

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN KULLANILABİLİRLİĞİ

Sıdıka KAYA*

"Sağlık" temel bir insanlık hakkı olup tüm dünyada sosyal bir amaçtır. Sağlık çevreden, yaşam şekli-nden, insan biyolojisinden ve sağlık hizmetleri sisteminde etkilenir (1).

"Sağlık bakım hakkı" herkesin sağlık hizmetlerini kullanabilmesinin garantilenmesiyle ilgilidir ve bu hak sağlık bakım hizmetleri sisteminin önemli bir normatif amacıdır (2).

Herkesin sağlığını geliştirmek, korumak ve kullanmak için eşit imkânlarla sahip olması gerekir (3). Türkiye'de planlı döneme geçildiğinden beri hazırlanan tüm kalkınma planlarında "halkın sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması" temel sağlık ilkesi olarak yer almaktadır. (4-9). Bu ilkenin gerçekleşmesi ve sağlık bakım hizmetleri sisteminin toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, sağlık hizmetlerinin herkes tarafından "kullanılabilir" olması gerekir.

"Kullanılabilirlik" sağlık bakım politikasının önemli bir konusu ve sağlık bakım hizmetleri sistemiyle ilgili tartışmalarda en sık kullanılan kelimelerden biri olmakla birlikte, birçok yazar onun iyi tanımlanmamış bir terim olduğu konusunda fikir birliği içindedir.

En basit anlamında kullanılabilirlik (access), sağlık bakım hizmetleri sistemine girişe ya da bu sistemin kullanılmasına işaret eder. Politik bir fikir olarak kullanılabilirlik, nüfus gruplarının sağlık bakım hizmetleri sistemine girişini ya da bu hizmetleri kullanmasını çevreleyen kamu politikaları, yasal ve sosyal düşünceler olarak tanımlanabilir. Teknik bir fikir olarak kullanılabilirlik ise, sağlık hizmetlerinin belirli bir düzeydeki kullanılabilirliğine yaklaşmanın ya da uzaklaşmanın ölçülmesiyle ilgilidir (10).

Andersen ve Aday kullanılabilirliğini;

1. Sağlık imkânlarının ve personelinin hazır bulunması (doktor / nüfus oranı),

2. Bu imkânlar ve personeli kullanmanın çeşitli maliyetleri (hastanın cebinden çıkan para, bakım kaynağına ulaşım süresi, doktora görününceye kadar beklenen süre),

3. Sağlık hizmetlerinin fiili kullanımı (belirli bir zaman aralığında doktora giden kişilerin oranı, belirli bir zaman aralığında kişi başına doktora gitme sayısı),

4. Nüfusun sağlık hizmetlerine olan görünürdeki ihtiyacına ilişkin bazı ölçülere göre sağlık hizmetlerinin kullanımı (algılanan semptomlara, işgöremezliğe ya da hastalık durumlarının hükmedilen şiddetine göre doktora gitme sayısı), olarak tanımlandığını belirtmektedir (11).

Taksonomik bir kullanılabilirlik tanımı öneren Penchansky ve Thomas'a göre kullanılabilirlik, hasta ve sağlık bakım hizmetleri sistemi arasındaki "uyumu" tanımlayan spesifik bir dizi boyutu özetleyen genel bir kavramdır (12). Spesifik boyutlar şunlardır:

1. Hazır bulunma (availability), mevcut hizmetler ve kaynakların miktarı ve türüyle hastaların sayısı ve ihtiyaçlarının türü arasındaki ilişkiyi gösterir. Doktor, diş hekimi ve diğer sağlık personelinin, klinik ve hastane gibi imkânların, akıl sağlığı ve acil bakım gibi uzmanlaşmış program ve hizmetlerin arzının yeterliliğine işaret eder.

2. Ulaşılabilirlik (accessibility), hizmetin (arzın) bulunduğu yer ve hastaların bulunduğu yer arasın-

(* Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu Öğretim Üyesi.

daki ilişkidir. Hastaların ulaşım kaynaklarını, ulaşım süresini, uzaklığı ve bunun maliyetini içerir.

3. Yerleştirme (accommodation), hizmet kaynaklarının hastaları kabul etmek üzere düzenlenme biçimi (randevu sistemleri, çalışma saatleri vb.) ile hastaların bu faktörlere uyma yeteneği ve bunların uygunluğuna ilişkin algıları arasındaki ilişkiyi gösterir.

4. Masrafları karşılayabilirlik (affordability), hizmetlerin fiyatları ve depozito gerekleri ile hastaların geliri, ödeme gücü ve sağlık sigortası arasındaki ilişkiye işaret eder.

5. Kabul edilebilirlik (acceptability), hastaların sağlık personelinin özelliklerine ilişkin tutumları ve sağlık personelinin hastaların özelliklerine ilişkin tutumları arasındaki ilişkiyi içerir.

Sağlık Hizmetleri Yönetimi Sözlüğünde kullanılabilirlik;

1. Sistemin, kişinin hizmet alabilmesini engelleme ya da kolaylaştırma derecesi,

2. Bir kişinin ya da grubun tıbbi bakım elde edebilme gücü,

olarak tanımlanmakta ve kullanılabilirliğin coğrafik, mali, sosyal ve ruhsal öğeleri olduğundan onu tanımlamanın ve işlemsel olarak ölçmenin çok zor olduğu belirtilmektedir (13).

Literatürde kullanılabilirlik kavramıyla ilgili iki ana tema görünmektedir. Bazı araştırmacılar kullanılabilirliği nüfusun özellikleriyle (örneğin, aile geliri, sigorta kapsamı ve tıbbi bakıma karşı tutumlarla) ya da sistemin özellikleriyle (örneğin, insangücü ve imkânların dağılımı ve organizasyonuyla) eşit olarak göstermeye eğilimlidir. Sisteme girişin sağlanıp sağlanmamasını ve hastanın memnuniyetini etkilediği düşünülen bu özellikler "süreç göstergeleri" olarak adlandırılır.

Diğer tema, kullanılabilirliğin en iyi şekilde "sonuç göstergeleri", yani sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin ölçüler ve alınan hizmetlerden memnuniyet düzeyleri yoluyla değerlendirilebileceği şeklindedir. Kullanım ölçüleri; kullanılan hizmet türünün (örneğin, hastane, doktor, diş hekimi, acil bakım, evde bakım), bakımın verildiği yerin (örneğin, ev, muayenehane, klinik, hastane, vs.), alınan bakımın amacının (koruyucu, tedavi edici, istikrar kazandırıcı, nezaret edici), zaman aralığının (belirli bir zaman aralığında doktora giden ve gitmeyen risk altındaki nüfusun yüzdesi, belirli bir zaman aralığında ortalama doktora gitme sayısı) ve belirli bir hasta-

lık vakası için başvuru çeşitli sağlık personelinin sayısı ile ölçülen sürekliliğin belirtilmesini içerir. Hastanın memnuniyetine ilişkin ölçüler, incelenen nüfus içinde, uygunluk, maliyet, koordinasyon, sağlık personelinin davranışı ve bakımın genel kalitesinden memnun olanlar ya da olmayanların yüzdesi; tıbbi bakım isteyen fakat elde edemeyen kişilerin yüzdesi ve neden elde edemedikleri gibi değişkenler hakkında veri gerektirir (14).

Kullanılabilirliğin teknik bir tanımını yapmaya çalışan Salkever'a göre kullanılabilirlik, ihtiyaç ve tedavi olmak için sağlık bakım hizmetleri sistemine girme olasılığı arasındaki ampirik ilişkidir (15).

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğine ilişkin en kapsamlı modelde(16), Aday ve Andersen kullanılabilirlik kavramının çeşitli yönlerini teorik bir çerçevede içinde bütünleştirmektedir (Şekil 1). Aşağıda bu çerçevenin değişkenleri ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

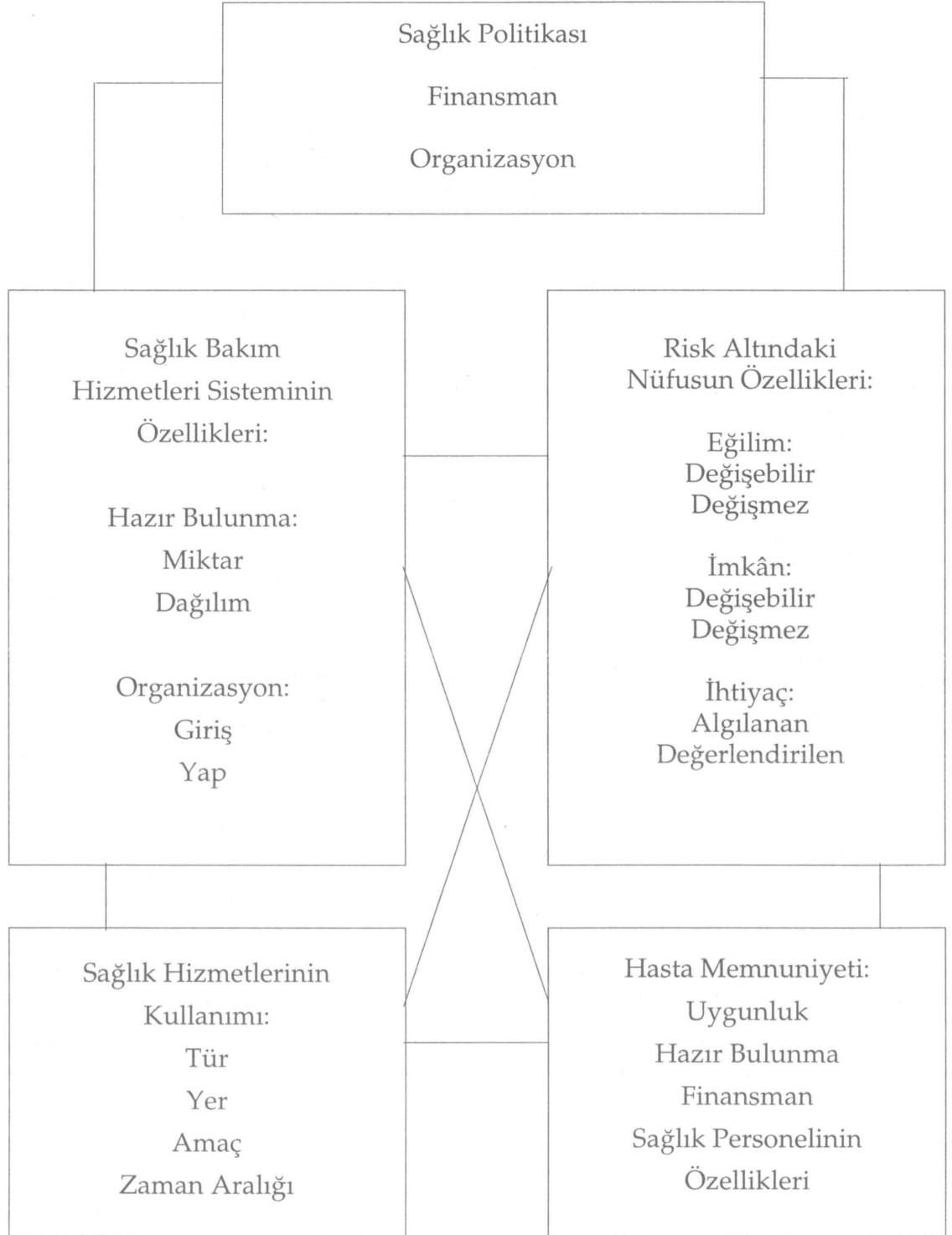
1. Sağlık Politikası. Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin artırılması pek çok sağlık politikasında önemli bir amaçtır. Sağlık bakımıyla ilgili birçok reorganizasyon programı bu amaçla başlamıştır. O halde, kullanılabilirlik kavramını düşünmede başlangıç noktası olarak sağlık politikasını almak uygun olabilir. Sağlık planlamacıları ve politika belirleyenlerin değerlendirmeye çalıştıkları şey genellikle, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini değiştirmede sağlık politikasının etkisidir.

2. Sağlık Bakım Hizmetleri Sisteminin Özellikleri. Bu sistem iki ana öğeyle nitelenir : kaynaklar ve organizasyon. Kaynaklar sağlık bakımına ayrılan işgücü ve sermayedir. Sağlık personeli, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık eğitiminin verildiği yapılar, sağlık hizmeti vermede kullanılan teçhizat ve materyal buraya dahil edilebilir. Kaynaklar öğesi, bir bölgedeki kaynakların hem miktarını hem de dağılımını içerir. Organizasyon, sistemin kaynakları ile ne yaptığı tanımlar. Tıbbi personel ve imkânların tıbbi hizmetler sağlama sürecinde koordine ve kontrol edilme tarzına işaret eder. Organizasyonun öğeleri giriş ve yapıdır. Giriş, sisteme girme süreciyle, yapı ise sisteme girdikten sonra hastaya ne olduğunu belirleyen sistem özellikleriyle ilgilidir.

3. Risk Altındaki Nüfusun Özellikleri. Risk altındaki nüfusun özellikleri, Andersen ve Newman'ın kullanımın bireysel belirleyicileri olarak tanımladığı eğilim (predisposing), imkân (enabling) ve ihtiyaç (hastalık düzeyi) öğeleridir (18).

Eğilim öğesi, kişilerin hizmetleri kullanmaya "eğilimini" tanımlayan değişkenleri içerir. Bu özellikler hastalık vakasının başlangıcından önce vardır.

ŞEKİL - 1: KULLANILABİLİRLİĞİ İNCELEME ÇERÇEVESİ.



Kaynak: Aday ve diğerleri (17).

Bunlar yaş, cinsiyet, medeni durum, eski hastalıklar gibi demografik özellikleri; eğitim, soy, meslek, aile büyüklüğü, ırk, din, ikâmet süresi gibi sosyal yapıyla ilgili özellikleri; hastalık ve sağlıkla ilgili değerler, sağlık hizmetlerine karşı tutum, hastalıkla ilgili bilgi gibi inançlarla ilgili özellikleri içerir. Demografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet sağlık ve hastalıkla yakından ilgili olmasına rağmen, bunlar kendiliğinden sağlık bakımı arama nedeni olarak düşünülmediğinden eğilim ögesi içinde yer almaktadır. Ancak, farklı yaş gruplarındaki insanların hastalıklarının türü ve miktarı farklıdır ve sonuçta farklı modellerde tıbbi bakım alırlar. Sosyal yapı değişkenleri kişinin toplumdaki statüsü, yaşam biçimi ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili davranış modelleri hakkında fikir verir. Sağlık hizmetlerini kullanmaya doğru bir eğilime yol açtığı için inançlar da eğilim ögesine katılmıştır. Örneğin, doktorların tedavisinin istenen sonucu verebileceğine kuvvetle inanan aileler, tedavinin sonucuna daha az güvenen ailelere göre, daha çabuk doktora başvurabilir ve daha fazla hizmet kullanabilirler.

Kişinin sağlık hizmetlerini kullanmaya eğilimi olsa bile, bunu gerçekleştirebilmesi için bazı araçların bulunması gerekir. Kişinin sağlık hizmeti kullanmayı kabul ederek bir değere göre davranmasına ya da bir ihtiyacı karşılamasına imkân veren durumlar imkân ögesi içinde yer alır. Bunlar gelir, sağlık sigortası kapsamı, kişinin düzenli bir bakım kaynağına sahip olup olmaması, düzenli bakım kaynağının türü gibi kişi ve aile kaynaklarını; sağlık personeli ve imkânların nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, ülkenin bölgesi ve kentsel-kırsal özellik gibi toplumsal özellikleri içerir. Kaynaklar yeterince bolsa, kuyruğa girmeden kullanılabilir ve hizmetlerin fiyatı düşükse, bu hizmetler toplum tarafından daha sık kullanılabilir. Kişilerin davranışlarıyla ilgili yerel normlar nedeniyle oturlan bölge ve içinde yaşanılan toplumun kırsal-kentsel tabiatı da kullanımla bağlantılı olabilir.

Belirli eğilim ve imkân durumlarının varlığında, kişi ya da ailesinin sağlık hizmetlerini kullanması için, hastalık ya da hastalığın ortaya çıkması olasılığını algılaması gerekir. İhtiyaç, sağlık hizmetleri kullanımının uyarıcısı ya da en doğrudan nedenidir. İhtiyaç, algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak ölçülebilir. Algılanan ihtiyacın ölçümü, kişinin işgöremezlik (disability) günleri sayısını içerir. Böyle günler kişinin genellikle yaptığı şeyleri yapamadığı, işe gidemediği, okula gidemediği, ev işlerini yapmadığı ya da diğer çocuklarla oynayamadığı günlerdir. Algılanan ihtiyacın diğer ölçüleri belirli bir zaman aralığında kişinin gördüğü belirtileri (semptomları) ve genel sağlık durumunu hakkında kendisinin belirttiği durumları (mükemmel, iyi, orta, kötü gibi) içerir. Değerlendirilen ihtiyaç ölçümü, şid-

deti klinik olarak onaylanacak şekilde, kişinin gerçek sağlık sorununu belirleme çabalarını içerir. İdealde bunun kişilerin fiziksel muayenesi yoluyla yapılması gerekir (19).

Tıbbi hizmetlere olan ihtiyaç, istek ve talep kavramlarını birbirinden ayırmaya çalışan Jeffers ve diğerleri (20), belirli bir nüfusun sağlık ihtiyaçlarını "tıp uzmanlarının, nüfusu oluşturan kişilerin mevcut tıbbi bilginin imkân verdiği ölçüde sağlıklı kalmaları ya da sağlıklı hale gelmeleri için, uygun bir zaman periyodu boyunca tüketmeleri gerektiğine inandığı tıbbi hizmetlerin miktarı" olarak tanımlamakta ve pek çok durumda, kişilerin kendi sağlık ihtiyaçlarını tıp uzmanlarından farklı şekilde görebileceklerini vurgulamaktadırlar. Ancak, tıp uzmanları tarafından belirli bir nüfusun sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının klinik olarak belirlenmesi, sosyal araştırmalarda genellikle uygulanabilir olmadığından ve çok pahalı olduğundan, çoğu kez alternatif ölçüler kullanılmaktadır.

Risk altındaki nüfusun eğilim ve imkân öğelerindeki bazı özellikler politika yoluyla etkilenebilir ya da "değişebilir" değişkenler iken, diğer özellikler "değişmez" ya da politika ile etkilenebilir değişkenlerdir. Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırmak için sağlık politikası yoluyla değiştirilmeye çalışılan özelliklerden bazıları inançlar, sağlık sigortası kapsamı, düzenli bakım kaynağı gibi özelliklerdir.

4. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı. Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ile ilgili literatürde, kullanılabilirliğin, sağlık hizmetlerine gerçekten ihtiyacı olan kişilerin bu hizmetleri alıp almaması çerçevesinde en iyi şekilde düşünülebileceği vurgulanmaktadır. Örneğin Beck, kullanılabilirliği kavramsallaştırmak için "tıbbi buzdağı" fikrini kullanır. Buzdağının kendisi doktor tarafından tedavi edilebilecek tıbbi ihtiyaçlar grubunu temsil eder. Buzdağının su üzerinde kalan kısmı doktorun gerçekten dikkatini çeken ihtiyaçları temsil eder. Buzdağının su üzerindeki kısmı ne kadar büyükse, o buzdağı tarafından temsil edilen grubun bakımı kullanılabilirliği de o kadar büyüktür (21). Benzer şekilde Donabedian "kullanılabilirliğin kanıtının, sadece hizmetlerin ve kaynakların varlığı değil, hizmetlerin kullanımı olduğunu" ve bu nedenle kullanılabilirliğin "ihtiyaca" göre kullanım düzeyiyle ölçülebileceğini belirtir (22). Bir toplumdaki tıbbi hizmetlerin kullanılabilirliğini değerlendirmede, nüfusun çeşitli alt grupları tarafından hizmetlerin kullanımının analizinin yapılması gerektiğini belirten Salber ve diğerleri (23) ile gerçek kullanılabilirlik oranlarının belirli nüfuslar ya da altgrupların kullanımıyla ölçülebileceğini ifade eden Fox da (24) benzer görüşleri paylaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, alınan hizmetin

türü, yeri, amacı ve zaman aralığına bağlı olarak nitelenebilir. Bu boyutlar önemlidir, çünkü bakım arama sürecinin farklı yönlerini yansıtır. Ayrıca kullanımın çeşitli belirleyicilerinin etkisi, incelenen tür, yer, amaç ya da zaman aralığına bağlı olarak değişebilir.

5. Hasta Memnuniyeti. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetleri sistemiyle ilişkide bulunanların bu sisteme karşı tutumlarını yansıtır. Bu, eğilim ögesinin inaçlar değişkeninden farklıdır, çünkü hastanın gerçekten aldığı bakımın nicelik ya da niteliğinden memnuniyetini ölçer. Tıbbi inaçlar sağlık ve tıbbi karşı yaygın sosyokültürel eğilimlere işaret ederken, hasta memnuniyeti en iyi şekilde, belirli, yeni ve tanımlanabilir bir tıbbi bakım arama olayı çerçevesinde değerlendirilebilir (25).

Hasta memnuniyetiyle ilgili ölçüler, kullanılabilirlik derecesini belirlemenin başka bir yoludur. Kullanım ölçülerinin bir grubun kullanılabilirliği olduğunu gösterebilmesine rağmen, eğer hastalar aldıkları bakımın bazı yönleri hakkında memnuniyetsizlik belirtirse, bu durum onların kullanılabilirlik derecesine şüphe düşürür (26).

Kullanılabilirlikle ilgili öznel algıları araştırmada dikkate alınması uygun gibi görünen memnuniyet boyutları; hastanın bakımın uygunluğundan, korodinasyonu ve maliyetinden, sağlık personelinin davranışlarından, hastalığı hakkında verilen bilgiden memnuniyeti ve aldığı bakımın kalitesi hakkındaki yargılarıdır (27).

Kullanılabilirlik belirli bir nüfusun sağlık bakım hizmetleri sistemine potansiyel ve gerçek girişini niteleyen boyutlar olarak da tanımlanabilir (28). Potansiyel kullanılabilirlik, tıbbi bakım elde etme sürecini tanımlayan göstergelere işaret eder ve kişinin düzenli bir bakım kaynağının (hastalandığında ya da sağlığı hakkında danışmak istediği zaman genellikle gittiği belirli bir yerin ya da kişinin) olup olmaması, bakım almak için seyahat etmek zorunda olduğu uzaklık, doktora görününceye kadar beklediği süre, sigorta kapsamı ve geliri gibi değişkenleri içerir. Literatürde kişinin düzenli bir bakım kaynağının olmasının hizmetleri kullanımıyla, aldığı hizmetlerden memnuniyetiyle, aldığı bakımın kalitesi ve sürekliliğiyle pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle kişiler düzenli bakım kaynağında belirli bir doktora gittiğinde çıktılarının daha olumlu olduğuna işaret edilmektedir.

Gerçekleşen kullanılabilirlik ise doktor, hastane ve koruyucu hizmetlerin gerçek kullanımını, kişilerin bakıma ihtiyaç duyduğunda hizmet alıp almadı-

ğını ve aldığı hizmetlerden memnuniyetini içerir. Kullanım oranları ve memnuniyet puanları, potansiyel kullanılabilirlik değişkenlerinin gerçek etkisini gösterir. Sağlık statüsündeki değişikliklerden çok, bu daha yakın çıktılar, kullanılabilirlik çerçevesinin son noktaları olarak alınır, çünkü sağlık bakım hizmetleri sistemiyle ilişkide bulunmaktan başka çeşitli faktörler (örneğin, kalıtsal, beslenmeyle ilgili ve çevresel etkiler) de sağlık statüsünü etkileyebilir ve çünkü kullanılabilirliğin genellikle, nüfusun sağlık statüsündeki en son değişikliklere bakılmaksızın, sisteme giriş hakkına işaret ettiği varsayılır (29).

Kullanılabilirliği artırma çabalarının temelinde, daha fazla kullanılabilirliğin daha uygun (genellikle artan) kullanıma yol açacağı inancı yatar (30).

Toplumun tüm bireyleri sağlık hizmetlerini eşit bir şekilde kullanabilmelidir. Sağlık politikasının değerlendirilmesi için önemli bir ölçüt, bu eşitliği ne ölçüde sağlayabildiğidir (31).

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinde eşitlik amacıyla dolaylı olarak ifade edilen üç varsayım vardır:

1. Sağlık bakımı bir haktır,
2. Sağlık bakım kaynakları sınırlıdır,
3. Sağlık politikası, kıt sağlık bakım kaynaklarının dağıtımını için "adil" mekanizmaların düzenlenmesiyle ilgili olmalıdır (32).

"Adil dağıtım" herkesin aynı miktarda sağlık hizmeti alması anlamına gelmez. Adil olarak dağıtılan sağlık hizmetlerinde, dağıtımın en önemli belirleyicisi ihtiyaçtır (33).

Sağlık hizmetleri, nüfusun ihtiyacı temel alınarak dağıtıldığı zaman sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinde eşitlikten söz edilir. Yani, ihtiyaçla ilgili faktörlerin, çeşitli nüfus gruplarının sağlık hizmetlerini kullanılabilirliğinde gözlenen farklılıkların nedenini açıkladığı derecede eşitlik vardır. Diğer yandan, kullanılabilirlikteki değişimin hizmetlerin arzı, organizasyonu veya risk altındaki nüfusun yaş ve cinsiyet dışındaki eğilim özellikleri veya hizmet alma imkânlarının bir fonksiyonu olması, hizmetlerin eşit olarak dağıtılmadığı anlamına gelir. Eşitsizliği gösteren faktörlerden bazıları sağlık politikası yoluyla değiştirilebilecek faktörlerdir. Bunlar bakımın organizasyon ve finansman boyutlarını içerir. Ancak oturulan yer, yoksulluk düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörler sağlık politikası ile değiştirilemez. Bununla birlikte, bu faktörler programların en anlamlı

şekilde uygulanabileceği grupları belirlemek için kullanılabilir (34).

Toplumdaki tüm bireyler ya da grupların sağlık hizmetlerini kullanılabilirliğini belirleyerek, eğer arada fark varsa bu farklılığa etki eden faktörlerin ortaya çıkarılması için, nüfusun çeşitli alt gruplarının sağlık hizmetlerini kullanılabilirliği araştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Lalonde, M., (1974). A New Perspective on the Health of Canadians, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa, s. 31.
- Aday, L.A., Andersen, R.M., (1981), "Equity of Access to Medical Care : A Conceptual and Empirical Overview", Medical Care, Vol : 19, No : 12, Supplement, s. 5.
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, (1986). Herkes İçin Sağlık Hedefleri, s. 19.
- DPT, (1962). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, s. 108.
- DPT, (1967). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, s. 215.
- DPT, (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayın No : 1272, s. 123.
- DPT, (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayın No : 1664, s. 468.
- DPT, (1985). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayın No : 1974, s. 151.
- DPT, (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayın No : 2174, s. 289.
- Clark, D.W., (1983), "Dimensions of the Concept of Access to Health Care", Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol : 59, No : 1, s. 5-6.
- Andersen, R., Aday, L.A., (1978), "Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential", Medical Care, Vol : 16, No : 7, s. 534.
- Penchansky, R., Thomas, J.W., (1981), "The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", Medical Care, Vol : 19, No : 2., s. 127-129.
- Timmreck, T.C., (1987). Dictionary of Health Services Management. National Health Publishing, U.S.A. s. 4.
- Aday, L.A., Andersen, R., (1974), " A Framework for the Study of Access to Medical Care", Health Services Research, Vol.: 9, s. 209-218.
- Salkever, D.S., (1975), "Economic Class and Differential Access to Care : Comparisons Among Health Care Systems", International Journal of Health Services, Vol : 5, No : 3, s. 373.
- Aday, Andersen, (1974), a.g.e., s. 208-215.
- Aday, L.A., Fleming, G.V., Andersen, R., (1984). Access To Medical Care In The U.S.: Who Has It, Who Doesn't. Pluribus Press, Inc., Division of Teach'em, Inc., Chicago. s. 14.
- Andersen, R., Newman, J.F., (1973), "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol: 51, s. 105-110.
- Aynı, s. 110.
- Jeffers, J.R., Bognanno, M.F., Bartlett, J.C., (1971), "On The Demand Versus Need For Medical Services and The Concept Of "Shortage"", American Journal Of Public Health, Vol : 61, No : 1, s. 46-47.
- Beck, R.G., (1973), "Economic Class and Access to Physician Services Under Public Medical Care Insurance", International Journal of Health Services, Vol : 3, s. 341, (Aktaran Aday, L.A., 1975, "Economic and Noneconomic Barriers to the Use of Needed Medical Services", Medical Care, Vol: 13, No: 6, s. 448 - 449).
- Donabedian, A., (1972), "Models For Organizing The Delivery of Personal Health Services And Criteria For Evaluating Them", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol : 50, s. 111.
- Salber, E.J. Greene, S.B., Feldman, J.J., Hunter, G., (1976), "Access to Health Care in a Southern Rural Community", Medical Care, Vol : 14, No : 12, s. 972.
- Fox, P.D., (1972), "Access to Medical Care for the Poor : A Federal Perspective", Medical Care, Vol : 10, s.272, (Aktaran Aday, Andersen, 1974, a.g.e., s. 210).
- Aday, Andersen, (1974), a.g.e., s. 215.
- Aday, Fleming, Andersen, a.g.e., s. 37.
- Aday, Andersen, (1974), a.g.e., s. 215.
- Aday, Fleming, Andersen, a.g.e., s. 13.
- Aynı, s. 15.
- Thomas, J.W., Penchansky, R., (1984), "Relating Satisfaction With Access to Utilization of Services", Medical Care, Vol : 22, No : 6, s.553.
- Purola, T., Kalimo, E., Nyman, K., (1974). Health Services Use and Health Status Under National Sickness Insurance. Publications of the Social Insurance Institution, Helsinki, s. 18.
- Aday, Andersen, (1981), a.g.e., s. 4.
- Andersen, R., (1975). "Health Service Distribution and Equity", Equity in Health Services : Empirical Analyses in Social Policy içinde, (eds.) R.Andersen, J.Kravits, O.W.Anderson, Ballinger Publishing Company, Cambridge, s. 10.
- Aday, Fleming, Andersen, a.g.e., s. 70.