

Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler

Öğr.Gör. Ramazan ERDEM, Dr. Edibe PİRİNÇCİ

Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, ELAZIĞ

- ✓ Bu makalenin amacı, kişilerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin neler olduğunu teorik olarak incelemektir. Bu faktörler üç başlık altında incelenmiştir. Bunlar kişisel faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak gruplandırılmıştır. Kişisel faktörler içerisinde demografik, sosyo-ekonomik, tutum ve davranışa ilişkin özellikler ele alınmıştır. Kolaylaştırıcı faktörler içinde kamusal ve aileye ilişkin özellikler incelenmiştir. İhtiyaç faktörleri içerisinde ise algılanan ihtiyaç ve değerlendirilen ihtiyaç üzerine vurgu yapılmıştır. Bunların dışında sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili yapılan bazı araştırmalara yer verilmiştir. Bu araştırmalarda da yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir ve eğitim düzeyi, sağlık sigortası kapsamı, yerleşim yeri, gibi faktörlerin sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği bulunmuştur.

Anahtar kelime: Sağlık hizmetleri, kullanım, tutum ve davranış.

✓ **Health Services Utilization and the Factors That Influence on the Utilization**

The purpose of this study is to examine of factors that impact on utilization of health services theoretically. This factors are expressed in three groups. Those are predisposing, enabling and needs factors. The predisposing factors includes demographic, socio-economic, attitude and behavioral factors. In the enabling factors, there are family and governmental factors. And needs factors explain perceived and evaluated need. In addition to this, the studies about utilization of health services are examined. According to the results of these studies, age, gender, marital status, income level, education, health insurance coverage, resident, etc. effect the utilization of health services.

Key words: Health services, utilization, attitude and behavior.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin en temel sosyal haklardan biri olarak kabul edildiği günümüzde bu hizmetlerin verilmesi, hizmetlere ulaşmada eşitlik ilkesi, kişilerin bu hizmetlere ulaşırken karşılaşılabileceği engeller tartışılmaya devam etmektedir. Sağlık hizmetleri kullanımının incelenmesi, sağlık hizmetleri piyasasında talebe yönelik incelemeleri ve talebi etkileyen faktörleri inceleme ile paralellik göstermektedir. Ancak konunun sağlık hizmetleri kullanımı olması ve literatürdeki araştırmaların da daha çok kullanım üzerinde yoğunlaşması nedeniyle bu yazının odak noktasını da "kullanım" kavramı oluşturmaktadır.

Sağlığa ve sağlık hizmetlerine olan talebin

incelenmesinin başlıca iki nedeni vardır: birincisi sağlık hizmetini kullananların ve sunucuların davranışlarını tahmin etmeye çalışmak, ikincisi ise maliyetleri ve faydaları ölçmek⁽¹⁾.

Sağlık hizmetlerinde kullanımın ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi; sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin planlamalar yapılması, toplumun sağlık statüsünün ve davranışlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde etkililiğin ve verimliliğin ölçülmesi gibi nedenlerle üzerinde önemle durulan bir konudur.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırarak daha sağlıklı bir toplum oluşturulabilmesi için, sağlık yöneticileri, öncelikle bu hizmetlerin toplumu oluşturan kişiler ya da grup-

lar tarafından kullanılabilme derecesini ve kullanılabilirlik sorunlarını belirlemelidir⁽²⁾.

Bu yazıda ilk önce sağlık hizmeti kullanımı ve kullanım kriterleri konusuna yer verilecektir. Daha sonra kullanımı etkileyen faktörler tanıtılacak ve konuyla ilgili araştırma sonuçlarına yer verilecektir.

2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

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 gelişebilir⁽³⁾. Sağlık hizmeti kullanımını, belirli bir sağlık hizmetini ihtiyaç sahibi kişiler (hastalar) tarafından kullanılması olarak tanımlayabiliriz.

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 hastalık vakası için başvuru alan çeşitli sağlık personelinin sayısı ile ölçülen sürekliliğin belirtilmesini içerir⁽³⁾. Sağlık hizmetlerinin kullanılması ile ilgili kriterler araştırmalara ve araştırmaların amaçlarına göre farklılık göstermektedir.

Literatürdeki yapılan araştırmalarda kullanılan genel kriterler; hekime başvurma (pratisyen hekime başvurma, uzman hekime başvurma), diş hekimine başvurma, diğer sağlık personeline (hemşire, ebe vs) başvurma, folk sektöre başvurma, poliklinik hizmeti alma, klinik hizmeti alma (hastanede yatma), acil servise başvurma, tedavi edici sağlık hizmeti alma, koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti alan (taramalar, check-up v.s), tedaviye yönelik ilaç kullanımı, diagnostik tetkikler (laboratuvar, röntgen vb.) yaptırmadır.

Sağlık hizmeti kullanımı deyince, öncelikle

akla doktora başvurma gelmektedir. Örneğin Kaya tarafından yapılan araştırmada, yıl içinde özel muayenehaneye, öğrenci sağlık merkezine, sağlık ocağına, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine, hastane polikliniğine, hastane acil servisine, özel polikliniğe, kurum polikliniğine veya dispansere gitme doktora gitme olarak kabul edilmiştir. Yıl içinde bu yerlerden hiç birine gitmediği halde, doktorun eve gelmesiyle doktora muayene olan kişilerin de doktora gittiği kabul edilmiştir. Ancak sağlığı ile ilgili olarak doktorla veya doktordan başka bir sağlık personeliyle telefonla görüşme ve sağlık evine gitme doktora gitme olarak kabul edilmemiştir⁽²⁾.

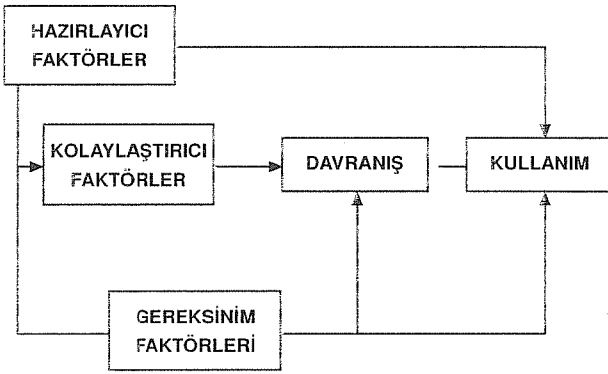
Zaman olarak da genellikle "bir yıl" sınırlaması getirilmekte ve bu kullanımı ölçmeye yönelik olarak da "geçen bir yıl içinde sağlığınızla ilgili olarak kaç kere doktora başvurduunuz?" sorusu sorulmaktadır. Ancak kullanım kriterleri seçiminde olduğu gibi zaman ölçütü belirlenmesinde de araştırmanın amacı ve türüne göre haftalık, aylık, üç aylık, altı aylık, bir yıllık vb. dilimler kullanılmaktadır (son iki gün içinde ilaç kullanımı gibi).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmeti kullanımı birbirleriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır. Bu da farkına varma "awareness" (bir kişinin tıbbi müdahale gerektirecek duruma ihtiyaç duyması), hizmetlerin ulaşılabilirliği "availability of services" (zaman ve uzaklık), kabul edilebilirliği "acceptability" (kullanılacak hizmete duyulan güven ve kullanma arzusu) ve ödenebilirliği "affordability" (gelir ve zaman olarak) konularını içine almaktadır⁽⁴⁾.

Feldstein, sağlık hizmeti kullanımını, hem arzın hem de talebin fonksiyonu olarak görür. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyo-ekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğunu belirtmektedir. Bununla beraber ilk irtibattan sonra kullanım hekim tarafından belirlenir ve hasta açısından alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal

bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni faktörler devreye girer⁽⁵⁾. Hastanın hekim ile ilk temasına kadarki süreçte hasta daha çok belirleyici bir rol oynarken, hekimin devreye girmesiyle inisiyatif büyük ölçüde hekimin elinde olduğundan sonraki kullanımlarda hekimin rolü büyüktür. Şekil'de sağlık hizmeti kullanım modeli sunulmaktadır.



Şekil 1. Sağlık hizmeti kullanım süreci⁽⁷⁾.

Sağlık hizmetleri kullanımını açıklamak için araştırmacılar genel olarak Andersen tarafından ortaya atılan eğilim (predisposing), imkan (enabling) ve ihtiyaç (need) faktörleri kavramlarını kullanmaktadırlar⁽⁶⁾. "Eğilim", "imkan" ve "ihtiyaç" üçlüsünü bazı yazarlar "hazırlayıcı" ya da "kişisel", "kolaylaştırıcı" ve "gereksinim" faktörleri olarak çevirmişlerdir^(7,8). Şimdi bu faktörleri detayları ile inceleyelim.

3.1. Kişisel (Predisposing) Faktörler

Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimleri (prospensity) vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler, sosyoekonomik özellikler, tutum ve davranış özellikleri olarak üçe ayırmak mümkündür.

3.1.1. Demografik Özellikler

Sağlık hizmeti kullanımını cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk vb. faktörler tarafından etkilenmektedir. Araştırmalar kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını göstermektedir. Bunun nedeni olarak da kadınların gebelik ve doğum ile ilgili hizmetlerden yararlanmaları, cinsiyete özel durumlarda hastalık oranlarının erkeklerden daha yüksek

olması, sağlık algılamaları ile hastalık ve semptomların belirtileri konusundaki farklılıklar veya kadınların önleyici hizmet aima ya da hastalık konularında daha çok yardım isteme ihtimallerinin olduğu ifade edilmektedir⁽⁹⁾. Diğer faktörler eşit tutulduğunda kadınlar için, gebelik ve doğum rollerinin bir gereği olarak önleyici hizmetlerin daha önemli olması onların sağlık hizmetlerini kullanma ihtimallerini yükseltmektedir⁽⁶⁾.

Sağlık hizmeti kullanımında önemli belirleyicilerden biri de yaştır. Normal olarak yeni doğan çocuklar, yaşlı insanlar ve 15-44 yaş kadınlar daha çok sağlık hizmetine ihtiyaçları bulunmaktadır. Diğer şartlar aynı olsa bile bu gibi risk altındaki nüfusun daha çok sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olduğu söylenebilir. Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üzeri kişiler 15-64 yaş arasındaki kişilerden 1,8 kat daha fazla genel pratisyen hizmetlerini kullanmaktadırlar⁽⁶⁾.

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⁽³⁾.

3.1.2. Sosyo-Ekonomik Özellikler

Bu özellikler kişilerin toplum içindeki statüsü ve ekonomik durumlarıyla ilgilidir. Bunlar da kişinin eğitim düzeyi, sahip olduğu meslek, gelir seviyesi, aile yapısı, ait olduğu ırk, soy, dinsel inanç, kültür v.b. özelliklerdir.

Sosyal yapı değişkenleri kişinin toplumdaki statüsü, yaşam biçimi ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili davranış modelleri hakkında fikir verir⁽³⁾. Glenn ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada etnik köken, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımını etkilediği bulunmuştur. Yine bu araştırmada kültürel farklılıkların klinik hizmetlere etki ettiği, "kadercilik" inancına sahip ya da Hispanik hastalar arasında yaygın olan, kişilerin kaderleri-

ni değiştirmek için yapabilecekleri çok az şey olduğu inancı bu konuya örnek olarak verilmektedir⁽¹⁰⁾.

Gelir genellikle talep ile doğru orantılıdır. Çünkü gelir arttıkça talep edilen sağlık hizmeti ya da malı miktarında artış beklenmektedir⁽¹¹⁾. Ancak Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir araştırmada gelir seviyesinin genel pratisyen hizmetleri ve uzmanlık hizmetlerini kullanmada pozitif bir etkisi olduğu bulunurken acil hizmetleri kullanmada ve hastane kabulünde ters bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da orta ve yüksek gelire sahip kişilerin aile hekimine ve önleyici hizmete sahip olma ihtimallerinin yüksek olması ve onların daha iyi konut, beslenme ve benzeri durumlarının direkt olarak sağlık statülerini etkileyeceği belirtilmekte ve dolayısıyla acil servis hizmetleri kullanımı ve hastane kabullerinin az olacağı sonucuna varılmaktadır. Tersine düşük gelirli kişilerin aile hekimine sahip olma ve önleyici sağlık hizmeti uygulamaları alma ihtimallerinin düşük olduğu, bu nedenle de her gün karşı karşıya kaldığı zorluklar yüzünden acil hizmetleri kullanma ve hastaneye yatma ihtimalinin yüksek olduğu ileri sürülmektedir⁽⁶⁾.

Sonuçta klasik olarak ileri sürülen gelir düzeyi ile sağlık hizmeti kullanımı arasındaki pozitif ilişkinin sağlık hizmetlerinin tüm alanları için geçerli olmayacağı, hatta sağlık hizmetlerinin bazı çeşitlerinin kullanımında gelir ile kullanım arasında negatif bir ilişkinin var olduğu söylenebilir.

Bunun yanında gelirin alınan sağlık hizmetinin türünü belirlemede önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Örneğin gelir düzeyi düşük kişilerin geleneksel tedaviyi benimsemeleleri, bunun yanında gelir düzeyi yüksek kişilerin özel ve daha modern hizmetlerden yararlanmaları beklenebilir.

3.1.3. Tutum ve Davranışlar

Kişilerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgileri ve duyarlılıkları, tıbbi hizmetlere olan güven ve alınan hizmetlerden tatmin düzeyi, sağlık hizmetlerinin kullanımında belirleyici olmaktadır. Örneğin doktorların tedavisinin

istenen sonucu verebileceğine kuvvetle inanan aileler, tedavinin sonucuna daha az inanan ailelere göre, daha çabuk doktora başvurabilirler ve daha fazla hizmet kullanabilirler⁽³⁾.

3.2. Kolaylaştırıcı (Enabling) Faktörler

Kolaylaştırıcı etmenler, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin mevcut yollarını açıklar. Bunlar bireyin ailesinin kaynaklarını (gelir, sigorta kapsamı) ve bireyin yaşadığı toplumun ve bölgenin niteliklerini (kırsal-kentsel özellikler, sağlık personel ve kurumsal kapasitenin nüfusa oranı) içerirler. Bu özellikler, kişinin sağlık hizmetleri kullanımı ile doğrudan bağlantılıdır⁽¹²⁾. Kolaylaştırıcı faktörleri aileye ilişkin özellikler ve kamusal özellikler olarak iki başlık altında incelemek mümkündür.

3.2.1. Aileye ilişkin özellikler

Bu özellikler içinde ailenin gelir düzeyi, sağlık sigorta kapsamı, düzenli bakım kaynağına sahip olup olmaması, sağlık hizmetini almada ulaşım ve bekleme süresi gibi aileye ilişkin faktörler bulunmaktadır. Ailenin gelir düzeyi ile sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişki kişisel faktörler açısından incelenmiştir. Kişilerin gelir düzeyi ile sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiler, ailenin toplam geliri ile aile fertlerinin sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkilerin benzer olduğu söylenebilir.

Sağlık sigortası, hastanın sağlık hizmeti ile karşılaştığı noktada sıfır olmasa da sıfıra yakın bir fiyatla hizmet alımını sağlamaktadır. Bu kaçınılmaz olarak hasta davranışını yani talebi etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır⁽¹³⁾. Araştırmalarda sağlık sigortasına sahip bireylerin diğerlerine oranla daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları konusunda geniş bir konsensüs bulunmaktadır.

Talep açısından bakıldığında sigorta bireyin davranışını iki şekilde etkileyebilmektedir. Bunlardan birincisi sigorta yapıldıktan sonra sigortalanan olayın ortaya çıkma olasılığının artmasıdır. Bireyin sigortalandıktan sonra bunun verdiği rahatlıkla özellikle koruyucu hekimliğe ilişkin bazı uygulamalardan vazgeçmesi ya da sigara içme, tehlikeli spor yapma gibi faaliyetlere girmesi mümkündür⁽¹³⁾. Koruyucu

hizmetlerden uzak kalma eğilimi gösteren kişinin de tedaviye yönelik sağlık hizmetlerini kullanma ihtimali artmaktadır.

Yapılan çalışmalar kişinin düzenli bir bakım kaynağının (regular source of care), yani hastalandığında ya da sağlığı konusunda danışmak istediği zaman genellikle gittiği belirli bir kişi ya da belirli bir yerin olmasının, sadece hizmetleri kullanımının değil, aldığı hizmetlerden memnuniyetinin de bir göstergesi olduğunu göstermiştir. Üstelik sürekli bir bakım kaynağına sahip olma sürekliliği daha fazla olan bakımla bir tutulur⁽²⁾.

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen diğer bir faktör de hizmete ulaşım süresidir. Gesler ve Meade tarafından yapılan araştırma bulguları, uzaklık değişkeninin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etmen olduğunu ve değişik, ırk, cinsiyet ve yaş gruplarında farklı etkiler yarattığını ortaya koymaktadır⁽⁸⁾. Kişilerin kullanmak istedikleri sağlık hizmetlerinin kendilerine fiziksel ya da zaman olarak yakın olmasının kullanımda olumlu etkisi olacağı söylenebilir.

3.2.2. Kamusal Özellikler

Kamusal özellikler ikamet, bölge, nüfusun hizmet kullanım oranı, yatak başına düşen nüfus, hizmetin sürekliliği, hizmetin ulaşılabilirliği, ve ülkenin ekonomik sistemini kapsamaktadır⁽⁷⁾. Sağlık hizmetlerinin fiyatı da kamusal özellikler içinde yer alabilir.

Kişilerin sağlık hizmeti kullanımında ikamet ettikleri yerin ve yaşadıkları bölgenin rolleri bulunmaktadır. Ülkemiz açısından düşünüldüğünde sağlık hizmeti imkanlarının daha çok kentlerde özellikle de büyük şehirlerde yoğunlaştığı, sağlık personeli/nüfus oranında bölgeler arasında büyük farklılıklar bulunduğu görülmektedir.

Yine kırsal bölgelerde yaşayanların daha çok geleneksel sağlık hizmetleri kullanımına yönelik olduğu görülmektedir. Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan araştırmada, hizmetlerin elde edilebilirliğinin (availability) ve insanların yaşadıkları yerin özelliğinin sağlık hizmetleri kullanımında önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır⁽⁶⁾. Hizmeti talep eden ki-

şinin hizmeti satın alma noktasında ödediği ücretin düşük olması hizmetin satın alma kararını etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır⁽¹³⁾.

ABD'de Rand HIE adlı bir sigorta kuruluşu, 2005 aileyi farklı sağlık sigortası programlarına geliştigüzel ayırmış ve onları ortalama 3,5 yıl izleyerek sağlık ve maliyet etkilerini ölçmüştür. Ücretsiz bir hizmet planı herhangi bir maliyet olmadan sağlık hizmetlerine tam bir ulaşım sağlarken diğer programlar ortak ödeme (co-payment) gerektirmiştir. Rand HIE' de ücretsiz hizmet sağlanan aileler, ortak ödemeli sigorta programına sahip ailelere göre daha çok gezici ziyaretlere, daha çok hastane kabulüne ve daha yüksek tıbbi masrafa sahiptirler. En yüksek ortak ödemeli plana dahil olanlar hizmeti en az kullananlardır⁽¹⁴⁾.

Solnki ve Schaufller tarafından yapılan bir araştırmada da maliyet paylaşımı (cost-sharing), ortak ödeme (co-payments), "deductibles" ve "coinsurance" in önleyici sağlık hizmeti kullanımı üzerine negatif etkileri olduğu sonucuna varılmıştır⁽¹⁵⁾. Yani sağlık hizmetleri kullanımında hizmetin fiyatı ile kullanımı arasında negatif bir ilişki bulunmakta; hizmetin fiyatı yükseldikçe ya da hizmete kişinin cebinden ödeyeceği masraf arttıkça kullanımın düşeceği söylenebilir. Bu ilişki ertelenme ihtimali yüksek olan koruyucu hizmetlerde daha çok belirgin olabilir.

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça bu hizmeti kullananların sayısı azalmaktadır. Özellikle hizmetin fiyatı kişilerin tercihlerini önemli ölçüde belirlemekte ve taleplerinin miktarını ve ya türünü değiştirmelerine neden olabilmektedir. Hizmet sunumunda bir çok defa karşılaştığımız gibi, geliri düşük kişiler kendilerine yazılan bir enfeksiyon reçetesinden sadece paralarının yettiği ilaçları satın alabilmekte, bu da çoğu zaman antibiyotikler değil, ateş düşürücü, öksürük şurubu gibi hastayı semptomatik yönden rahatlatıcı ilaçlar olmaktadır⁽¹⁾.

3.3. İhtiyaç Faktörleri

Belirli eğilim ve imkan 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⁽³⁾. Sağlık hizmeti kullanımında ihtiyaç algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak iki başlık altında incelenmektedir.

3.3.1. Algılanan İhtiyaç

Algılanan ihtiyacın ölçümü, kişinin işgöremezlik (disability) günleri sayısını içerir. Böyle günler kişinin genellikle yaptığı şeyleri yapmadığı, işe gidemediği, okula gidemediği, ev işlerini yapamadığı ya da diğer çocuklarla oynamadığı günlerdir. Algılanan ihtiyacın diğer ölçüleri belirli bir zaman aralığında kişinin gördüğü belirtileri (semptomları) ve genel sağlık durumu hakkında kendisinin belirttiği durumları (mükemmel, iyi, orta, kötü gibi) içerir⁽³⁾. Bir kişi sağlık hizmeti ihtiyacını algıladıktan (sağlık probleminin ortaya çıkması) sonra bu ihtiyacını girmeye yönelik olarak sağlık hizmeti talebine yönelecektir. Eğer algılanan ihtiyaçtan sonra kişi talebe yönelmiyorsa (kullanımı etkileyen faktörler) "hissedilen ancak karşılanmayan ihtiyaç" söz konusudur. Sağlık hizmeti kullanımında algılanan ihtiyaç düzeyi etkili olmaktadır. Örneğin hastalık şiddetini "normal" olarak değerlendiren hastalarla "çok kötü" olarak değerlendiren hastalar arasında sağlık hizmeti kullanımı açısından farklılıklar beklenebilir. Ayrıca algılanan ihtiyaçtaki farklılıklar sağlık hizmeti türünü de etkileyebilir (kendilerini çok kötü hissedenlerin daha çok acil hizmetlere yönelmesi gibi).

3.3.2. Değerlendirilen İhtiyaç

Kişi sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardıkdan sonra bunu gidermeye yönelik sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına ya da hangi tür hizmetin gerekli olduğuna karar verecek kişi hekimdir. Burada kişinin talebi profesyonel bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. İşte kişinin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen bu ihtiyaca değerlendirilen ihtiyaç denir. Değerlendirilen ihtiyaç, şiddeti klinik olarak onaylanacak şekilde, kişinin gerçek sağlık sorununu belir-

leme çabalarını içerir. Klinik değerlendirme sağlık meslek gruplarının yargılarını içeren teknik bir süreçtir⁽¹²⁾.

Sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilen ihtiyaç kişinin sağlık arzıyla ilk temasından sonra ortaya çıkmakta ve kullanım bütçe yük ölçüde bu değerlendirilen ihtiyaca göre şekillenmektedir. Hekime başvuran birisi daha önce tahmin edemediği sağlık hizmetleri kullanımıyla karşı karşıya kalmaktadır.

4. ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili olarak literatür taraması ile elde edilen araştırmalar kısaca özetlenecektir.

4.1. Sağlık Bakanlığı Araştırması

Türkiye'de sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili olarak yapılan en kapsamlı araştırma 1992 yılının Haziran ve Temmuz aylarında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından, 6672 aile ve 27408 kişi üzerinde yapılan "Health Services Utilization Survey in Turkey" adlı çalışmadır. Bu çalışmada kişilerin hekim, diş hekimi ve diğer sağlık personeline başvurmaları; bölge ve yerleşim yerlerine, yaş grupları ve cinsiyete, eğitim durumuna, sigorta tipine, ailenin gelirine hastalık ve sağlık statüsüne göre incelenmiştir⁽¹⁶⁾.

Türkiye'de yıllık hekime başvurma oranı 2,44 olarak bulunmuş ve Doğu bölgelerinin Batı bölgelerine, kırsal bölgelerin kentlere göre daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığı bulunmuştur. Sağlık sigortasına sahip olanlar ile her hangi bir güvencesi bulunmayanlar arasında da kullanım açısından büyük farklılıklar bulunmuştur. Gelir gruplarına göre karşılaştırıldığında ise gelir düzeyi ile sağlık hizmeti kullanımı arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Yine herhangi bir kronik hastalığa (kalp, diyabet, tansiyon, tüberküloz vb.) sahip olanlarla böyle bir hastalık kendisinde bulunmayanlar arasında karşılaştırmalar yapılmış ve kronik hastaların (5,02) diğerlerinden (1,42) yaklaşık 3,5 kat daha fazla hekime başvurdukları bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bu araştırmanın önceki bölümlerde teorik olarak

incelenen kullanım ve kullanımı etkileyen faktörleri destekler nitelikte olduğu söylenebilir⁽¹⁶⁾.

Kaya tarafından yapılan "Ankara metropolitani alanda sağlık hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği" adlı çalışmada, kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını çeşitli yönleriyle değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; genel olarak, 0-5 yaş grubundaki çocukların ve yaşlıların (55+ yaş) doktora daha fazla başvurdukları, kadınların erkeklerden, sosyal güvencesi olanların olmayanlardan daha çok doktora gittikleri bulunmuştur. Yine yaşlıların hastaneye yatma yüzdesi gençlerden, kadınlarınki de erkeklerden yüksek bulunmuştur. Yine araştırma kapsamındaki kişilerin yıl içinde genel sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuş, araştırma kapsamındakilerin %4'ünün hasta olmadığı halde genel sağlık kontrolü yaptırdığı bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların genel sağlık kontrolü yaptırma yüzdesi (%4,7), olmayanların yüzdesinin (%1,4) üç katından fazla bulunmuştur. Kişilerin ev halkı geliri düştükçe genel sağlık kontrolü yapma olasılıklarının da düştüğü sonucuna varılmıştır⁽²⁾.

Dinçer ve ark. tarafından yapılan "tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı" adlı çalışmada da "bireylerin hastalık durumunu algıladıktan sonra hizmet için herhangi bir sağlık kurumuna başvurana kadar geçen süreyi hangi faktörler etkilemektedir?" sorusuna cevap aranmıştır. Araştırmada bireylerin sağlık hizmeti kullanımında, sağlık kurumunun uzaklığı, bireyin ailesine bakmakla yükümlü olduğu kişinin varlığı, sağlığı konusundaki özen gösterme davranışı (örneğin check-up yaptırma) ve ulaşım harcamalarının etkili olduğu bulunmuştur⁽⁸⁾.

Flores ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da etnik köken, aile gelir ve ailenin eğitiminin çocukların sağlığı ve sağlık hizmetleri kullanımını üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu araştırma bulgularına göre, etnik kökenin, gelir ve eğitim düzeyinin çocukların sağlık statüsünü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği, çocukların sağlık sigortasına sahip olmasının hizmete ulaşmayı ve sağlık hizmeti kul-

lanımını arttırdığı, kültürel farklılıkların ve diğer finansal olmayan faktörlerin klinik hizmetlere etki ettiği sonucuna varılmıştır⁽¹⁰⁾.

Bertakis ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise sağlık hizmetleri kullanımında cinsiyet farklılıkları incelenmiş ve diğer değişkenler kontrol edilse bile kadınların tıbbi hizmetleri kullanma ve ayakta tedavi harcamaları yönünden erkeklerden daha yüksek bir orana sahip olduğu belirtilmiştir⁽⁹⁾.

Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir çalışmada da, önceki çalışmalara benzer şekilde yaş, cinsiyet ve gelirin sağlık hizmeti kullanımında önemli olduğu bulunmuş, aynı zamanda hizmetlerin ulaşılabilirliği ve insanların yaşadıkları yerin özelliği de sağlık hizmetlerinin kullanımında etkili olduğu belirtilmiştir⁽⁶⁾.

Vissandjee ve ark. da Hindistan'ın Gujarat bölgesinde kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların sağlık hizmeti kullanımını ele almışlar ve kadınların eğitimi, geliri, aile yapısı ve akrabalık ilişkilerinin sağlık hizmeti kullanımında belirleyici olduğu sonucuna varmışlardır⁽⁴⁾.

Henderson ve ark. ise Çin'in sekiz eyaletinde yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha sağlık hizmetine yöneldikleri, şiddetli hastalık veya yaralanmaların sağlık hizmeti kullanımında önemli olduğu, kamu çalışanlarının daha çok sağlık hizmeti kullandığı sonucuna varmışlardır⁽¹⁷⁾.

Faulkner ve Schaffler tarafından yapılan çalışmada önleyici hizmetler için sağlık sigortası kapsamı düzeyinin 18-64 yaş grubu arasındaki kadın ve erkeklerin önleyici sağlık hizmetleri kullanımında en önemli belirleyici faktör olduğu sonucuna varılarak klinik önleyici hizmetler için sağlık sigortası kapsamının genişletilmesinin önleyici sağlık hizmetleri kullanımını artıracığı ifade edilmiştir⁽¹⁸⁾.

Çelik ve Hotchkiss tarafından yapılan bir çalışmada da Türkiye'de kadınların ana sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen kişisel, aile ve toplumsal faktörler incelenmiştir. Araştırma sonucunda eğitim düzeyi, hizmetin fiyatı, sağlık sigorta kapsamı, etnisite, ailenin gelir düzeyi ve coğrafi bölgelerin sağlık hizmetie-

ri kullanımını etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur⁽¹⁹⁾.

5. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin kullanımında bir çok faktörün etkili olduğu görülmektedir. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk vb demografik özelliklerdir. Bu gibi değişkenlerden kaynaklanan kullanım farklılıkları bir bakıma doğal karşılanabilecek durumlardır. Bunun yanında eğitim düzeyi, coğrafi yapı, sağlık sigortası kapsamı, gelir düzeyi, ulaşım gibi değişkenlerden kaynaklanan kullanım farklılıkları da bulunmaktadır. Etkili sağlık politikaları ile insanlar arasındaki bu eşitsizlikler en aza indirilebilir.

Türkiye’de hekime başvurma oranı doğudan batıya, kırsal bölgelerden şehirlere doğru artmaktadır, Yine eğitim düzeyi, aile geliri, yaş, sigorta kapsamı, hastalık türü vb. faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanım miktarı ve hizmet türü konusunda etkili olduğu bulunmuştur. Başka ülkelerde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Geliş Tarihi : 12.09.2002

Yayına kabul tarihi : 13.11.2002

Yazışma adresi:

Öğr. Gör. Ramazan ERDEM

Fırat Üniversitesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Mühendislik Kampüsü

23119 ELAZIĞ

KAYNAKLAR

1. Uz H. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmeti sunanlara ödeme modelleri. Sağlık Hizmetleri El Kitabı (Edit. O. Hayran, H. Sur). Çevik Matbaası, İstanbul. 1998; 66-67.
2. Kaya S. Ankara Metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim. 1996; 11: 2-14.
3. Kaya S. Sağlık bakım hizmetlerinin kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim. 1995; 10: 101-106.
4. Vissandjee B, Barlow R, Fraser DW. Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Public Health. 1997; 111: 135-148.
5. MacStavic, RE. Determining health needs. Health Administration Press, Washington. 1978: 73-74.
6. Rosenberg MW and Hanlon NT. Access and utilization: a continuum of health services environments. Social Science and Medicine. 1996; 43: 975-983.
7. Kavuncubaşı Ş. Hastanelerde ve Sağlık Kurumlarında Yönetim. Siyasal Yayınları, Ankara, 2000: 60-65.
8. Dinçer T ve Aloğlu E. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı. Toplum ve Hekim, 1994; 62: 115-121.
9. Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ, et al. Gender differences in the utilization of healthcare services. The Journal of Family Practice. 2000; 49: 147-152.
10. Flores G, Bauchner H, Feinstein AR, et al. The impact of ethnicity, family income and parental education on children's health and use of health services. American Journal of Public Health. 1998; 89: 1066-1071.
11. Kısa A. Sağlık Ekonomisine Giriş. Usta Matbaacılık, Ankara. 1999: 69-72.
12. Akbulut Y. Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımı ve Nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 1998: 6-10.
13. Tatar M. Teorik boyutlarıyla genel sağlık sigortası ve Türk sağlık yöneticilerine öneriler. I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. 4-7 Mayıs, Kuşadası, İzmir. 1994:527-546.
14. Woolhandler S, Himmelstein D. Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a National Health Program for the United States. International Journal of Health Services. 1988; 18: 393-399.
15. Solanki G and Schauflier HH. Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. American Journal of preventive Medicine. August 1999; 17: 127-133.
16. Sağlık Bakanlığı. Health Services Utilization Survey in Turkey. First Edition, Ankara. 1995.
17. Henderson G, Akin J, Li Z, et al. Equity and the utilization of health services: report of an eight province survey in China. Social Science and Medicine. 1994; 39: 687-699.
18. Faulkner LA and Schauflier HH. The effect of health insurance coverage on the appropriate use of recommended clinical preventive services. American Journal of preventive Medicine. 1997; 13: 453-458.
19. Çelik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. Social Science and Medicine. 2000; 50: 797-806.