

Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular)

HEALTH SERVICES AND SCATTERING OF LIMITED RESOURCES

Recep AKDUR*

*Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi, ANKARA

Özet

Bu makalede sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakların dağıtımından söz edilir ve bazı bilimsel sonuçlar elde edilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, Sınırlı kaynaklar

T Klin Tıp Etiği 2000, 8:38-45

Summary

In this article, scattering of limited resources is studied and some scientific results are obtained.

Key Words: Health services, Limited resources

T Klin J Med Ethics 2000, 8:38-45

1. Sağlık Hizmetlerinde Amaç

Sağlık hizmetlerinde amaç; toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Toplumun sağlık düzeyi ise, sağlık bakımı hizmetleri olarak adlandırılan, doğrudan sağlık hizmetleri yanında, eğitim, iş, çalışma koşulları, gelir, konut, çevre, bireysel alışkanlıklar gibi diğer birçok etmen tarafından belirlenen çok bileşenli bir sonuçtur. Buradan çıkarılacağı üzere, en genel anlamda, sağlık hizmetleri ya da toplumun sağlık düzeyini yükseltme çalışmaları, doğrudan sağlık hizmetleri ve sağlığı etkileyen diğer hizmetler olarak iki grup altında toplanır ve değerlendirilir. Bunun bir sonucu olarak da, toplumun sağlık düzeyini yükseltme amacı; toplumu sağlık risklerinden koruma (etmenlerle mücadele) ve gereksinimi olanlara, verilebilecek en iyi sağlık bakımı sunma (sonuçla mücadele) şeklinde iki alt amaca bölünür ve öyle açıklanmaya çalışılır.

Tıp ortamında, sağlık risklerinden koruma ya da “koruyucu hizmetler” denilince, genellikle ve

yalnızca aşılama, kemoprofilaksi, aile planlaması gibi koruyucu tıbbi girişimler anlaşılır. Oysa, koruyucu hizmetler kapsamına, yalnızca koruyucu tıbbi girişimler değil, gelir dağılımı, işsizlik, eğitim, beslenme, konut ve su gibi, toplumun sağlığını etkileyebilen faktörlerin tamamı girer. Sağlık bakımı denilince ise, yalnızca tedavi edici girişimler anlaşılır. Oysa, sağlık bakımı koruyucu ve iyileştirici tüm tıbbi girişimleri kapsar.

Sağlık hizmetleri ve amacının bu özelliği, ulusal kaynakların kullanımında, sağlık bakım hizmetleri ile sağlığı etkileyen diğer alanlara yapılacak harcamaların önceliğinin tartışılmasına neden olur. Çünkü; tıp ortamında, sağlık harcamaları denilince genellikle ve öncelikle sağlık bakım harcamaları, bundan da öte yalnızca tedavi edici hizmetler alanına yapılan harcamalar akla gelir. Buna karşılık, toplumun sağlık düzeyine etkisi açısından, toplum sağlığını etkileyen diğer hizmetler alanına yapılan harcamaların sağlık bakım hizmetlerine yapılan harcamalardan daha büyük yararlar getirdiği bilinmektedir. Örneğin; tüm kenti ishal tedavi merkezleri ile donatmak ve gelen ishalleri tedavi etmek yerine, kente yeteri kadar temiz su vermek hem daha büyük yarar getirir hem de daha ekonomik ve daha kolaydır.

Geliş Tarihi: 31.01.2000

Yazışma Adresi: Dr.Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD, ANKARA

Toplumun sağlık düzeyini etkileyen/yükselten çalışmalar planlanırken ya da bu alana ayrılacak kaynaklar tartışırken genellikle iki tür hata yapılır; 1) toplum sağlığını etkileyen diğer konulara ağırlık verilerek, bu alana daha çok kaynak ayrılması gerektiği öne sürülerek, sağlık bakım hizmetleri ihmal edilir, 2) sağlık bakım hizmetlerine ağırlık verilerek, daha çok kaynak ayrılması gerektiği öne sürülerek sağlığı etkileyen diğer hizmetler alanı ihmal edilir. Oysa, ortada ihmal edilebilecek bir konu ya da hizmet yoktur, olmamalıdır. Kaynak ayırmada önemli olan ve hedeflenmesi gereken, ulusal kaynakların, toplumun sağlık düzeyini yükselten tüm hizmet tür ve alanlarına optimal olarak dağıtılması ve ayrılan bu kaynağın da verimli olarak kullanılmasıdır.

2. Kaynak Dağıtımının Etik Boyutu

Günümüzün insanlık değerlerine göre; sağlıklı yaşam ve sağlık bakımı, en kısa ifadesi ile sağlık hakkı, doğuştan kazanılan temel insan haklarından biridir. Devredilemez ve ertelenemez olan bu hakka, ayırt olmaksızın, herkesin ulaşabilmesi gerekir. Başka bir anlatımla, sağlık hakkının, tüm bireyler için ulaşılabilir, eşit ve adaletli olması etik bir ilke ve değerdir. Aynı şekilde, sağlık hakkına ulaşmada bireyler arasında eşitliğin/hakkaniyetin sağlanması da toplumsal bir yükümlülük olarak kabul edilir. Bu nedenle de, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerini yerine getirerek, bireylerin sağlık hakkına ulaşabilmesini sağlamak, toplumsal bir yükümlülük ve onun örgütlü gücü olan devletin yükümlülüğüdür.

Sağlık hizmetlerinde adalet ise; bu alanda kullanılmak üzere, ayrılacak olan kaynağa hakça katılım ve ayrılan bu kaynakların (para, insangücü, araç-gereç) dürüstçe, hakça dağıtılması, kaynakların

kullanımında hakça bölüşüm demektir. Özetle, sağlık hizmetlerinde külfetin ve nimetin hakça bölüşümü demektir. Bu nedenle de, sağlık hizmetlerinde külfetlerin ve nimetlerin toplum kesimleri arasında, bireyler arasında, nasıl eşitçe dağıtılacağı/paylaşılacağına yanıtını aramak ve tartışmak günümüz tıbbi etiğinin önemli alanlarından birisi haline gelmiştir.

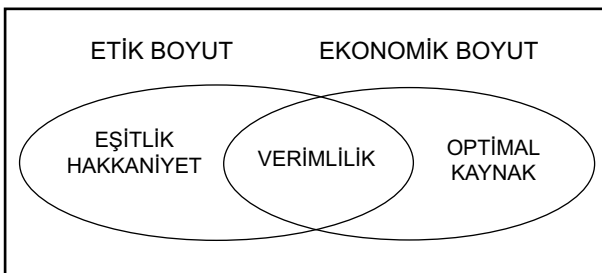
Bireylerin sağlık hakkına kavuşmasını sağlayacak ya da toplumun sağlık düzeyini yükseltecek hizmetlere kaynak sağlama konusu incelendiğinde konunun etik boyutunun yanında bir de ekonomik boyutunun olduğu görülür. Başka bir anlatımla, "sağlık hizmetlerine kaynak ayırma" başlığı altında ele alınan küme, etik ve ekonomi olmak üzere iki alt kümeden oluşur. Bunlardan etik kümesi, eşitlik ve verimlilik elemanlarını içerir. Ekonomi kümesi ise, optimal kaynak ve verimlilik elemanlarını içerir (bakınız yukarıdaki şekil).

Şekilden de açıkça görüldüğü gibi, verimlilik etik ve ekonomi kümelerinin ortak elemanıdır. Daha açık bir anlatımla, kaynakların verimli kullanımını hem etik bir ilke hem de ekonomik bir ilkedir. Buna karşılık, tıp ortamında konu tartışılırken, genellikle olayın etik boyutuna onun da yalnızca eşitlik ve hakkaniyet elemanına ağırlık verilir ve çoğunlukla verimlilik ilkesi unutulur ya da ihmal edilir. Oysa sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların verimli kullanılması, en az eşitlik kadar, önemli bir etik ilkedir. Bu nedenle de, sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak konusu ele alındığında ya da tartışıldığında, olayın etik boyutu irdelenirken bu boyutun iki elemanının da (eşitlik-verimlilik) gözetilmesi gerekir. Aynı şekilde, konunun etik boyutunun yanında ekonomik boyutunun da göz önünde bulundurulması gerekir. Bunlardan birinin diğerine yeğlenmesi ya da kümelerin elemanlarından yalnızca birinin gözetilerek, diğerinin unutulması bizi yanlış sonuçlara götürür.

3. Kaynak Dağıtımının Ekonomik Boyutu

Sağlık harcamalarının ekonomik boyutunun ve ulusal ekonomi içindeki yerinin tartışılabilmesi için; bir kısım ekonomik kavramlar ve ilkelerin bilinmesi ve anımsanması gerekir. Bu nedenle de, bazı ekonomi kavramlarını kısaca anımsamakta yarar vardır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SINIRLI KAYNAKLARIN DAĞITIMI



Kaynak: Herhangi bir üretimde bulunmak için, gerekli olan ya da üretim sırasında kullanılan para, insangücü, araç gereç gibi girdilerin tümüne birden kaynak denir. Sağlık hizmetleri üretmek için gerekli olan kaynakların tümüne de, sağlık hizmeti kaynakları adı verilir.

Genelde ve pratikte kaynak deyimi, para ile eşanlamlı olarak anlaşılır ve öyle kullanılır. Çünkü; insangücü, araç gereç gibi diğer üretim girdileri de paraya dayanır. Ayrıca, bu tür girdilerin para olarak bir karşılığı vardır ve para ile ölçülebilir ve ifade edilebilirler. Bu nedenle de, bu konuşmada da kaynak örneklemeleri daha çok para üzerinden yapılmıştır. Bu durum kaynak ile yalnızca paranın kastedildiği ya da diğer kaynak elemanlarının unutulduğu anlamına gelmemelidir.

Kaynakların Sınırlılığı: Ulusal kaynaklar sonsuz olmayıp bir sınırı vardır. Dolayısı ile ulusal kaynaklardan herhangi bir üretim alanına ayrılacak kaynakların da bir sınırı vardır. Aynı şekilde, sağlık hizmetlerine ulusal kaynaklardan ayrılacak payın bir sınırı vardır ve sağlık hizmeti kaynakları kısıtlıdır. Buna ekonomi biliminde kaynakların sınırlılığı ilkesi denir.

Bu ilkeye göre ekonomide az/düşük veya daha çok/yüksek kaynak ayırma diye bir kavram yoktur. Bu nedenle de, "sağlık hizmetlerine en yüksek kaynak ayrılmalıdır" cümlesi ekonomi bilimi ve ekonomi mantığı açısından yanlıştır. Ekonomide her üretim alanına optimal kaynak ayırmak esastır. Bir üretim alanına optimalden az kaynak ayrılması o hizmetin üretiminde nicel ve nitel yetersizliğe neden olurken; optimalden fazla kaynak ayrılması ise o üretim alanına israfa, diğer üretim alanlarında ise yetersizliklere neden olur. Aynı şekilde, sağlık bakım hizmetlerinde de amaç ulusal kaynaklardan az ya da çok kaynak ayırmak şeklinde ifade edilemez. Amaç; diğer üretim ve hizmet alanlarını da, diğer öncelikleri de gözeterek optimal bir kaynak ayırmak olmalıdır. Sağlık bakım hizmetlerinin kendi içinde de; koruyucu tıbbi hizmetler, tedavi edici hizmetler, tedavi edici hizmetler içinde ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri içinde ise tıbbi girişim türleri/tedavi şekilleri arasında kaynakların optimal olarak dağıtılması amaçlanmalıdır.

Ulusal ekonomiden amaç; ekonomik kalkınmadır. Bu amaç; bütün alanlara optimal kaynak ayırma, kaynakların verimli kullanılması alt amaçlarından oluşur.

Ulusal ekonomi ya da ekonomik kalkınma açısından bakıldığında; bir ulusun geliri; ekonomi bilimindeki ifadesi ile gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), tüketim ve yatırımlar olmak üzere iki şekilde harcanır ve aşağıdaki formülle ifade edilir:

$$GSYİH = TÜKETİM + YATIRIM$$

$$GSYİH = (TÜKETİM + YATIRIM) + (DIŞSATIM - DIŞALIM)$$

Salt ekonomik yaklaşım açısından bakıldığında ve sağlık bakım harcamaları bu formüle yerleştirildiğinde; bu harcamalar bir tür tüketim harcamalarıdır. Dolayısı ile sağlık bakım harcamalarına ulusal gelirden ayrılan pay yatırımların aleyhine olan bir paydır. Bu harcamaların hacminin artması ulusal kaynaklardan yatırımlara ayrılan kaynağı küçültür ve yatırımları baskı altına alır.

Gelişmekte olan ya da sağlık sanayi gelişmemiş olan ülkelerde sağlık bakım harcamaları dışalım ağırlıklı harcamalardır. Bu nedenle de, bu harcamaların hacminin büyümesi GSYİH'nın yurt içinde kalan kısmını dolayısı ile yurt içi hasılayı ve kalkınma hızını küçültür.

Sağlık bakım harcamalarının bu niteliği ya da sonuçları, harcamaların kişilerce doğrudan ve cepten ödemesi ya da dolaylı (vergi/prim) olarak kamu eliyle ödemeleri halinde de değişmez. Yani; sağlık bakım harcamaları ister kamu kaynaklarından karşılsın isterse kişilerce cepten ödensin yatırımları baskı altına alan ve GSYİH'yı küçülten harcamalardır. Bu bilgiler göz önüne alındığında:

a) Her geçen gün, yaşamın tüm alanlarındaki harcamalar artıyor. Ancak, sağlık bakım harcamaları yaşamın diğer alanlarındaki harcamalardan çok daha hızlı artıyor. Bu hızlı artış, tüm ülkelerin yatırımlarını, kalkınmasını ve diğer hizmet sektörlerine ayırdıkları para miktarını baskılayacak boyutlara ulaşmıştır. Bu durum, aile ya da birey düzeyinde de böyledir. Sağlık bakım harcamaları ailenin/bireyin tüm diğer harcamalarını baskılar hale gelmiştir. Bundan da öte, bu hızlı artış ailenin/bireyin sağlık bakım hizmetlerine ulaş-

masının önündeki en önemli engeli oluşturmaktadır. Bu nedenle de, tüm dünyada, ulusal ekonominin en önemli konularından birisi, sağlık bakım harcamalarındaki hızlı artışı frenlemektir. Sağlık bakım harcamalarındaki hızlı artışı frenlemenin etkili ve akılcı yolu ise; bu alana ayrılan kaynakların etkili ve verimli biçimde kullanılmasıdır. Bu gelişimin bir sonucu olarak, sağlık bakımına ayrılabilen kaynakların verimli kullanımı, diğer alanlara göre, daha çok özen gösterilmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

Soru: Sağlık harcamalarındaki hızlı artışa bir sınırlama getirilmeli mi?

Soru: Bu sınırlama nasıl yapılmalıdır?

b) Sağlık bakım harcamalarındaki artışa koşut olarak ve her geçen gün, bu harcamaların kamu kaynaklarından karşılanma oranı da artmaktadır. Örneğin; sağlık bakım harcamaları içinde kamu payını en düşük tutmaya çalışan ülkelerin başında gelen, ABD’de bile; 1965 yılında sağlık bakım harcamalarının %26’sı kamu kaynaklarından karşılanırken 1998’de bu oran %42’ye ulaşmıştır. Tüm gelişmiş ülkelerde sağlık bakım harcamalarının %70’den fazlası kamu kaynaklarından karşılanmaktadır.

Bu harcamaların kamudan karşılanan kısmının büyümesi, diğer kamu hizmetlerinin baskılaması ya da kamu gelirlerinin artırılması (vergilerin yükseltilmesi) sonucunu doğurmaktadır. Bu durum, vergi sisteminin adaletli olmadığı toplumlarda, sağlık bakım harcamalarının yükünün toplumun belli kesimleri (işçi, memur) üzerine yüklenmesine neden olmaktadır. Her iki sonuç da, sağlık bakımı harcamalarındaki artışı sınırlamayı zorunlu hale getirmektedir. Ayrıca, sağlık bakım harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması bu harcamaların eşitlikçi dağıtımına daha da özen gösterilmesi zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir.

Soru: Sağlık harcamalarında kamunun payı artmaya devam etsin mi?

Soru: Bu payı oluşturmak üzere toplanan paraya kişilerin katılımı nasıl olsun?

c) Her geçen gün, sağlık bakım hizmetleri pahalılaşıyor. Bunun bir sonucu olarak, sağlık bakım hizmetlerinin kişiler, toplum kesimleri ve bölgeler arasındaki dağılımındaki eşitsizlik daha da derinleştiriyor. Bu eşitsizlik, (ülkeler-bölgeler),

(kırkent), (zengin-yoksul), (erkekler-kadınlar), (erginler-çocuklar) arasındaki eşitsizlikler şeklinde billurlaşıyor. Bazı toplum kesimleri çok gelişmiş ve bazılarının gerekliliği/etkililiği tartışmalı sağlık bakımı hizmetleri alırken, kadınlar annelik işlevleri ile ilgili ve çok basitçe önlenebilecek nedenlerden ölüyor. Bebeklerin ölümleri, akut solunum yolu enfeksiyonu, ishal gibi çok basit ve önlenebilir nedenlerden ileri geliyor.

Soru: Derinleşen bu eşitsizliklerin önüne nasıl geçilecek?

d) Her geçen gün, sağlık bakım harcamalarında tedavi edici hizmetlerin payı artıyor, koruyucu tıbbi hizmetlere ve sağlığı etkileyen diğer hizmetlere ayrılan pay ise azalıyor.

Soru: Sağlık harcamalarında tedavi hizmetlerinin payı ne olmalı?

Soru: Tedavi giderlerinin, koruyucu hizmetler ve ulusal ekonomi üzerindeki baskısı nasıl önlenebilir?

Bütün bu bilgi, saptama ve soruların ışığında konuyu daha da ayrıntılandırmak gerekirse konunun makro ve mikro olmak üzere iki boyutu vardır. Makro; yani ulusal boyut, mikro yani işletme boyutu.

4. Makro Boyut / Ulusal Politika Düzlemi

Toplumun kaynakları sınırlıdır ve toplum kaynaklarını harcamak üzere sağlık bakımından başka şeylerde vardır. Bu nedenle de gerek diğer hizmetler ve gerekse sağlık bakım hizmetlerinin kendi içinde bir öncelikler sıralaması yapılması zorunludur. Bu arada, belli bir zamanda, topluma uygun sağlık bakımının tanımlanması da önem kazanıyor.

4.1. GSYİH’la İçinde Sağlık Harcamalarının Payı

Ulusal gelirin (GSYİH’nın), sektörler arası dağıtımında, bu sektörlerin öncelik sıralamasını ve bunlara ayrılacak kaynağın miktarını belirleyecek evrensel ölçülerden yoksunuz. Başka bir anlatımla, ulusal gelirin ne kadarının sağlık bakım harcamalarına ayrılması gerektiğini gösteren standart bir ölçüt yoktur. Sağlık bakım harcamalarının ne kadar

olması gerektiği konusunda çeşitli önermeler var. Örneğin; 20/20 inisiyatifi; ulusal devletlerin ve uluslararası destek kuruluşlarının bütçelerinin %20'sini temel sağlık hizmetlerini de içeren sosyal programlara ayırması gerektiğini, Dünya Sağlık Örgütü ise; ulusların, temel sağlık hizmetlerinin gereklerini yerine getirebilmesi için, GSYİH'sının en az %5'ini sağlık hizmetlerine ayırması gerektiğini savunuyor. Ancak, bunların hiçbirisi evrensel olarak kabullenilmiş ölçütler değildir. Bu nedenle de, aşağıdaki çizelgeden de görüldüğü gibi, ülkelerin GSYİH'larından sağlık bakım harcamalarına ayırdıkları paylar arasında büyük farklılıklar var. Ulusal gelirin sektörler arasında dağıtımını tamamen hükümetlerin siyasal tercihleri tarafından belirlenmektedir.

OECD ve Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (%)

OECD Ortalaması	7.2	Almanya	10.5
ABD	14.2	Fransa	9.6
İngiltere	6.9	Türkiye	3.7

Soru: GSYİH'nın ne kadarını sağlık bakım hizmetlerine ayırılmalı?

Soru: Sağlık bakım harcamalarına ayrılacak kaynağın optimali nedir?

Soru: Toplumumuzda sağlık bakım hizmetlerine optimal kaynak ayrılıyor mu?

4.2. Sağlık Harcamaları İçin Para Toplama Yöntemleri

Sağlık bakım hizmetlerinde kullanmak üzere para toplamanın (bu hizmetleri finanse etmenin) yöntemleri belli olup, başlıca dört yöntemden söz edilebilmektedir. Bunlar ise; 1) genel vergi kaynaklı finansman, 2) kamu sigortacılığı, 3) özel sigortacılık ve 4) cepten ödeme yöntemleridir. Bunlar içinden seçilecek olan yöntem, o toplumda / ulusta; a) yeterli / optimal kaynağın oluşmasını, b) kişiler arası nimet ve külfet paylaşımında eşitliği sağlamalıdır.

Sağlık bakım hizmetlerinin genel vergi yolu ile finansmanı yönteminde, genel bütçeden bu hizmetlere ayrılacak payı hükümetler belirliyor. Hükümetlerin tercihlerinin ise, genellikle, sağlık hizmetlerine optimal/yeterli kaynak ayıracak

düzye olmadığı biliniyor. Bu nedenle de, bu yöntemde sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılmıyor/ayrılmıyor. Ayrıca, vergi sistemine bağlı olarak, kişiler arasındaki katılım payı da hakkaniyete uygun olmuyor (külfette eşitsizlik, yük genellikle ücretlilerin sırtına biniyor).

Cepten ödeme ve isteğe bağlı özel sigortacılığın, özellikle düşük gelirli toplumlarda, yeterli kaynak yaratmadığı biliniyor. Bundan daha da önemlisi, cepten ödeme veya özel sigortacılığın kişilerin ve toplum kesimlerinin sağlık bakım hizmetlerine ulaşmasındaki eşitliği bozduğu da biliniyor (nimette eşitsizlik). Bu durum özellikle gelir dağılımının bozuk olduğu toplumlarda çok derin eşitsizliklere yol açıyor. Ortaya çıkan bu eşitsizlik, hizmet üretiminin kamu ya da özel kuruluşlar eliyle yapılması durumlarında da değişmiyor. Olayın temelinde gelir dağılımındaki eşitsizlik ve kişilerin sağlık bakım harcamalarını doğrudan ceplerinden ya da özel sigorta aracılığı ile ödemiş olmaları yatıyor.

Soru: Sağlık bakım harcamaları için para hangi yöntemle toplanmalı?

4.3. Sağlık Hizmeti Türleri

Sağlık bakım hizmetlerinde kullanmak üzere, para toplama yöntemi (finansman yöntemi) bu hizmetlere harcanan paranın hacmini etkilemektedir. Ancak, bu harcamaların hacmini esas belirleyen, para toplama yönteminden daha çok, bu parayı harcama biçimidir. Başka bir anlatımla, toplanan paranın verimli kullanılıp kullanılmamasıdır. Bu nedenledir ki; sağlık ekonomisinin birinci işlevi para toplamak iken ikinci işlevi de bu parayı en ekonomik bir biçimde kullanarak, halktan toplanan paraları, yine ona ve en uygun, ekonomik, verimli ve yararlı bir biçimde harcamaktır. Sağlık bakımı harcamalarındaki artışı durdurmanın yolu da buradan geçmektedir.

Sağlık hizmetlerinde, hastalık, sakatlık ve ölümleri önleyici/koruyucu hizmetlere yönelmesi harcamaların hacmini küçültmenin en önemli ve kestirme yoludur. Gerek doğrudan sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilen; aşılama, erken tanı ve uygun tedavi vb. hizmetler (koruyucu tıbbi girişimler) gerekse dolaylı sağlık hizmetleri kapsamında

değerlendirilen; atıkların zararsızlaştırılması, hava, toprak ve su kirliliğinin önlenmesi topluma yeteri kadar ve temiz su, gıda, sağlıklı konut sağlanması çalışmaları vb. hizmetler (toplumun sağlığını etkileyen diğer hizmetler) kolay ve ucuz (ekonomik) hizmetler olması yanında etkili (cost effectif) ve yararlı (cost benefit) hizmetlerdir. Bu nedenle de, bu hizmetleri önceleyen toplumlarda sağlık bakım harcamalarının hacmindeki hızlı artış kontrol altına alınır. Yapılan harcamalar doğrudan toplumun sağlık düzeyine yansyarak, sağlık düzeyi yükselir ve gelecekteki sağlık bakımı harcamaları da baskı altına alınmış olur. Bu tür harcamalar günü kurtardığı gibi geleceği de kurtarır. Aksine, tedavi edici hizmetleri önceleyen toplumlarda sağlık bakım harcamalarının hacmi hızla büyür ve bu büyüme her geçen gün artar. Bu tür harcama, toplumun sağlık düzeyini yükseltmediğinden, sağlık bakımı harcamaları açısından bir kısır döngü oluşur ve harcamalar kontrol altından çıkar.

Soru: Sağlık sektörü ne tür hizmetler üretmeli? Sektörde, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin dengesi nasıl kurulmalı?

4.4. Tedavi Edici Hizmetler

Günümüzde, tedavi edici hizmetler tartışıldığında bu hizmetlerin hangi tür birimlerce (Kamu birimleri tarafından mı? Özel birimler tarafından mı?) üretilmesi gerektiği en önemli tartışma konularından birisidir. Bu tartışmayı tüm sağlık hizmetleri ya da koruyucu hizmetler için açmadım. Çünkü, koruyucu hizmetler özel sektörün hiçbir zaman ilgisini çekmemekte ve koruyucu hizmetler tüm dünyada kamu tarafından üretilmektedir. Başka bir anlatımla koruyucu hizmetlerin kim tarafından üretileceği diye bir tartışma yoktur.

Tedavi edici hizmetlerin üretiminin özel sektör ağırlıklı olması sağlık bakımı harcamaları hacminde tümoral bir büyümeye, yarara ya da toplumun sağlık düzeyine yansımayan bir büyümeye neden olduğu bilinmektedir. Çünkü; a) özel sektör tedavi edici hizmetlerin tüketimini körükler, b) özel sektör pahalı ve sofistike hizmetlere öncelik verir, c) merkezi bir plandan yoksundur. Harcamalarda ikilemeler ortaya çıkar. Örneğin; İstanbul'daki MR aleti sayısı tüm İngiltere'den

daha fazla olabilir. Bunun bir sonucu olarak, GSYİH'nın tüketim-yatırım dengesinde tüketim payı büyüyerek yatırım payı küçülür, ulusal kalkınma yavaşlar. Sağlık bakım harcamaları hacmindeki büyüme özellikle de ilaç ve tıbbi araç gereç kalemlerinde ortaya çıkar. Bunlar ise, gelişmekte olan ülkelerde dışalılarla sağlanan maddeler olup, dışalım hacmini büyütürler, dolayısı ile de ulusal kalkınmayı yavaşlatırlar. Tüm bunlardan daha da önemlisi, hizmetlerden yararlanma açısından, kesimler arasındaki eşitsizlikler derinleşir.

Soru: Tedavi edici hizmetler hangi tür (kamu/özel) birimlerce üretilmeli?

Soru: Tedavi edici hizmetlerin toplumda eşit dağılımı nasıl sağlanmalı?

5. Mikro Düzlem / İşletme Düzlemi

Günümüzde tedavi edici girişimler ve bunların teknolojisi hem nitel hem de nicel olarak çok gelişti. Her geçen gün de yeni birileri ekleniyor. Bu gelişim, hizmetlerin çok pahalılaşmasına neden oldu. Dolayısı ile, bu hizmetlerin toplum kesimleri arasında eşit dağılımı ile ülke kaynakları ve toplum koşulları ile uyumunun sağlanması çok zorlaştı.

Bir yanda estetik ameliyat sırası bekleyen kişiler. Öte yanda transplantasyon sırası, dializ sırası bekleyen olgular. Bir yanda tedavi sırası bekleyen kanser olguları öte yanda pnömoniden, ishalden ölen bebekler ve kaynak kısıtlılığı nedeniyle rutin uygulamaya giremeyen hepatit aşısı. Yeterli takip ve tedavi göremeyen ilaçlara rezistans tüberküloz olguları.

Özellikle kriz tedavilerine (transplantasyon, dializ, kanser tedavisi ve yoğun bakım) ayrılacak kaynaklar ile aşılama, enfeksiyon tedavisi, akut hastalıkların tedavisi vb. diğer hizmetlere ayrılacak payın dengelenmesi gerekiyor. Bu denge arayışı hastaları destekleyebilecek bilimsel ve teknik olanakların nereye kadar kullanılması gerektiği tartışmasına neden oluyor. Geriye dönüşü olmayan ve büyük maliyetlere neden olan hastalara tedavi uygulanacak mı? Kaynaklar sınırsız olsa bu sorunun yanıtının evet olacağına kuşku yok. Ancak, kaynakların sınırlı olması bu konuyu tartışmalı hale getiriyor. Seçim/tercih yapma zorunluluğunu da yaratıyor.

Soru: Tedavi edici hizmetlerin içeriği ne olmalı?

Soru: Tedavi hizmetlerinde hangi tür hizmetlere öncelik verilmeli?

5.1. Tedavi Birimlerinde Verimlilik

Tedavi birimlerinde verimlilik ilkesine ve tasarrufa çok dikkat edilmiyor. Polikliniklerde yapılan araştırmalar, hastalara reçete yazılırken, başta antibiyotikler olmak üzere, ilaçların seçim ve yazımında yeterli özenin gösterilmediği ve aşırı bir israfın olduğunu gösteriyor. Poliklinik ve acillerdeki ayakta tedavilerde antibiyotik enjeksiyonlarının %25-40'ının gereksiz olduğu tespit ediliyor. Aynı şekilde, kliniklerde kullanılan antibiyotiklerin %50-65'inin endikasyonu olmadan kullanıldığı saptanıyor.

Klinik ve polikliniklerde laboratuvar tetkiki isterken yeteri kadar özenli ve seçici davranılmıyor. FDA'nin bir raporunda direkt akciğer grafilerinin üçte birinin gereksiz olduğu rapor edilmiştir.

Acil servise yatırılıp yoğun tedavi verilen dolayısı ile de maliyeti yüksek olan hastaların seçiminde yeteri kadar özenli davranıldığı söylemek olanaksız. Yapılan araştırmalar, acil servis odalarında yatan hastaların %50'sinin acil bakıma ve yatırmaya gerek olmayan hastalardan oluştuğunu gösteriyor.

Bir araştırmada Birth cihazına bağlı ve sofistike bakım verilen hastaların dörtte birinin (%25)'inin böyle bir bakıma gereksinimi olmadığı saptanmıştır. Bu durum, Birth cihazına bağlanarak, yüksek maliyetli yoğun bakım gören hastaların seçiminde yeterince özen gösterilmediğinin açık kanıtı oluyor. Hastanelerin yoğun bakım servislerinde yatan hastaların bir çocuğun burada yatmasının gereksiz olduğunu saptayan araştırma raporları var. Bir hastanede hekimler uyarıldıktan sonra yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların sayısında %10'luk bir azalmanın olduğu gözlenmiştir.

Kliniklere yatırılan hastaların nereye yatırılacaklarına karar verirken özenli bir seçim yapılması gerekiyor. Aynı şekilde hastaların klinikte kalış sürelerinin titizlikle belirlenmesi gerekir. Kimi hastaların kliniklerde olabildiğince uzun tutulurken kimilerinin de gereğinden erken taburcu edildiği bilinmektedir.

Soru: Tedavi girişim ve teknolojileri nasıl verimli kullanılacak?

5.2. Tedavi Edici Hizmetlerde Eşitlik

Tüm hizmetlerde olduğu gibi, tedavi edici hizmetlerde de kaynakların sınırlılığı ve bu hizmetlerin çok pahalılaşmış olması insanlar arası eşitliği sağlanmasını çok zorlaştırmaktadır. Talebin tümünü karşılayacak insangücü, araç gereç ve ekonomik olanaklara sahip olunması halinde hastalar arasında seçim yapma zorunluluğu olmaz ve hastalar arasında eşitlik sağlamak gibi bir sorunla da karşılaşılmaz. Oysa kaynaklar sınırlıdır ve her zaman talebi karşılayamaz. Acil serviste üç doktor ve üç resüskütasyon aracı var ise, üç tane canlandırma gerektiren hasta geldiğinde sorun yoktur. Tek doktor ve tek araç olduğu zaman bunlara müdahale ve müdahale sırası önem kazanır. Aynı anda başvuran ve canlandırma gerektiren iki hastanın hangisinden önce başlanacak? Yoğun bakım yataklarından hangi hastalar hangi oranda yararlanacak? Hastane kapısına gelen ve gereksinimi olan bir hasta parasal nedenlerle geri çevrilecek mi?

Dializ ünitelerinden hangi hastalar hangi sıra ile yararlanacak. Üç üniteniz var ve beş hasta geldi bunlar nasıl sıraya konulacak? Organ aktarımlarında sıra nasıl verilecek? Sıra belirlemede ölçütler neler olacak? Yaş mı? Para mı? Klinik ağırlık mı? Prognoz mu? Kliniğe on dakika önce gelmiş olmak mı? Lösemili hastaların terminal dönemi genellikle hastanelerde geçer. Bunların hangisi sonuna dek hastanede tutulacak hangisi evine gönderilecek? Özetle, lösemili hastalardan hangisi ve ne kadar hastanede yatırılacak? Bu hizmetlerin insanlar arası dağıtımı nasıl olacak? İnsanların tedavi hizmetlerinden yararlanmasındaki eşitlik nasıl sağlanacak?

6. Tıp Fakültesi / Üniversite Düzlemi

Bir tıp fakültesi mensubu olmam ve de bu konuşmanın tıp fakültesinde yapılmış olması nedeniyle, konuya bir parça da tıp fakülteleri düzleminde değinmek istiyorum. Bilindiği gibi, tıp fakültelerinin; eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunmak gibi üç temel işlevi vardır. Sınırlı kaynakların dağıtımı açısından bakıldığında, tıp fakültelerinin işlevleri konusunda şu soruların yanıt-

larının aranması ve tartışması gerekir. Kuşkusuz ki bu sorulara daha başkaları da eklenebilir. Ancak, benim ilk aklıma gelenler ve de temel olan sorular bunlar.

Tıp Fakültelerinin Eğitim İşlevine İlişkin Sorular

Soru: Öğrenci seçimi hakkaniyete uygun mu?

Soru: Öğrenci sayıları verimlilik ilkelerine uygun mu?

Soru: Ders programları ülke sorunlarıyla örtüşüyor mu?

Soru: Konular uygun/verimli işleniyor mu?

Soru: Öğrenci-öğretim üyesi ilişkileri etkili ve etik mi?

Tıp Fakültelerinin Araştırma İşlevine İlişkin Sorular

Soru: Araştırma sayısı yeterli mi?

Soru: Ülke sorunları ile örtüşüyor mu?

Soru: Araştırma etiğine ne kadar uyuluyor?

Tıp Fakültelerinin Sağlık Bakım Hizmeti Sunumuna İlişkin Sorular

Soru: Sunulan hizmetler toplumun gereksinimleri ile örtüşüyor mu?

Soru: Öncelikli sorunlara ne denli önem veriliyor?

Soru: Kişiler arası seçimde eşitlik sağlanıyor mu?

Soru: Verimlilik ilkelerine uyuluyor mu?