

## SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE DAVRANIŞSAL MODEL

Dr. Dilek KILIÇ

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
[dbasar@hacettepe.edu.tr](mailto:dbasar@hacettepe.edu.tr)

Doç. Dr. Zafer ÇALIŞKAN

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
[caliskan@hacettepe.edu.tr](mailto:caliskan@hacettepe.edu.tr)

### ÖZET

Bireylerin temel hakkı olarak tanımlanan sağlık hizmetleri kullanımı sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesinde ve sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetleri kullanımını Andersen (1968)'nin geliştirdiği davranışsal model çerçevesinde incelemek ve modele getirilen eleştirileri tartışmaktır. Ayrıca çalışma, modelin yıllar içindeki gelişimini ortaya koymayı ve tartışmayı amaçlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Davranışsal Model, Sağlık Politikası

## UTILIZATION OF HEALTH CARE SERVICES AND THE BEHAVIORAL MODEL

### ABSTRACT

Utilization of health care services, which is defined as a basic human right, plays an important role in the evaluation of the performances of health care systems and in reforming the health sector. The aim of this study is to examine the health care utilization in the context of the behavioral model developed by Andersen (1968) and to discuss the criticisms to the model. Furthermore, this study aims to present and discuss the development of the model over the years.

**Keywords:** Utilization of Health Care Services, Behavioral Model, Health Policy

### 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri kullanımı, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesine katkı yapan en önemli faktörlerden biri olduğu için sağlık ekonomisi literatüründe üzerinde önemle durulan bir konudur. Bireylerin ödeme kapasitesine (*ability to pay*) bakılmaksızın sağlık hizmetlerine erişim

bir hak olarak değerlendirilmesine karşın, özellikle yoksul, kırsal bölgelerde veya küçük şehirlerde yaşayan hanehalklarının ve/veya bireylerin hem nicelik hem de nitelik bakımından toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığını söylemek mümkündür (Andersen and Newman, 1973: 95-96). Bu durum ise sağlık hizmetine ihtiyaç duyan toplumun farklı kesimlerinin sağlık düzeyleri arasında bir farklılığa neden olmakta veya sağlık düzeyleri arasında halihazırda var olan farklılığı derinleştirmektedir.

Diğer yandan sağlık hizmetleri kullanımı, ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesinde ve günümüzde sıklıkla bahsedilen sağlık reformlarının yapılandırılmasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri kullanım davranışının anlaşılmasına yönelik olarak bunu etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlık düzeyi göstergelerindeki farklılıkların nedenlerini belirlemede rol oynamakta ve sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmede kullanılacak politikaların yapımında yol gösterici olmaktadır (Aday, 1993: 46).

Bu çerçevede bu çalışmanın amacı sağlık hizmetleri kullanımını Andersen (1968)'nin geliştirdiği ve literatürde önemli bir yer tutan "davranışsal model" (*behavioral model*) çerçevesinde incelemek ve modele getirilen eleştiriler ile modelin yıllar içindeki gelişimini (evrimini) ortaya koymak ve tartışmaktır. Çalışmanın ilk bölümünde davranışsal modelin ana temasını oluşturan faktörler incelenmekte ve sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet kavramı model çerçevesinde tartışılmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, birinci bölümde ortaya konulan davranışsal modelin eksiklikleri ile modele yapılan eleştiriler ve modelin yıllar içindeki değişimi ele alınmaktadır.

## 2. DAVRANIŞSAL MODEL, ÖZELLİKLERİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Andersen (1968), sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin davranışsal model adıyla teorik bir çerçeve geliştirmiş ve bu model sağlık hizmeti kullanımına ilişkin yapılan birçok ampirik çalışmanın teorik temelini oluşturarak literatürde sıklıkla kullanılmıştır (örneğin bkz. Diehr and Evashwick, 1984; Cunningham and Correlius, 1995; Field and Briggs, 2001; Hargreves and Hadley, 2003; Hoerstar et al., 2010; Witt et al., 2011). Andersen (1968)'nin çalışmasının temelinde sosyo-ekonomik düzeyden ve ödeme kapasitelerinden bağımsız olarak sağlık bakımının bütün bireylerin temel hakkı olduğu görüşü bulunmaktadır. Geliştirilen davranışsal modele göre sağlık hizmetleri kullanımı, kullanım konusundaki eğilimlerin (*predisposing*), kullanımı kolaylaştırıcı faktörlerin (*enabling factors*) ve

sağlık bakımı ihtiyacının (*health care need*) bir fonksiyonudur (Andersen, 1968: 14; Andersen and Aday, 1978: 534).

Eğilim faktörlerinin temelinde bazı bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olması bulunmaktadır. Bu bağlamda demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar), sosyal yapı veya bireyin toplum içindeki yeri (eğitim, etnik köken, mesleki statü), sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, davranış ve inanışlar eğilim faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Bu faktörlerin özelliği, sağlık hizmetleri kullanımını doğrudan etkilememekle birlikte, dolaylı olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya olan eğilimi teşvik etmeleridir (Andersen and Newman, 1973: 109). Bu çerçevede demografik faktörler açısından bakıldığında, farklı yaş grubundaki bireylerin farklı hastalık türlerine sahip olma durumlarının farklı miktarlarda, sıklıkta ve sürelerde sağlık hizmeti kullanacağını söylemek mümkündür. Genel olarak bakıldığında bütün toplumlarda yetişkin ve ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmeti kullanımının (iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser vb. hastalıkların artan görülme sıklığı nedeniyle) arttığı bilinmektedir. Diğer bütün koşullar eşitken, yeni doğan, yaşlı nüfus ya da 15-44 yaş aralığındaki kadınlar diğer bireylere göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimindedir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 41). Nitekim sağlık hizmeti kullanımında cinsiyet farklılığına ilişkin yapılan çalışmalar da kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarına işaret etmektedir (örneğin bkz. Cleary et al., 1982; Rosenberg and Hanlon, 1996; Bertakis et al., 2000).

Sağlık hizmetleri kullanımındaki cinsiyetler arası farklılığın temel nedeni olarak kadınların üreme biyolojileri ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları gösterilmektedir. Ayrıca kadınlar arasında erkeklere göre hastalık oranlarının daha yüksek olması ve sağlık ile ilgili algı, tutum ve davranışlardaki farklılıklar da bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir (Bertakis et al., 2000: 147). Bir başka çalışmada ise kadınların erkeklere göre zaman konusunda daha fazla esnekliğe sahip olmalarının daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ile sonuçlandığı vurgulanmaktadır. (Cleary et al., 1982: 106). Bu bağlamda eğilim faktörleri arasında demografik değişkenlerden özellikle yaş ve cinsiyete bağlı olan biyolojik zorunluluklar (*imperatives*) bu grup içinde yer alan diğer faktörlerden belirgin bir biçimde ayrılmaktadır (Hulka and Wheat 1985: 446-447).

Bireyin toplum içindeki yerine ilişkin faktörlere bakıldığında yaşam tarzı, fiziksel ve/veya sosyal çevresi ile ilişkilendirildiğinde özellikle eğitim düzeyi ve mesleki konum sağlık hizmetleri kullanım düzeyini önemli derecede etkilemektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin içinde yaşadığı fiziksel çevrenin sağlıklı olup olmadığı konusundaki değerlendirme,

sağlık sorunlarının farkına varma ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerini kullanma konusundaki tutum ve davranışları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir (Andersen, 1995: 2). Mesleki konum ise bireyin sosyal çevresiyle ilişkilidir ve bu çevreyle etkileşimi sonucunda bireyin kullandığı sağlık hizmeti düzeyi değişiklik gösterebilmektedir. Nitekim Field ve Briggs (2001: 300) çalışmalarında işsiz bireylerin çalışan bireylere göre ve çalışan bireyler arasında da beyaz yakalı işçiler ile öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti kullandığı sonucuna ulaşmıştır. Eğilim faktörleri içinde yer alan son değişken grubu ise sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalıklara ilişkin tutum, davranış ve bilgilerdir (Andersen and Aday, 1978: 534). Örneğin, bir tedavinin iyileşmede etkili olacağına inanan bireyler daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya meyillidirler (Andersen and Newman, 1973: 109).

Her ne kadar sağlık hizmetleri kullanımına eğilimli olmak kullanım kararının temelini oluştursa da, kullanımın gerçekleşebilmesi için bazı koşulların mevcut olması gerekmektedir. Bu çerçevede, Andersen (1968)'nin davranışsal modelinde kolaylaştırıcı faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Bireylere sağlık hizmeti kaynaklarını daha ulaşılabilir yapan bu faktörler, hanehalkı düzeyinde ve toplum düzeyinde olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Ancak şunu belirtmek gerekmektedir ki modelin ilk aşamasında sadece hanehalkı düzeyinde kolaylaştırıcı faktörler mevcut iken, toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler Andersen ve Newman (1973) tarafından modele daha sonra eklenmiştir. Bu bağlamda, hanehalkı geliri, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli ve yeterli bir gelir kaynağına sahip olma, bu kaynağa erişim durumu hanehalkı düzeyinde kolaylaştırıcı faktörlere örnek olarak gösterilebilir. Diğer taraftan, sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, bir ülkenin bölgelerinin gelişmişlik düzeyi arasındaki farklılıklar ile kırsal/kent özellikleri toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler olarak değerlendirilmektedir. (Andersen, 1968: 16-17; Andersen and Newman, 1973: 109-110).

Sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı sağlık hizmeti talebini, sağlık sorunları ile yüz yüze kalmanın finansal risklerine ve yüküne karşı koruma sağladığı için doğrudan etkilemekte ve bu nedenle kolaylaştırıcı faktörlerin başında gelmektedir. Ancak burada önemli olan nokta, sağlık sigortasının hangi tür sağlık harcamalarına karşı finansal koruma sağladığı ya da bir başka deyişle sağlık sigortasının kapsamıdır. Bununla birlikte, sahip olunan gelir düzeyi ve bu gelir kaynağının süreklilik durumu da (sürekli bir işe sahip olma vb.) sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir rol oynamaktadır.

Ancak bu noktada gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki nedensel ilişki beklenildiği gibi her zaman ve bütün sağlık hizmetleri için pozitif yönde (yani daha yüksek gelir düzeyi nedeni ile daha fazla sağlık hizmeti talep edilmesi gibi) olmayabilir. Özellikle bazı sağlık

hizmeti türlerinde (örneğin acil sağlık hizmetleri) gelir ile sağlık hizmeti kullanımı arasında negatif bir ilişki olması mümkündür. Bu durumun nedeni ise, daha yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylerin daha fazla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti kullanabilmeleri, daha iyi yaşam koşullarına ve daha iyi bir sağlık düzeyine sahip olmaları ve böylece acil sağlık hizmetlerini kullanma olasılıklarının daha düşük olmasıdır (Rosenberg and Hanlon, 1996: 977-978).

Sağlık hizmetleri kullanımının bir diğer önemli boyutunu oluşturan arz yönlü değişkenler de kolaylaştırıcı faktörler arasında bulunmaktadır. Sağlık kurumları, sağlık personeli, ilaç ve tıbbi cihazlar bu faktörler arasında en önemlileri olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının bireylerin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde ulaşılabilir olması önemlidir. Ayrıca bireyler bu hizmetlere erişim için gerekli olan araçlar, bu araçların nasıl elde edileceği ve kullanılacağı konusunda da bilgi sahibi olmalıdırlar. Sağlık kurumu ve personel sayısının yeterli düzeyde olması sağlık hizmetine erişimi ve kullanımını artırmakla birlikte sağlık hizmeti için katlanılan maliyet de kullanımda önemli bir rol oynamaktadır (Andersen, 1995: 3). Bu bağlamda hem toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler hem de sağlık sistemi finansman yapıları açısından bakıldığında cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmeti kullanımında belirleyici bir faktör olduğunu ve cepten harcamaların yüksek düzeylerde olmasının sağlık hizmeti kullanımını olumsuz yönde etkilediğini söylemek mümkündür. Ülkelerin sağlık sistemi finansman mekanizmalarında ek kaynak yaratmak için cepten harcamalar oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Özgen, 2007: 202). Ancak finansman aracı olarak kullanılan cepten harcama mekanizması diğer yandan özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde hanehalklarının yoksullaşmasına neden olabilmekte veya zaten yoksul olan hanehalklarının yoksulluğunu derinleştirebilmektedir (WHO, 2000; Wagstaff and Van Doorslaer, 2003: 921-922). Belki de daha önemlisi cepten yapılan sağlık harcamalarının finansal yükünden ötürü bireylerin ihtiyacı olduğu halde sağlık hizmeti kullanmayı ertelemesidir (Pradhan and Prescott, 2002: 437; Xu et al., 2003: 116). Örneğin Türkiye için yaptıkları çalışmalarında Kısa et al. (2009), yoksul hanehalklarının sağlık hizmeti kullanımlarını erteleme durumlarını incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre yoksul hanehalklarının %63,3'ü ödeme güçlüğü öngörüsüyle sağlık hizmeti kullanmadığını ve %17,4'ü sağlık hizmeti kullanma girişiminde önemli derecede ödeme güçlüğü ile karşılaştığını belirtmiştir. Genel olarak çalışmada, her üç yoksul hanehalkından ikisinin ödeme güçlüğü nedeniyle ihtiyacı olduğu halde sağlık hizmeti kullanmadığı veya kullanımlarını erteledikleri belirtilmektedir. Bu bağlamda cepten yapılan harcamaların, sağlık hizmeti kullanım davranışının açıklanmasında önemli bir değişken olduğunu söylemek mümkündür.

Kolaylaştırıcı faktörler arasında yer alan bölgeler ile kırsal/kent farklılıkları da sağlık hizmetleri kullanımını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık personeli ve sağlık kurumları veya daha genel bir ifadeyle sağlık hizmeti sağlayıcıları, birçok ülkede gelişmiş bölgeler, kentsel alanlar ile büyük şehirler lehine bir dağılım göstermektedir. Ayrıca özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sağlık kurumlarının ve personelin nüfusa oranı bakımından da bölgeler arasında ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu nedenle, özellikle son yıllarda literatürde sağlık hizmeti kullanımının coğrafi dağılımı ilgi çeken konulardan biri haline gelmiştir. Örneğin Field ve Briggs (2001: 301-303) çalışmalarında, sağlık hizmeti sağlayıcılarına olan uzaklık, ulaşım için harcanan zaman ve maliyet arttıkça sağlık hizmetlerinin daha az kullanıldığını vurgulamaktadır.

Davranışsal modele göre, sağlık hizmetleri kullanımı, eğilim faktörleri ile kolaylaştırıcı faktörlerin yanı sıra sağlık bakımı ihtiyacının da bir fonksiyonudur. Modelde ihtiyaç hastalığa işaret etmekte ve ihtiyaç (ya da hastalık, sağlık düzeyi) aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımının doğrudan nedeni olarak gösterilmektedir (Aday et al., 2004: 252-255). İhtiyaç, algılanan (*perceived*) ve değerlendirilen (*evaluated*) olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Algılanan ihtiyaç, bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirme sonucuna göre (belli bir zaman dilimi için sağlığını çok iyi, iyi, orta veya zayıf olarak nitelendirmesi), bireyin yaşadığı iş göremez veya engelli gün sayısına göre (bireyin rutin günlük faaliyetlerini yapamaz olduğu gün sayısı) veya belli bir zaman diliminde bireyin algıladığı hastalık belirtilerine göre ölçülmektedir. Değerlendirilen ihtiyaç ise hekim tarafından bireyin yaşamakta olduğu sağlık problemi ve bu problemin ciddiyetinin klinik bulgulara göre ele alınmasıdır (Andersen and Newman, 1973: 110-111; Andersen, 1995: 3). Bu çerçevede, davranışsal modelin ihtiyaç basamağında bir yandan bireylerin genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri, hastalıkların belirtilerini nasıl yaşadıkları, sağlık problemlerine gereken önemi verip vermedikleri ve bu konuda profesyonel yardım arama durumları ile diğer yandan sağlık personeli tarafından yapılan değerlendirmeler yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişim ise, model çerçevesinde potansiyel erişim (*potential access*) ve farkına varılmış erişim (*realized access*) olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Andersen, 1995: 4). Buna göre potansiyel erişim yukarıda bahsedilen kolaylaştırıcı faktörlerin bulunduğu durumu ifade etmektedir. Daha yüksek miktarda kolaylaştırıcı faktörün varlığı bireylerin sağlık hizmeti kullanma olasılığını artırmaktadır. Farkına varılmış kullanım ise, sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşmesidir ve bu çerçevede farkına varılmış kullanım göstergeleri doktor, hastane ve diğer sağlık hizmetlerinden faydalanmaya işaret etmektedir (Andersen and Davidson, 2007: 7-9).

Sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin davranışsal modelin üç ana ayağını oluşturan eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ile ihtiyacın kullanımın gerçekleşmesindeki göreceli önemlilik ya da baskınlık dereceleri, sağlık hizmetleri kullanımının eşit ve hakkaniyetli dağılımı ile yakından ilişkilidir. Bu noktada sağlıkta eşitlik (*equality*) ile hakkaniyet (*equity*) kavramlarının farklı anlamlar taşıdığı belirtilmektedir. 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: 182; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 148). Bir başka deyişle, hakkaniyetin sağlanabilmesi için toplumun avantajlı ve dezavantajlı grupları arasında sağlık bakımından var olan farklılıklar giderilmelidir (Braveman, 2003: 182).

Buna göre, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet özellikle ihtiyaç faktörünün sağlık hizmeti kullanımının ana nedeni olduğu durumda belirginleşmektedir (Andersen, 1995: 4-5; Aday et al., 2004). Diğer bir deyişle, bir sağlık sisteminin sağlık hizmetlerinin kullanımı bakımından hakkaniyetli olması ihtiyaç temelinde 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 and Davidson, 2007: 12-13). 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 bulunduğu için ihtiyaç faktörünün yanı sıra demografik özellikler de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetin sağlanması için önemli ve dikkate alınması gereken bir diğer faktördür (Andersen and Newman, 1973: 115).

Bu bağlamda tersinden bakıldığında, sağlık hizmetleri kullanımında sosyal yapının (bireylerin eğitim, etnik köken veya mesleki statülerinin), sağlık hizmetlerine karşı tutum, davranış ve inançların, bireylerin gelirinin, sağlık sigortasının veya sağlık hizmetleri kullanımı nedeniyle katlanılan maliyetin (kolaylaştırıcı faktörler) daha baskın bir rol oynaması dağılımın veya kullanımın hakkaniyetli olmaması anlamına gelmektedir. Hakkaniyetten uzak bir yapının varlığı kaçınılmaz olarak sağlık bakımının hiçbir koşul gözetmeksizin öncelikli olarak ihtiyaç düzeyine göre dağılması ilkesine ters düşmesidir (Andersen, 1995: 4-5). Ancak diğer yandan Andersen (1995: 5)'a göre hakkaniyetli veya adil kullanım tanımı hangi tür sağlık hizmeti kullanıldığına bağlı olarak da farklılık gösterebilmektedir. Örneğin anne ve çocuk sağlığı hizmetleri kullanımında gelir önemli bir

faktör ise hakkaniyetli bir kullanımdan bahsedilemez. Ancak kozmetik bir kaygının söz konusu olduğu bir sağlık hizmeti kullanımında gelirin önemli bir yer tutmasını görelî olarak hakkaniyetsiz bir kullanım olarak değerlendirmek de güçtür.

Davranışsal modelin vurgu yaptığı önemli noktalardan biri de hangi tür sağlık hizmetinin kullanıldığına bağlı olarak kolaylaştırıcı, eğilim ve ihtiyaç faktörlerinin sağlık hizmetleri kullanım davranışının açıklanmasında farklı rollere sahip olmasıdır (Phillips et al., 1998: 577). Örneğin yataklı tedavi hizmetleri (*inpatient care*) veya hastane hizmetleri (*hospital services*) ciddi sağlık problemlerinin varlığında kullanılmaktadır ve bu nedenle bu hizmetlerin kullanımında esas olarak ihtiyaç ve demografik faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Diğer yandan, dış bakımı ile ilgili hizmetler (*dental services*) görelî olarak daha çok isteğe bağlı (*discretionary*) olduğu için bu hizmetlerin kullanımında daha çok sosyo-ekonomik durum, sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlar ile kolaylaştırıcı faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Ancak ayakta tedavi hizmetlerinin kullanımına (*ambulatory services*) yataklı tedaviye göre daha hafif ve dış bakımı hizmetlerine göre daha ciddi sağlık problemlerinde başvurulduğu için ve bu hizmetler diğer sağlık hizmetlerine kıyasla daha sık kullanıldığı için, ayakta tedavi hizmetlerinin kullanımında davranışsal modelin bütün bileşenleri devreye girmektedir (Andersen, 1995: 3-4).

Davranışsal modelin hakkaniyetli sağlık hizmetleri kullanımı ve politika yapımında önemli olduğu için öne sürdüğü kavramlardan biri modelin bileşenlerinin “değiştirilebilirlik” (*mutability*) dereceleridir (Andersen and Newman, 1973). Toplumun özellikle dezavantajlı kesimleri arasında sağlık hizmetleri kullanım düzeyini artırabilmek için kısa dönemde değiştirilip, dönüştürülebilecek faktörler davranışsal modelde “değiştirilebilir” (*mutable*) faktörler olarak adlandırılmaktadır (Aday and Andersen, 1974: 215-216). Bu çerçevede demografik yapının (cinsiyet ve yaş) davranışsal modelin bileşenleri arasında en düşük değiştirilebilirlik düzeyine sahip olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü bu faktörlerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyini artırmak için değiştirilmeleri söz konusu değildir (Hulka and Wheat, 1985: 446-447). Benzer şekilde bireyin toplum içindeki yerini yansıtan sosyal yapı değişkenlerinin (eğitim, mesleki konum gibi) kısa dönemde değiştirilmeleri zordur veya mümkün değildir. Diğer yandan, sağlığa, sağlık hizmetlerine veya sağlık sistemine ilişkin tutum, davranış ve inançların orta derecede değiştirilebilirlik düzeyine sahip olduğu kabul edilmektedir. Buna göre, söz konusu faktörleri orta vadede değiştirmek mümkün olabilmekte ve bu değişim sağlık hizmetleri kullanım düzeyini etkileyebilmektedir. Davranışsal modelin bileşenleri içinde en yüksek değiştirilebilirlik düzeyine sahip olan değişken grubu ise kolaylaştırıcı faktörlerdir. Bu faktörlerden gelir, sağlık sigortasına sahip



olma, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem nicelik hem de nitelik olarak düzeyi, sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler ve kırsal/kent veya bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerine erişim düzeyi konusundaki farklılıkların sağlık hizmetleri kullanım düzeyi ile güçlü bir biçimde ilişkili olduğu ve kısa vadede değiştirilme potansiyeline sahip olduklarını söylemek mümkündür (Andersen, 1995: 5).

Son olarak davranışsal modelin en önemli bileşenlerinden biri olan ihtiyaç ise genellikle değiştirilebilirlik derecesi yüksek bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Daha önce de vurgulandığı gibi ihtiyaç, sağlık hizmetleri kullanımının doğrudan nedeni olarak görülmektedir. Ancak bireylerin algılanan sağlık ihtiyacının, sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olduğunu ve bu nedenle sağlık bilgisini artıracak eğitim programları ile birlikte sağlık hizmetleri kullanım düzeyini artırıp/azaltma konusunda önemli bir rol oynama potansiyeli olduğunu da söylemek mümkündür. Benzer şekilde değerlendirilen sağlık ihtiyacı da sağlık hizmetleri kullanımını etkileyecek şekilde değiştirilebilme potansiyeline sahiptir (Andersen, 1995: 5). Hatta birçok çalışmada değerlendirilen sağlık ihtiyacına bağlı olarak gereksiz hizmet talebi yaratıldığı (*supply induced demand*) ve bu yüzden de sağlık harcamalarının arttığı vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, hem kullanımın ana nedeni olduğu için hem de tanımının kesin çizgilerle yapılması zor olduğu için modelin ihtiyaç bileşeninin değiştirilebilirlik düzeyinin düşük veya yüksek olduğunu tam anlamıyla ortaya koymak mümkün değildir.

Davranışsal modelin önemli vurgularından biri olan bileşenlerin değiştirilebilirlik düzeyi, uygulanacak sağlık politikalarında politika araçlarının belirlenmesinde oldukça etkilidir. Bu yüzden değiştirilebilirlik düzeyi en yüksek olarak değerlendirilen kolaylaştırıcı faktörlerin doğrudan sağlık politikalarında politika enstrümanı olarak kullanılabilmesi mümkündür. Örneğin sağlık hizmeti kullanımıyla pozitif yönde ilişkili ve değiştirilebilirlik düzeyi yüksek olan sağlık sigortasına sahip olma durumu, toplumun özellikle sağlık sigortasına sahip olma bakımından dezavantajlı olan kesimlerini hedef alan genel sağlık sigortası politikalarıyla değiştirilebilir ve böylece sağlık hizmeti kullanım düzeyi artırılabilir. Diğer bir örnek, ülkelerin sağlık sistemi finansman yapısıyla ilişkili olarak, finansmanda kullanılan cepten yapılan harcamaların hizmet kullanımının önünde bir engel teşkil etmeyecek şekilde düzenlenmesi olarak verilebilir. Nüfusun kırsal/kent ve bölgeler arasındaki dağılımının değiştirilebilirlik düzeyi düşüktür. Ancak sağlık hizmetlerine coğrafi olarak erişimi niceliksel ve niteliksel olarak iyileştirmek için sağlık personeli ve kurumlarının bölgeler ve kırsal/kent arasındaki dağılımını yeniden düzenlemek önemli bir politika aracı olarak kullanılabilir.

### 3. DAVRANIŞSAL MODELİN EVRİMİ VE MODELE YAPILAN ELEŞTİRİLER

Yukarıda da bahsedildiği gibi sağlık hizmetleri kullanımı için geliştirilen davranışsal model literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Bununla birlikte model, 1968 yılında Andersen'nın monografında oluşturduğu halinden günümüze, yapılan eleştirilerle birlikte değişmiş ve gelişmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, davranışsal modele yapılan eleştiriler tartışılmakta ve modelin bu çerçevedeki evrimi ele alınmaktadır. Modele yapılan söz konusu eleştirilerin büyük bölümü modelin sağlık hizmetleri kullanımında etkili olduğu düşünülen üç ana bileşenin eksiklikleri üzerine odaklanmıştır. Buna göre, eğilim faktörleri arasında yer alan bireyin toplum içindeki yerine ilişkin faktörlerde, kültürel etkenler ile bireyin sosyal etkileşim içinde bulunduğu çevresiyle (ailesi, arkadaşları vb.) olan ilişkilerinin yer almadığı birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır. (Bass and Noelkar, 1987: 184-186). Benzer şekilde diğer önemli ama ihmal edilen eğilim faktörleri arasında genetik özellikler, kişinin bilişsel yetenekleri ile psikolojik özelliklerin yer aldığı belirtilmektedir (Andersen, 1995: 2-3).

Diğer yandan bazı çalışmalar davranışsal modelin sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetin sağlanmasında önemli bir rolü olan kolaylaştırıcı faktörler grubunda ülkelerin sağlık sistemlerinin organizasyonuna (örgütlenmesine) yeterince vurgu yapılmadığını belirtmektedir (Gilbert et al., 1993: 365-367). Buna göre, toplumun ülkedeki sağlık sisteminin işleyişini anlamasının ve bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmasının, toplumların sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini gösterdiği vurgusuyla sıklıkla kullanılan örneğin kişi başına düşen hekim sayısından çoğu zaman daha önemli olabilmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi davranışsal modelin önemli özelliklerinden biri eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ile ihtiyacın hangi sağlık hizmeti türünün kullanıldığına bağlı olarak farklı ağırlıklara sahip olmasıdır. Ancak Panchansky (1976: 642) bu ilişkilendirmenin sağlık hizmetleri türleri için çok genel bir çerçevede yapıldığını belirtmektedir. Panchansky (1976)'e göre, Andersen'nın çalışmasında yaptığından daha spesifik sağlık hizmeti türleri ve/veya hastalık türleri ile davranışsal modelin bileşenleri ilişkilendirmesi daha önemli ve faydalı bilgiler sağlayabilir. Ancak Andersen (1995: 4) buna karşılık olarak çalışmasında genel anlamda yapılan farklı sağlık hizmeti türlerinin kullanılmasında modelin bileşenlerinin ağırlığının analiz edilmesinin kamu sağlık politikasının belirlenmesinde yol gösterici olduğunu belirtmektedir. Panchansky (1976: 642) ayrıca Andersen (1968)'nin çalışmasında, modelin ana değişkenlerinin özelliklerinin ve hangi noktalarda geliştirilebileceği konusunu yeterince tartışmadığını belirtmektedir.

Eğilim faktörleri ve kolaylaştırıcı faktörlere göre ihtiyaç, davranışsal modelin daha az eleştirilen bileşenidir. Bu çerçevede eleştiri noktası, Andersen'nin modelinin merkezine ihtiyacı koyarak, bu bileşene olması gerekenden daha fazla önem verdiği şeklindedir (Coulton and Frost, 1982). Buna göre, algılanan ihtiyaç düzeyinin merkezde olduğu bir sağlık hizmetleri dağılımını bireylerin sağlık düzeyleri hakkında yanılma olasılıkları nedeniyle tamamen hakkaniyetli olarak nitelendirmek zordur. Bu eleştiriye karşılık Andersen (1995: 3), bu modelde algılanan ihtiyacın sağlık hizmeti kullanma davranışını ve sağlık hizmetlerine yaklaşımın daha iyi anlaşılmasını sağlarken, değerlendirilen ihtiyacın ise bireyin sağlık kurumuna başvurduktan sonra aldığı tedavinin türü ve miktarı konusyla ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Andersen ve Newman (1973: 100) sağlık hizmetleri kullanımında bireysel düzeydeki belirleyicilerin (eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç) yanı sıra bireylerin içinde yaşadığı toplumun ve sağlık hizmetleri sisteminin de önemli bir rolü olduğunu vurgulamaktadır. Buna göre toplumsal düzeydeki faktörler bireysel düzeydeki faktörleri doğrudan etkileyebileceği gibi, sağlık hizmetleri sistemi üzerinden dolaylı olarak da etkilemektedir. Bu çerçevede Andersen ve Newman (1973) çalışmalarında Andersen (1968)'nin geliştirmiş olduğu sağlık hizmetleri kullanımı davranışsal modeline toplumsal düzeyde belirleyicileri (toplumsal normlar, teknoloji vb.) de eklemiştir. Bu çerçevede davranışsal modelin zaman içinde çeşitli eklemeler ve değişiklikler yapılarak geliştirildiğini ve daha kapsamlı hale getirildiğini söylemek mümkündür.

1970'li yıllarda davranışsal modele sağlık sistemi açıkça dâhil edilmiştir (Andersen and Newman, 1973; Aday and Andersen, 1974) ve bu gelişme modelin evriminin ikinci aşaması olarak adlandırılmaktadır. Sağlık sisteminin organizasyonu, kaynakları ve uygulanan sağlık politikaları bu bağlamda sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerdir ve zaman içinde bu faktörlerin etkisiyle sağlık hizmeti kullanım davranışı önemli ölçüde değişebilmektedir. Ayrıca söz konusu ikinci aşamada modele ihtiyaç veya hastalık esnasında kullanılan sağlık hizmeti ile ilgili detaylar-türü, amacı, coğrafi konumu, zaman gibi-eklenmiştir. Son olarak, bu evrede modele sağlık hizmetleri kullanımının bir çıktısı olan güvenilirlik, ulaşılabilirlik, kalite, sağlık hizmeti sağlayıcılarının özellikleri ve finanse edilebilirlik anlamında tüketici memnuniyeti(*consumer satisfaction*), sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bir diğer faktör olarak eklenmiştir (Andersen, 1995: 6-8).

Modelin evriminin üçüncü aşaması ise sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyini-hem algılanan hem de değerlendirilen sağlık düzeyi anlamında-sürdürmede ve geliştirmede önemli olduğu tezini göz önüne almaktadır. Bunun yanı sıra bu aşamada sağlık davranışının (*health*

*behaviour*) (kişisel bakım, doğru ve dengeli beslenme, egzersiz vb.) sağlık hizmetleri kullanımı ile birlikte sağlık düzeyini etkilediği de belirtilmektedir (Evans and Stoddart, 1990; Andersen, 1995). Diğer taraftan, dış çevre (*external environment*) de toplumun özellikleri ve sağlık sisteminin yanı sıra sağlık davranışının ana belirleyenlerinden biri olarak modele eklenmiştir. Sözü geçen dış çevre faktörleri arasında ekonomik gelişmişlik düzeyi, görece refah, şiddet ve stres düzeyi ile toplumsal normlar bulunmaktadır (Phillips et al., 1998: 576). Bu noktada Phillips et al. (1998: 582), çevresel faktörlerin (sağlık sistemi özellikleri, dış çevre ve toplumsal düzeyde kolaylaştırıcı faktörler) ve arz yönlü faktörlerin (sağlık hizmeti sağlayıcılarının özellikleri) davranışsal modelin ampirik uygulamalarının büyük bölümünde bulunmadığını belirtmektedir. Bu durumun nedenleri arasında davranışsal modele yapılan eleştirilerden biri olan ampirik uygulamada modelde yer alan ilişki ve dinamikleri sayısallaştırmada yaşanan zorluklar ve detaylı veri gerektirmesi yer almaktadır (Veeder, 1975: 104-106; Panchansky and Thomas, 1981, 127-130). Bu bağlamda Phillips et al. (1998: 582-587) özellikle çevresel faktörler ile arz yönlü faktörlerin kullanımın gerçekleştiği ortamı oluşturan değişkenler olduğunu ve bu nedenle, veri kısıtı olmadığı sürece ampirik analizlerde kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Örneğin, bazı çalışmalar arz yönlü faktörlerden doktorun özelliklerinin (doktorun cinsiyeti, uzman ya da pratisyen olması gibi) koruyucu sağlık hizmeti kullanım kararı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (Lurie et al., 1993). Ayrıca arz yönlü faktörler ile çevresel faktörler, sağlık politikalarının ve sağlık sistemi yapısının sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini göstermektedir.

Andersen (1968)'nın geliştirmiş olduğu davranışsal modelin evriminin son aşaması ise sağlık hizmeti kullanımının dinamik ve tekrarlanan yapısını ön plana çıkarmaktadır (Andersen, 1995: 7). Bir başka deyişle son aşama, bu aşamaya kadar modele dâhil edilen faktörlerin ve değişken gruplarının arasındaki karşılıklı ilişkileri ve geribildirim döngülerini (*feedback loops*) göstermektedir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki son aşamadan önce çalışmalarında Aday ve Andersen (1974) da olası geribildirim döngülerine vurgu yapmıştır.

Davranışsal modelin son aşaması, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin dolaylı olarak sağlık düzeyi üzerindeki etkisine de dikkat çekmektedir. Geribildirim döngüsü ise sağlık sistemi, dış çevre, eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ile ihtiyaç tarafından belirlenen sağlık çıktısının daha sonra eğilim faktörleri, algılanan ihtiyaç ve sağlık davranışını etkileyeceğini göstermektedir. Bu çerçevede geribildirim döngüleri, değişkenler arasında varsayılan tek yönlü ilişkilerin yanıtıcı olabileceğini ve genellikle ilişkilerin iki yönlü olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Bu bağlamda elde edilen bilgiler, bireyler, sağlık

hizmeti sağlayıcıları, sağlık sistemi ve çevre arasındaki etkileşimleri gösterdiği için politika yapımında büyük öneme sahiptir.

#### 4. SONUÇ

Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen gerek bireysel gerek toplumsal düzeydeki faktörlerin araştırılması sonucu elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerine özellikle erişime ilişkin politikalarının oluşturulmasında, değerlendirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir kaynaktır. Bu çerçevede Andersen (1968)'nin geliştirmiş olduğu davranışsal model, sağlık hizmetleri kullanımı için teorik bir çerçeve çizmekte ve literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Davranışsal modelin temelinde, sağlık hizmetleri kullanımında en büyük role sahip olan faktörlerin ihtiyaç ve demografik özellikler, en az role sahip olan faktörlerin ise kolaylaştırıcı faktörler olmasıyla sağlanan hakkaniyetli kullanım argümanı yer almaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması, amacı sağlık düzeyindeki eşitsizlikleri gidermek olan sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda model, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli kullanımı konusunda yol gösterici bir özelliğe sahiptir. Diğer yandan davranışsal modelin bileşenlerinin kısa veya orta dönemde değiştirilebilirlik dereceleri de politika aracı olarak kullanılabilirlik durumu bakımından önemlidir.

Modelin en güçlü yanlarından biri kolay anlaşılır olması ve ampirik çalışmalarda kullanılacak değişken seçimi konusunda güçlü bir teorik altyapı oluşturmasıdır. Zaman içinde yapılan değişiklikler ve eklemelerle gelişen ve daha kapsamlı hale gelen model, evriminin son aşamasında faktörlerin ve değişken gruplarının arasındaki karşılıklı ilişkileri ve geribildirim döngülerini dikkate alarak dinamik bir boyut kazanmıştır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri kullanımı konusunda yapılacak olan analizlerin, modelin dikkat çektiği çift yönlü ilişkileri dikkate alınması daha güvenilir ve çok yönlü sonuçlara ulaşılması bakımından büyük önem taşımaktadır.

#### KAYNAKLAR

- Aday, L.A. (1993). Indicators and Predictors of Health Services Utilization. **In Williams, S. and Torrens, P. (Ed.), Introduction to Health Services** (p. 46-70), Delmar Publishers Inc., Albany, New York.
- Aday, L.A. and Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R. and Balkrishnan, R. (2004). *Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity*, Health Administration Press, Chicago.
- Andersen, R. (1968). *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Research Series #25, The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago.

*D. Kılıç, Z. Çalışkan / NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2 (2013) 192-206*  
*D.Kılıç, Z.Çalışkan/Nevsehir University Journal of Social Sciences 2(2013) 192-206*

- Andersen, R. (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. and Newman, J.F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 51(1), 95-124.
- Andersen, R.M. and Aday, L.A. (1978). Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential. *Medical Care*, 14(7), 533-546.
- Andersen, R.M. and Davidson, P.L. (2007). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. **In Andersen, R.M., Rice, T.H. and Kominski, G.F. (Ed.)**, Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management (p.3-31), John Wiley & Sons Inc., San Francisco.
- Bass ,D.M. and Noelker, L.S. (1987). The Influence of Family Caregivers on Elders' Use of In-Home Services: An Expanded Conceptual Framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(2), 184-196.
- Bertakis, K.D., Azari, R. and Callahan, E.J. (2000). Gender Differences in the Utilization of Healthcare Services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.
- Braveman, P.A. (2003). Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.
- Cleary, P.D., Mechanic, D. and Greenley, J.R. (1982). Sex Differences in Medical Care Utilization: An Empirical Investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 106-119.
- Coulton, C. and Frost, A.K. (1982). Use of Social and Health Services by the Elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(4), 330-339.
- Cunningham, P.J. and Cornelius, L.J. (1995). Access to Ambulatory Care for American Indians and Alaska Natives: The Relative Importance of Personal and Community Resources. *Social Science and Medicine*, 40(3), 393-407.
- Diehr, P. and Evashwick, C. (1984). Factors Explaining the Use of Health Care Services by the Elderly. *Health Services Research*, 19(3), 357-382.
- Erdem, R. ve Pirinçci, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(1), 39-41.
- Evans, R.G and Stoddart, G.L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*, 31(12), 1347-1363.
- Field, K.S. and Briggs, D.J. (2001). Socio-economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health-care. *Health and Social Care in the Community*, 9(5), 294-308.
- Gilbert, G.H., Laurence, G.B. and Longmate, J. (1993). Dental Care Use by U.S. Veterans Eligible for VA Care. *Social Science and Medicine*, 36(3), 361-370.
- Hargraves, J.L. and Hadley, J. (2003). The Contribution of Insurance Coverage and Community Resources to Reducing Racial/Ethnic Disparities in Access to Care. *Health Services Research*, 38(3), 809-829.
- Hoerster, K.D., Beddawi, S., Peddecord, K.M. and Ayala, G.X. (2010). Healthcare Use among California Farmworkers: Predisposing and Enabling Factors. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 506-512.
- Hulka, B.S. and Wheat, J.R. (1985). Patterns of Utilization: The Patient Perspective. *Medical Care*, 23(5), 438-460.

D. Kılıç, Z. Çalışkan / NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2 (2013) 192-206  
 D.Kılıç, Z.Çalışkan/Nevsehir University Journal of Social Sciences 2(2013) 192-206

- Kısa, A., Yılmaz, F., Younis, M.Z., Kavuncubasi, S., Ersoy, K. and Rivers, P.A. (2009). Delayed Use of Healthcare Services among the Urban Poor in Turkey. *Education, Business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues*, 3(3), 232-240.
- Lurie, N., Slater, J., McGovern, P., Ekstrum, J., Quam, L. and Margolis, K. (1993). Preventive Care for Women: Does the Sex of the Physician Matter? *The New England Journal of Medicine*, 329(7), 478-482.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-218.
- Penchansky, R. (1976). Book Review: Access to Medical Care. *Medical Care*, 14(7), 642.
- Penchansky, R. and Thomas, J.W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Phillips, K.A., Morrison, K.R., Andersen, R. and Aday, L.A. (1998). Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provide-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Services Research*, 33(3), 571-596.
- Pradhan, M. and Prescott, N. (2002). Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. *Health Economics*, 11(5), 431-446.
- Rosenberg, M.W. and Hanlon, N.T. (1996). Access and Utilization: A Continuum of Health Services Environments. *Social Science and Medicine*, 43(6), 975-983.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Veeder, N. (1975). Health Services Utilization Models for Human Services Planning. *Journal of the American Institute of Planners*, 41(2), 101-109.
- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and Impoverishment in Paying for Healthcare: with Applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 12(11), 921-933.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
- Witt, W.P., Keller, A., Gottlieb, C. et al. (2011). Access to Adequate Outpatient Depression Care for Mothers in the USA: A Nationally Representative Population-based Study. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 38(2), 191-204.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. and Murray, C.J. (2003). Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. *Lancet*, 362(9378), 111-117.