortaya koymaktadır (4-17).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda köklü değişiklikler öngörülmesine karşılık, sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve ilişkili olduğu değişkenlerle ilgili ulusal düzeyde mevcut durumu ortaya koyan veriler sınırlıdır. Yapılmış kimi bölgesel çalışmalarda yaş, cinsiyet, yerleşim

yeri gibi değişkenlerin yanı sıra hane halkı geliri, sosyal sınıf, eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik değişkenlerin sağlık hizmeti kullanmayla ilişkili olduğunu gösteren ipuçlarına ulaşılmıştır (18-25).

Koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilen aile planlaması, bebek izlemesi, çocuk izlemesi, gebe izlemesi, aşılama 1978’de Alma Ata Bildirgesi’nde ortaya konan temel sağlık hizmetleri çerçevesi içinde minimal bakımın bileşenlerini oluşturmaktadır. Basamaklandırılmış bir sağlık sistemi içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel işlevi, herkes için koruyucu sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Ulusal literatürde koruyucu sağlık hizmetlerinin alındığı sağlık kuruluşlarının sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisini inceleyen yeterli araştırma yoktur. Farklı sosyoekonomik gruplardaki kişilerin sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanmasına ilişkin farklılıkları araştırmak, sağlık eşitsizliklerinin basamaklandırılmış sağlık hizmetlerini bozucu etkisini açığa çıkarmak için veri sağlayacaktır. Diğer yandan farklı düzeydeki sağlık kuruluşlarını içerecek biçimde hizmet kullanma özellikleriyle ilişkili sosyoekonomik değişkenlerin belirlenmesi ulusal sağlık reformları öncesi durum saptaması çabalarına katkı sağlamak ve sağlıkta eşitliğin geliştirilmesi için müdahale noktalarına işaret etmek yönünden anlamlıdır.

Bu çalışmada Türkiye’nin başkenti olan Ankara’nın merkezinde yer alan altı birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerde sağlık hizmeti kullanma özelliklerini ve ilişkili sosyoekonomik değişkenleri saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırma Ankara İl merkezinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın eğitim-araştırma çalışmalarının yürütüldüğü altı birinci basamak sağlık kuruluşunu kapsamaktadır. Dördü sağlık ocağı, ikisi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi olan birinci basamak sağlık kuruluşlarının toplam nüfusu 268360 kişidir. Sağlık kuruluşlarının kişi başı yıllık muayene sayısı ortalamaları 0,6 ile 4,1 arasında değişmektedir. Çalışma 5-20 Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2086 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bebek takibi, çocuk takibi ve aşılama gibi nedenlerle 18 yaş altındaki kişilerin sağlık kuruluşuna başvurması durumunda, bu kişilerin velileri sağlık kuruluşuna başvuran kişi olarak araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Ortalama görüşme süresi 8 dakikadır.

Ailenin geçimini sağlayan esas kişi hane halkı reisi kabul edilerek, sosyal sınıf gruplandırması hane halkı re-

isinin sosyal sınıfı üzerinden yapılmıştır. Sosyal sınıflar işsizler, mavi yakalılar, beyaz yakalılar, serbest meslek sahibi (kendi hesabına çalışanlar), işverenler olarak kategorize edilmiştir.

Türkiye’de üzerinde ulusal olarak uzlaşmış sosyal sınıf kategorizasyonu bulunmamaktadır. Bu yüzden çalışmada ampirik bir sınıf kategorizasyonu kullanılmıştır. Analiz yapılırken mavi yakalılar ve beyaz yakalılar “ücretli çalışanlar” başlığı altında birleştirilmiştir.

Hane halkı geliri 500 YTL (370\$) ve daha düşük olanlar 1. grup, 501-1000 YTL (371- 740\$) olanlar 2.grup, 1001-1500 YTL (741-1111\$) olanlar 3. grup, 1501-2000 YTL (1112-1481 \$) olanlar 4.grup, 2000 YTL (1482\$) ve daha yüksek olarak olanlar 5. grup olarak gruplandırılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla 1 Amerikan Doları yaklaşık 1,35 YTL’ye karşılık gelmektedir.

Öğrenim durumu, örgün eğitim almamış, ilk ya da ortaokul mezunu olanlar, lise ya da üzeri eğitim alanlar şeklinde gruplandırılarak analize dahil edilmiştir.

Algılanan sağlık “sağlığınıza genel olarak nasıl algılıyorsunuz” sorusuna verilen “çok kötü/kötü/ne iyi ne kötü/iyi/çok iyi” yanıtları üzerinden değerlendirilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri; bebek/çocuk izlemesi, aşılama, gebe/lohusa izlemesi, aile planlaması başlıkları altında değerlendirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşları değerlendirilirken sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi (AÇSAP) ve kurum hekimliği (kamu kuruluşlarına ait birimlerde kamu çalışanlarına hizmet veren hekimler) birinci basamak sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmiştir. Sağlık sisteminin diğer kuruluşlarını, Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri, SSK’ya ait hastaneler (SSK hastaneleri), üniversite hastaneleri ve özel sektöre ait özel hekim/özel poliklinik/özel hastaneler oluşturmaktadır.

Son bir yıl içindeki sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı sorulurken, 2005 yılı içinde araştırma sırasındaki birinci basamak sağlık başvurusu öncesi yapılan sağlık başvuruları dikkate alınmıştır.

İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Veriler bilgisayara SPSS 10,0 istatistik paket programı aracılığı ile yüklenmiş ve istatistiksel yöntem olarak lineer regresyon ve lojistik regresyon (enter modeli) yöntemleri kullanılmıştır.

Sağlık kuruluşlarına başvuran ve görüşülen kişilerin son bir yıl içindeki sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı ile ilişkili etmenlerin lineer regresyon analizi oluşturulurken birinci modele cinsiyet, algılanan sağlık, kronik hastalık varlığı, yaş grubu değişkenleri alınmış, ikinci model oluşturulurken birinci modeldeki değişkenlere hane halkı gelir grubu, öğrenim durumu, sağlık güvence

durumu, hane halkı reisinin sosyal sınıfı değişkenleri de eklenmiştir.

Bebek/çocuk takibi, aşılama, gebe/lohusa takibi, aile planlaması hizmetlerini kullanmayı bağımlı değişken kabul ederek, koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarından almayı etkileyen etmenlerin lojistik regresyon modelleri kurulurken, tüm modeller için öğrenim durumu, sağlık güvence durumu, hane halkı gelir grubu, hane halkı reisinin sosyal sınıfı modele bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

Bulgular

Yaş ortalaması $41,02 \pm 15,63$ olan araştırma kapsamındaki 2086 kişinin temel tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Temel Tanımlayıcı Özellikleri (Ankara, 2005)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	1408	67,5
Erkek	678	32,5
Yaş grupları		
18-29	612	29,3
30-39	494	23,7
40-49	373	17,9
50-59	274	13,1
60 ve üzeri	333	16,0
Öğrenim Durumu		
Örgün eğitim almamış	254	12,2
İlk ya da ortaokul mezunu	990	47,4
Lise ve üzeri eğitim almış	842	40,4
Sağlık Güvencesi Durumu		
Sağlık güvencesi yok	122	5,8
Emekli Sandığı	624	29,9
SSK	888	42,6
Bağ-Kur	348	16,7
Yeşil Kart	92	4,4
Özel sigorta	12	0,6
Hane Reisinin Sosyal Sınıfı		
İşsiz	66	3,2
Mavi yakalı	817	39,2
Beyaz yakalı	658	31,4
Serbest meslek (Kendi hesabına çalışan)	504	24,2
İşveren	41	2,0
Hanehalkı Gelir Grubu		
500 YTL ve daha düşük	625	29,9
501-1000 YTL	904	43,4
1001-1500 YTL	357	173,1
1501-2000 YTL	112	5,4
2000 YTL’den daha yüksek	88	4,2
Toplam	2086	100,0

Katılımcıların %80,8'i evlidir. İncelenen kişilerin çalışma durumlarına göre dağılımına bakıldığında ilk sırayı ev hanımlarının aldığı (%55,8) bunları emeklilerin (%13,2), memurların (%9,1) ve serbest meslek sahiplerinin (%6,7) izlediği görülmektedir.

Bağlı buldukları sağlık kuruluşları tarafından evlerinde ziyaret edildiklerini belirtenlerin yüzdesi son bir yıldan öncesi için %33,7 iken, son bir yıl için %25,1'dir. Oturdıkları konutun bağlı buldukları birinci basamak sağlık kuruluşuna uzaklığını %13,0'ı çok yakın, %74,6'sı yakın, %10,0'ı uzak, %1,4'ü çok uzak olarak değerlendirmiştir. Araştırmada görüşülen kişilerin %74,4'ü sağlık kuruluşuna yürüyerek, %13,0'ı toplu taşıma aracıyla, %12,6'sı ise özel araçla geldiğini ifade etmiştir.

Katılımcılar tarafından birinci basamakta sunulduğu belirtilen koruyucu sağlık hizmetleri içinde ilk sırada aşılama (%79,1) yer almaktadır; bunu bebek/çocuk takibi (%66,9), gebe ya da lohusa takibi (%60,5), aile planlaması hizmetleri (%51,2) izlemektedir. Birinci basamakta sunulduğu belirtilen tedavi edici sağlık hizmetleri içinde ilk sırada poliklinik hizmeti (%96,3) yer almaktadır; bunu enjeksiyon/pansuman (%66,0) ve acil müdahale (%40,1) izlemektedir.

Tablo 2'de katılımcıların bazı sağlık hizmeti kullanma özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi en fazla %39,8 ile poliklinik/televizyon hizmeti için başvuru olmuşken, en az da %0,2 ile acil müdahale için başvuru olmuştur. Sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru sağlık kuruluşu %66,6 ile sağlık ocakları ve AÇSAP'tır. İlk başvuru sağlık kuruluşunu tercih etmelerinin nedenleri içinde %65,5 ile bulunan yere yakın olma ilk sırayı almaktadır.

Tablo 3'te araştırmaya katılan kişilerin 2005 yılı içinde yaptıkları sağlık başvurularının dağılımı gösterilmiştir.

2005 yılı içinde araştırmanın yapıldığı tarihe kadar en fazla sağlık ocaklarına (%71,2) en az özel hastanelere (%3,0) başvurulmuştur. Başvuru sayısı ortalaması 5,45 ile AÇSAP'a başvuranlarda en yüksek değerini alırken, özel hekime başvuranlarda 2,06 ile en düşük değerini almaktadır.

Tablo 4'te sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin son bir yıl içindeki sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile ilişkili etmenlerin lineer regresyon analizi görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi yaş, cinsiyet, algılanan sağlık ve kronik hastalık varlığı değişkenlerini içeren ilk modelde kadınlarda ve kronik hastalığı olanlarda son bir yıl içindeki sağlık kuruluşuna başvuru sayısının arttığı görülmektedir. Sosyoekonomik değişkenler eklenerek oluşturulan ikinci modelde ise cinsiyet ve kronik hastalık varlığı ile birlikte sosyal sınıfın sağlık başvuru sayısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Araştırma Kapsamındaki Sağlık Kuruluşuna Başvurma Nedenleri, Genellikle İlk Başvurdukları Sağlık Kuruluşları ve Bu Kuruluşları Tercih Edilme Nedenleri (Ankara, 2005)

	Sayı	Yüzde*
Araştırma Kapsamındaki Sağlık Kuruluşuna Başvurma Nedenleri (n = 2086)		
Bebek, çocuk takibi-aşılama	320	15,3
Aile planlaması hizmeti	142	6,8
Gebelik ya da lohusalık takibi	78	3,7
Poliklinik hizmeti/ tedavi hizmeti	832	39,8
Reçete yazımı	467	22,4
Sevki	135	6,5
Enjeksiyon, pansuman	89	4,3
Acil müdahale	5	0,2
Diğer (diş sağlığı hizmeti/sağlık raporu alma)	18	0,9
Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla Genellikle İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu (n = 2086)		
Sağlık ocağı –AÇSAP- kurum hekimi	1391	66,6
Devlet hastanesi	494	23,7
Üniversite hastanesi	141	6,8
Özel hekim/poliklinik/hastane	60	2,9
Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Tercih Edilme Nedenleri ** (n = 2086)		
Bulunulan yere yakın olması	1762	65,5
Hizmetinden memnun olma	491	18,0
Ekonomik olarak uygun olması	265	10,1
Alışkanlık	84	3,1
Tavsiye	32	1,1
Kuruluşta tanıdık birinin bulunması	53	1,9

* Kolon yüzdesi

** Birden fazla seçenek belirtilebildiği için verilen toplam yanıt sayısı üzerinden yüzde alınmıştır.

Tablo 3. 2005 Yılı İçinde Yapılan Sağlık Başvurularının Dağılımı ve Başvuru Sayı Ortalamaları (Ankara, 2005)

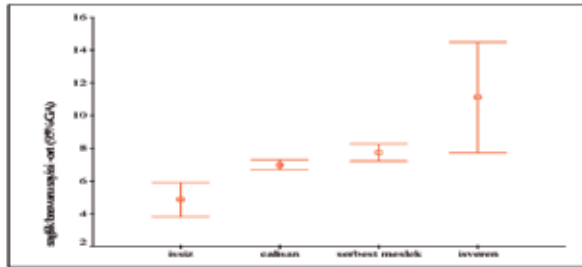
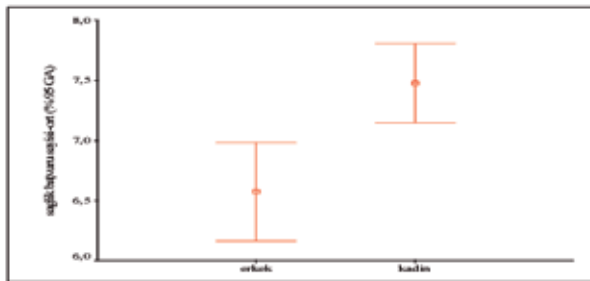
Sağlık Kuruluşu (n = 2086)	Yüzde*	Başvuru Sayısı Ortalama ± SS
Sağlık Ocağı	71,2	4,06 ± 3,24
AÇSAP	32,0	5,45 ± 4,60
Kurum hekimi	3,9	3,01 ± 2,63
Devlet hastanesi	34,8	3,39 ± 4,41
SSK hastanesi	18,3	2,72 ± 2,32
Üniversite hastanesi	15,2	2,75 ± 3,06
Özel hekim	6,9	2,06 ± 1,98
Özel poliklinik	5,7	2,54 ± 2,99
Özel hastane	3,0	2,39 ± 2,36

*Sağlık kuruluşuna başvuru yapan kişi sayısı üzerinden yüzde alınmıştır.

Şekil 1 ve 2'de modelde sağlık kuruluşuna başvuru sayısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkileyen değişkenler arasında yer alan sosyal sınıf ve cinsiyete göre başvuru sıklığının değişimi (ortalama ve %95 güven aralığı olarak) görülmektedir.

Tablo 4. Son Bir Yıl İçindeki Sağlık Başvuru Sayısıyla İlişkili Etmenlerin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (Ankara, 2005)

	Model 1		Model 2	
	β^*	p	β^*	p
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	0,105	0,001	0,108	0,001
Algılanan Sağlık (Çok kötü /Kötü /Ne iyi ne kötü /İyi / Çok iyi)	-0,046	0,063	-0,042	0,103
Kronik hastalık (Var /Yok)	-0,227	0,001	-0,225	0,001
Yaş grubu (18-29/30-39/40-49/50-59/60 ve üzeri)	-0,033	0,218	-0,036	0,209
Hane Halkı Gelir Grubu (1.grup /2.grup/ 3. grup/4. grup/5. grup)			-0,020	0,385
Öğrenim Durumu (Örgün eğitim almamış/ ilk ya da ortaokul mezunu/ Lise ve üzeri eğitim almış)			0,002	0,928
Sağlık Güvence Durumu (Yok/ Var)			0,034	0,115
Hane Halkı Reisinin Sosyal Sınıfı (İşsiz /Çalışan /Serbest meslek /işveren)			0,112	0,001
		0,001		0,001

*: standardize β **Şekil 1.** Sosyal Sınıflara Göre Sağlık Başvuru Sayısı Ortalama ve % 95 Güven Aralıklarının Dağılımı (Ankara, 2005)**Şekil 2.** Cinsiyete Göre Sağlık Başvuru Sayısı Ortalama ve % 95 Güven Aralıklarının Dağılımı (Ankara, 2005)

Kendisi ya da aile bireylerinden birisi için araştırma enasındaki sağlık başvurusundan daha önce herhangi bir koruyucu sağlık hizmeti almış olan kişilerden bu hizmeti birinci basamak sağlık kuruluşundan alanların yüzdesi, bebek/çocuk takibi için %79,3, aşılama için %86,7, gebe ya da lohusa takibi için %64,5, aile planlaması hizmeti için %80,2'dir

Koruyucu sağlık hizmetleri, bebek/çocuk takibi, aşılama, gebe/lohusa takibi, aile planlaması olarak gruplandırılıp bu hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarından almayı etkileyen faktörler lojistik regresyon analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Tablo 5'te bazı koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarından almayı etkileyen etmenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları görülmektedir. Tablo 5'te görüldüğü gibi lise ve üzeri eğitim düzeyinde aşılama, gebe/lohusa takibi, aile planlaması için birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alma olasılığı azalmaktadır. Gelir düzeyi arttıkça tüm koruyucu sağlık hizmeti gruplarında (bebek/çocuk takibi ve gebe/lohusa takibi için tüm gelir gruplarında aşılama için iki gelir grubunda, aile planlaması için üç gelir grubunda) birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alma azalmaktadır. Sağlık güvencesi bulunma durumu ve sosyal sınıf için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'ya (1961) göre sağlık ocakları birinci basamak sağlık kuruluşlarını oluşturmakta ve ülkenin sağlık hizmeti yükünün önemli bir bölümünü karşılamaktadır. Pratikte sevk sistemi işlemediği için, kişiler doğrudan sağlık ocağı dışındaki sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesinden sağlık ocakları sorumlu olduğu halde aile planlaması, gebe takibi, bebek/çocuk takibi, aşılama gibi hizmetler için, temel amaçları arasında yer almamasına karşın, bu hizmetleri veren ikinci-üçüncü basamak hastanelere ya da özel sağlık kuruluşlarına da başvuru yapılabilmektedir. Bu durum sağlık ocağına başvuranların özelliklerini açığa çıkaracak bir projeksiyona ihtiyaç yaratmaktadır.

Sağlık ocağına başvuranların %67,5'ini kadınların oluşturması; gebe takibi dışındaki çocuk takibi, aşılama, aile planlaması gibi diğer koruyucu sağlık hizmetlerini de ağırlıklı olarak kadınlar tarafından kullanılmasının bir sonucu olabilir. Diğer yandan sağlık ocaklarının toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak dezavantajlı bir hale gelen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini sağlayarak önemli bir işlevi yerine getirdiği söylenebilir.

Tablo 5. Bazı Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarından Almayı Etkileyen Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi (Ankara, 2005)

	Koruyucu Sağlık Hizmeti							
	Bebek/Çocuk Takibi		Aşılama		Gebe/Lohusa Takibi		Aile Planlaması	
	OR	%95GA	OR	%95GA	OR	%95GA	OR	%95GA
Öğrenim Durumu								
Örgün eğitim almamış	1,00		1,00		1,00		1,00	
İlk /ortaokul mezunu	0,80	0,39-1,62	0,56	0,24-1,34	0,93	0,52-1,70	0,52	0,18-1,50
Lise ve üzeri eğitim	0,49	0,24-1,01	0,37	0,15-0,89	0,49	0,27-0,89	0,26	0,09-0,75
Sağlık Güvence Durumu								
Yok	1,00		1,00		1,00		1,00	
Var	0,48	0,18-1,30	0,68	0,25-1,85	0,52	0,24-1,09	0,64	0,24-1,72
Hane Halkı Gelir Grubu								
1. grup	1,00		1,00		1,00		1,00	
2. grup	0,45	0,27-0,74	0,76	0,45-1,29	0,35	0,23-0,52	0,70	0,41-1,21
3. grup	0,28	0,16-0,49	0,47	0,26-0,84	0,19	0,12-0,30	0,43	0,23-0,79
4. grup	0,23	0,11-0,46	0,45	0,20-1,01	0,14	0,08-0,28	0,32	0,15-0,70
5. grup	0,06	0,03-0,13	0,11	0,05-0,22	0,09	0,04-0,20	0,13	0,06-0,30
Hane Halkı Reisinin Sosyal Sınıfı								
İşsiz	1,00		1,00		1,00		1,00	
Ücretli Çalışan	1,17	0,32-4,34	0,90	0,20-4,01	0,84	0,25-2,76	0,37	0,05-2,93
Serbest meslek	1,59	0,42-6,02	1,01	0,22-4,70	1,03	0,31-3,43	0,47	0,06-3,83
İşveren	1,54	0,29-8,06	0,74	0,12-4,34	0,87	0,19-3,69	0,82	0,07-9,53
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvuru- lan sağlık kuruluşu için ilk sırada birinci basamak sağlık kuruluşlarının yer alması (sağlık ocağı, AÇSAP Merkezi, kurum hekimi) çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda gerçekleştirilmesinin sonucu olarak ortaya çıkmış olabilir. İncelenenlerde son bir yılda başvuru yapanların yüzdesi ve başvuru sayısı ortalaması en yüksek olan kuruluşun sağlık ocağı olması da aynı durumun bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Türkiye’de toplum temelli olarak yaşlı nüfusta yapılan iki ayrı çalışmada ilk başvuru kurumu sağlık ocağı olarak bulunmuştur (21, 22). 15-49 yaş grubu kadınlar- da yapılan bir çalışmada ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağı, başka bir çalışmada ise kamu hastaneleri bulun- muştur (19, 20). Bütün ülke nüfusunu kapsayan diğer iki araştırmada ise kamu hastaneleri ilk başvuru sağlık kuruluşu olarak bulunmuştur (23, 24). Sonuçlar birinci basamak sağlık kuruluşlarının yaşlılar, kadınlar gibi özel- lik gösteren toplumsal grupların ilk başvuru yeri olma özelliği taşıdığını düşündürmektedir.

Sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru sağlık kuruluşunun tercih edilme nedenleri içinde ilk sırada yaşanılan yere yakın olma özelliğinin bulunması, özel- likle birinci basamak kuruluşları için hizmetin ulaşıl-abilir olmasında mesafenin önemini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin %87,6’sının oturdukları ko- nutun sağlık kuruluşuna uzaklığını “yakın” ya da “çok

yakın” olarak değerlendirmesi de bu sonucu destekler niteliktedir. Ankara’da yapılan bir araştırmaya göre, sağ-lık ocağını tercih nedenlerinin başında sağlık ocağının ücretsiz olması ve sağlık ocağının evlerine yakın olması yer almaktadır (21).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar birinci basamak sağlık hizmetine uzaklığın sağlık hizmeti kullanmayı belirleyen temel etmenlerden birisi olduğunu ortaya koy- maktadır (26-29). Kırsal bölgede yaşayanların ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılmasında eşitsizliğe maruz kaldıkları ifade edilmektedir (30). Diğer yandan coğrafi ulaşılabilirlik bakımından dezavantajlı olanlar ve kırsal bölgelerde yaşayanlarda genel pratisyen başvuru- sunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir (31-34).

Araştırma kapsamındaki sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri içinde ilk sırada poliklinik hizmeti / tedavi al- manın olması ve bunu reçete tekrarının izlemesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının koruyucu sağlık hizmet-leriyle ilgili asli amaçlarından uzaklaşarak tedavi edici ağırlıklı sağlık kuruluşlarına dönüştüğü yorumuna yol açabilir.

Bağlı buldukları sağlık kuruluşları tarafından evle- rinde ziyaret edildiklerini belirtenlerin yüzdesi son bir yıl içinde üçte birden dörtte bire düşmüştür. Türkiye’de 2003’te yapılan bir çalışmada ise son bir yılda evlerine ziyaret yapıldığını belirtenlerin yüzdesi %51,8 bulun- muştur (20). Bu sonuç birinci basamak sağlık kuruluşu-

nun sadece kendine başvuruda bulunanların değil, kendisine bağlı olan bölgede oturan herkesin sağlığından sorumlu olması ilkesinin zamanla pratik karşılığını yitirdiği kanısını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan kişilere birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri sorulduğunda en sık verilen yanıtın poliklinik hizmetleri (%96,3) olması, katılımcıların ancak yarıya yakınının (%51,2) aile planlaması hizmetlerinin sunulduğunu belirtmesi hizmet kullanıcılarının algısında da birinci basamak kuruluşlarının tedavi polikliniklerine dönüştüğünü ortaya çıkarmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetini daha önce birinci basamak sağlık kuruluşundan alanların yüzdesi %64,5 (gebe ya da lohusa takibi) ile %86,7 (aşılama) arasında değişmektedir. Türkiye’de kadınlar arasında yapılan çalışmalarda koruyucu sağlık hizmetleri içinde sağlık ocağında sunulduğu en sık belirtilen hizmet olarak aşılama bulunmuştur (19, 20). Araştırma sonuçlarımıza göre gerek birinci basamakta sunulduğu belirtilen koruyucu sağlık hizmetleri içinde, gerekse daha önce birinci basamakta alındığı belirtilen koruyucu sağlık hizmetleri içinde ilk sırada aşılamanın yer alması, aşılamının diğer birinci basamak hizmetleri içinde öne çıktığını göstermektedir.

Sağlık kuruluşuna yıllık başvuru sayısı kadınlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha fazladır. Modele sosyoekonomik değişkenler eklendiğinde sosyal sınıfın başvuru sayısı ile ilişkili bulunması sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin sınıf temelli ayrımlar ile oluştuğunu göstermektedir.

Sosyal sınıfların sağlık kuruluşuna yıllık başvuru sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında da işsizler/ ücretli çalışanlar/serbest meslek sahipleri/işverenler şeklinde bir diziliş ortaya çıkmaktadır. Ayrışmanın en alt ucunda yer alan işsizler dikkati çekmektedir. Araştırmaya katılan kişiler içinde işsizlerin yüzdesi %3,2 olmasına karşın, Türkiye genelinde işsizlik yüzdesi %10,9’dur ve Türkiye uzun süredir %10’lar civarında seyreden bir işsizlik yüzdesiyle karşı karşıyadır (35). Bu durum işini kaybedince sağlığını kaybetme riskine açık hale gelen büyük bir nüfusla karşı karşıya olunduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye’de yapılan farklı araştırmalarda kentsel yerleşim, kronik hastalık varlığı, sağlık güvencesi, gelir durumu, meslek sağlık hizmeti kullanmayı belirleyen değişkenler olarak ortaya çıkmaktadır (18, 20, 22, 23). Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında sınıfsal farklılaşmayla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, kamu hastanelerinin kalifiye olmayan çalışanlar ve mavi yakalılar tarafından, üniversite hastanelerinin beyaz yakalılar ve yüksek kalifiye çalışanlar tarafından, özel sağlık kuruluşlarının ise işverenler tarafından daha sık kullanıldığı saptanmıştır (25).

Sağlık hizmeti kullanma ile ilişkili değişkenler üze-

rine gerek gelişmiş ülkelerde, gerekse gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda, düşük sosyoekonomik grupların daha dezavantajlı olduklarını gösteren bulgular mevcuttur: Kanada’da düşük gelir ve eğitim gruplarında, İsveç’te kadınlarda, İsveç kökenli olmayanlarda düşük eğitim düzeyi olanlarda; sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu bulunmuştur. İngiltere’de gelir, etnik köken, iş durumu ve eğitim sağlık hizmeti kullanılmasıyla ilgili eşitsizlikleri belirleyen değişkenler olarak bulunmuştur (4, 5, 12). Hollanda’da ise düşük eğitim gruplarında sağlık hizmeti kullanımının daha yüksek olduğu belirtilmekte ve aynı zamanda komorbiditenin yüksek olması ile ilişkilendirilmektedir (10).

Brezilya’da ileri yaş grubunda olan, kadın olan, sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren kişiler arasında ve düşük gelir gruplarında sağlık hizmeti kullanılması düşük bulunmuşken; Yeni Zelanda’da yaş, cinsiyet, etnik yapı, yerleşim yeri ve sağlık kartı sahibi olma; Meksika’da gelir, bölge, iş statüsü, sosyal güvence ve finansal düzey sağlık hizmeti kullanımını etkilediği bulunmuştur (6, 14, 15).

Sağlık sistemlerinde köklü değişiklikler yaşamış olan ve sağlık harcamalarında cepten yapılan ödeme paylarının yükseldiği eski Sovyet Cumhuriyetlerinde (Ermenistan, Belarus, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Moldova, Rusya, Ukrayna) ileri yaş ve düşük eğitim gruplarında, düşük hane halkı gelir gruplarında sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu bulunmuştur (7).

Bu çalışmada lojistik regresyon analizi sonucu öğrenim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi yükseldikçe koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamaktan alanların azaldığı görülmektedir. Bir çok araştırmada düşük gelir gruplarının genel pratisyenleri, yüksek gelir gruplarının ise uzmanları daha sık kullandığı belirtilmektedir (8,9,11-13,16,17). Etnik azınlıkların, vasıfsız işçilerin ve işsizlerin daha çok genel pratisyenlere başvurduğunu, eğitim düzeyi arttıkça uzman kullanımının arttığını belirten araştırmalar vardır (12, 36-39). Avrupa Birliği ülkelerini ve OECD ülkelerini inceleyen iki çalışmada ise genel pratisyen başvurusu için gelir grupları arasında eşitsizlik olmadığı fakat yüksek gelir gruplarının daha çok uzmana başvurduğu belirtilmektedir (40,41).

Araştırma sonuçlarına benzer biçimde koruyucu sağlık hizmetleri için de zenginler lehine bir eşitsizlik bulunduğu işaret eden bir çalışmaya göre, genel pratisyen düzeyinde koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizlik diğer sağlık hizmetlerine göre daha yüksektir (13).

Araştırma sonuçları Türkiye’de planlanan sağlık reformları öncesi sağlık hizmeti eşitsizlikleri ile ilgili son duruma ışık tutmaktadır. Sağlık reformu yaşayan ülke-

lerdeki kimi deneyimler, reformların sağlık hizmeti eşitsizlikleriyle ilişkisini açıklamaktadır: Planlama ekonomisinden pazar ekonomisine geçen Çin'de, gelir grupları arasındaki sağlık hizmeti kullanımında farklılıkları arttığı belirtilmektedir (42). Geçirdiği sağlık reformları sonrası cepten sağlık harcamaları artan Gürcistan'da reform sonuçlarının yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engellediği belirtilmektedir (43). Finlandiya'da sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliklerin zaman içinde varlığını koruduğunu ve bu durumun sağlık sisteminin desantraliz edilmesinin sonucu olabileceği belirtilmektedir (44). Yeni Zelanda'da; gelir grupları arasındaki genel pratisyen başvuru farklılığının azalan hükümet sübvansiyonlarının vizite ücretlerinden kaynaklanan engelleri karşılayamasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (45).

Türkiye'de çok sayıda pratisyen hekim, hemşire/ebe ve diğer yardımcı sağlık personelinin görev yaptığı sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Planlanan reformda ise, aile hekimi olarak adlandırılacak, bir hekimin bir hemşire ile birlikte görev yapacağı ve sınırlı düzeyde koruyucu sağlık hizmeti sunacak birimlerin birinci basamak sağlık hizmeti vermesi düşünülmektedir. Bu değişiklik mevcut durumda bile ikinci plana atılmış gözükten koruyucu sağlık hizmetlerinin tümüyle işlevsizleşmesi riskini doğurabilir. Bu risk en çok koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarından alan düşük gelir grupları ve sosyal sınıflar için tehlike oluşturabilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında makro değişimler planlayan Türkiye'de, hizmet eşitsizliklerinin mevcut durumu ve reformların eşitsizlikler üzerine olası etkileri dikkate alınmalıdır.

► KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/index.htm>, 5.6.2006.
2. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/2004KİTAP%20İÇİNDEKİLER.xls>, 5.6.2006.
3. Whitehead M. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği, 2001 s10-14
4. Dunlop S, Coyote PC, Isaac W. Socio-economic status and utilization of physicians services: results from the Canadian National Population Health Survey. Soc Sci Med 2000;51:123-33.
5. Westin M, Ahs A, Person KB, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? Health Policy 2004;68:333-44.
6. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: A population based study. Rev Saude Publica 2003;37(3):372-78.
7. Balabanova D, Mc Kee M, Pomerlau J, Rose R, Haerfer C. Health service utilization in the Former Soviet Union: Evidence from eight countries. Health Serv Res 2004;39:1927-50.
8. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality findings from an international health policy survey. Health Policy 2000;51(2):67-85.
9. Van Doorslaer E, Wargstaff A, Van Der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J Health Econ 2000;19(5):553-83.
10. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? Eur J Public Health 2004 Sep;14(3):311-3.
11. Van der Heyden JH, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. Health Policy 2003 Aug;65(2):153-65.
12. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England an empirical investigation. Soc Sci Med 2005 Mar;60(6):1251-66.
13. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. J Epidemiol Community Health 2002;56:510-16.
14. Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmond C. Utilization rates in capitated primary care centres serving low income populations. N Z Med J 2000 Oct 27;113(1120):436-8.
15. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decision-making process of health care utilization in Mexico. Health Policy 2005 Apr;72(1):81-91.
16. Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? J Epidemiol Community Health 2003 Jun;57(6):424-8.
17. Inge MB, Joost BW, Van Der Meer, Johannes Van Den Bos, Johan P. Mackenbach socioeconomic differences in general practitioner and outpatient specialist care in the Netherlands: A matter of health insurance? Soc Sci Med. 1997;44(8):1161-8.
18. Şahin M, Eğri M. Malatya İli Yeşilyurt İlçesi'nde halkın 1. basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörler. Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 1998,132(4):300-9.
19. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri İli'nde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. Sted 2004;13(3):106-9.
20. Torcu M, Okyay P, Çıbık A, Yılmaz İ, Varol M, Çakır H, Ünlü O. Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 yaş üzeri kadınların sağlık ocağını kullanma durumları etkileyen faktörler ile memnuniyet düzeyleri. Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 2005; 20(4): 291-7.
21. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, Yılmaz N. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesi'nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti

- kullanımının değerlendirilmesi. *Geriatry* 2003;6(1):22-26.
22. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatry* 2002;5(4):138-43.
 23. Pehlivan E, Genç M, Karaoğlu L, Özer A, Güneş G, Kurçer MA. Malatya'da sağlık hizmetlerinin kullanımı ve hasta memnuniyeti. İnönü Üniv. Tıp Fak. Derg. 2001;8(2):72-8.
 24. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde kayıtlı olan 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2003;56(2):59-66.
 25. Belek İ. Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler, Antalya'da beş yıllık bir araştırma. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan 2004.
 26. Yanagisawa S, Mevy V, Wakai S. Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. *Public Health* 2004;118(1):21-30
 27. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: A cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract.* 2004 Aug(20);5-17.
 28. Fortney JC, Steffick DE, Burgess JF Jr, Maciejewski ML, Petersen LA. Are primary care services a substitute or complement for specialty and inpatient services? *Health Serv Res.* 2005 Oct;40(5 Pt 1):1422-42.
 29. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res.* 2005 Feb;40(1):135-55.
 30. Onwujekwe O, Uzochukwu B. Socio-economic and geographic differentials in costs and payment strategies for primary healthcare services in Southeast Nigeria. *Health Policy* 2005 Mar;71(3):383-97.
 31. Turrell G, Oldenburg BF, Harris E, Jolley D. Utilization of general practitioner services by socio-economic disadvantage and geographic remoteness. *Aust N Z J Public Health* 2004 Apr;28(2):152-8.
 32. Iversen T, Kopperud GS. Regulation versus practice: The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Econ* 2005 Dec;14(12):1231-8.
 33. Chaix B, Boelle PY, Guilbert P, Chauvin P. Area-level determinants of specialty care utilization in France: A multi level analysis. *Public Health* 2005 Feb;119(2):97-104.
 34. Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms: A cross-sectional study of Estonia 1999. *Soc Sci Med* 2005 Feb;60(4):777-87.
 35. Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı İşgücü Araştırması 2006 Mart Dönemi Sonuçları Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni s100. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=298> , 20.6. 2006.
 36. Suominen-Taipale AL, Koskinen SO, Martelin T, Holman J, Johnsen P. Differences in older adults use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health* 2004;14(4):375-80.
 37. Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS, *Soc Sci Med* 1997;45(3):485-96.
 38. Field KS, Briggs DJ. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health Soc Care Community* 2001 Sep;9(5):294-308.
 39. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, van den Heuvel WJ. Socio-economic inequity in health care: a study of services utilization in Curacao. *Soc Sci and Med* 1997;45(2):213-20.
 40. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006 Jan17;174(2):177-83.
 41. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Econ* 2004 Jul 13(7):629-47.
 42. Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Soc Sci Med*1999;49:1349-56.
 43. Gotsadze G, Zoidze A, Vasadze O. Reform strategies in Georgia and their impact on health care provision in rural areas: Evidence from a household survey. *Soc Sci Med* 2005 Feb;60(4):809-21.
 44. Hakinen U. Change in determinants of use of physician services in Finland between 1987 and 1996. *Soc Sci Med* 2002;55:1523-37.
 45. Scott KM, Marwick JC, Crampton PR. Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. *Health Serv Manage Res* 2003 Feb;16(1):45-55.