

## SAĞLIK VE VERİMLİLİK

### Dr. Haldun Öniz

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Onkoloji Uzmanı

*“Optimalin üzerinde hekim, hemşire ya da hastane vb.nin artmasını amaçlayanlar ya toplumun sağlığındaki iyileşmenin ne anlama geldiğini bilmiyordur ya da kafasında toplumun sağlığının iyileştirilmesi dışında bir amaçları vardır.”*

*V.R.Fuchs*<sup>1</sup>

Sağlık kişinin satın alacağı bir hizmet değil, devletin herkese, her zaman, her yerde sunmakla yükümlü olduğu bir haktır. Nerede yaşarsa yaşasın, herkes sağlık hizmetlerine erişebilme ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanma yönünden eşit şansa ve olanağa sahip olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1946'daki anayasasında sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır.<sup>2</sup>

Tanımdan da anlaşıldığı gibi sağlık çok faktörlü bir sistem olduğundan kişilerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak için yapılacak hizmetler ve verilecek politik kararlar çok yönlü olmak zorundadır. Yalnız hastaların tedavisi ve kişiye yönelik geliştirmeyi öngören programlar belirlenen sonucu veremez. Sağlık hizmetinde en önemli nokta kişilerin önce sağlıklarını kaybetmemelerinin sağlanmasıdır. Bunun için öncelikle çevrede sağlığı olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fizik ve sosyal etkenleri kaldırmak, sağlığı destekleyen uygun konut, çalışma ve dinlenme koşullarını ve dengeli beslenmeyi sağlamak, aşılama, kadınlarda aşırı doğurganlığı önlemek ve kişilere sağlıklarını nasıl koruyacaklarını öğretmek gerekir.<sup>3</sup>

İnsanların sağlığını korumayı, geliştirmeyi, hastalandıklarında en uygun yöntemle tedavi etmeyi, sakat ve kronik hasta olduklarında yaşama uyumlarını sağlamayı amaçlayan hizmetlere sağlık hizmetleri; bu hizmetlerin sunucuları, yararlanıcıları, tesisleri ve donanımı ile birlikte oluşturduğu bütünlüğe de sağlık sektörü denilmektedir.

Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir örgüt tarafından yürütülür. İlki birinci basamak (ayakta ve evde tedavi) hizmetidir. Bu basamakta hekimler, kişilerin yerleşme yerlerine kolayca

erişebilecekleri şekilde yayılmış olmalıdır. Bu basamaktaki hekimler hastanede muayene ve tedavi edilmesi gereken hastaları seçerek ikinci basamağa (hastaneler) gönderirler. Üçüncü basamak ise yüksek teknolojinin gerektiği uygulamaların yapıldığı kurumlardır.<sup>3</sup>

Verimlilik, ekonomide üretilen malın veya elde edilen faydalı işin onu üretmek için kullanılan girdilere veya elde etmek için harcanan/tüketilen işe oranı olarak hesaplanır. Kar amacıyla mal üreten ticari kuruluşlarda verim “Çıktı + Kar / Girdi” şeklinde formüle edilebilir. Kaynakların zarar etmeden en uygun ve faydalı kullanımı ekonomik yönden işletmenin verimliliğidir. Ekonomik imkanların yüksekliği, bilinçli ve doğru yönetim işletmelerin verimliliğini artırır. Sonunda her türlü konuda (tüm üretim ve tüketim sektörlerinde vb.) işletmenin yaptığı, ürettiği iş artar.<sup>4</sup>

Sağlık hizmetlerindeki verim ise ekonomik para kazancı değildir. Elde edilen ürün toplumsal yarar olmak durumundadır.<sup>1-3</sup> Alıcılar açısından bakıldığında, sağlık hizmetinin alımı ertelenebilse bile, bu hizmet bir kez zorunlu hale geldiğinde alternatifi yoktur. İnsanlar ciddi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında, bu soruna ilişkin hizmet ne ise, bu hizmeti almak zorundadır. Rastlantısaldır, istem esnekliği çok yüksektir. Boyutunun, kapsamının, zamanının, öznesinin, süresinin, yerinin kestirilmesi güçtür. Hizmet sunumunu başvuran değil hekim belirlemektedir. Kullanıcının yönlendirici bir seçimi olmadığından arz-talep ilişkisi sağlık alanında yoktur. Sağlık hizmetleri piyasa mekanizmasının işleyişine bırakılacak olursa bazı hizmetler ve ürünler hiç üretilmeyecek ve bazıları da uygun olmayan miktarlarda üretilebilecektir.<sup>5,6</sup> Bu nedenle sağlık ve eğitim hizmetleri doğrudan meta üretimi olmayıp, sermaye üzerindeki yüklerin sosyalize edildiği ara hizmet niteliğindedir ve gerçekte birer yatırım ögesidir.<sup>2,3</sup> Toplumun sağlıksızlıktan korumak, erken ve tam tedavi etmek, tedavi edilmeyenleri de en iyi esenlendirme ve rehabilitasyon sağlayarak iş gücü kaybından korumak üzere çalışmak verimliliği beraberinde getirir. Bir toplumda hastalanma ve ölüm hızlarının iyileşmesi ekonomik performansı önemli boyutlarda etkiler. Bu etkiler üretimin artışı ve işten kalma süresinin azalması olarak basite indirgenebilir. Bir Japon atasözünde de belirtildiği gibi ‘Hekimin akıllısı hasta ile değil, sağlamlarla uğraşır’. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektöründe hasta ile sağlık sistemi arasında en yüksek verimin elde edilmesini sağlar. Sonuç olarak güçlü bir toplum sağlıklı ve iyi eğitilmiş kişilerden oluşur.<sup>1-6</sup>

1980’lerden başlayarak az gelişmiş dünyanın kurtuluşu olarak gösterilen, bilgi, eşya, sermaye ve insanların politik ve ekonomik sınırları aşan akışı olarak tanımlanan, aslında sermayenin üretim verimliliğinin evrensel boyutta artmasını hedefleyen ve kapitalizmin bilinen son

aşaması olan ‘Küreselleşme’, toplumsal yaşamın her alanında yükselen değerleri değiştirmekte, günlük, kısa dönemli çıkarları, insan hakları, demokrasi, çağdaş yaşamla tersine bir gelişmeyi, ilkel, en acımasız güdülerini harekete geçirmektedir. Birey olma adı altında bencilleşme, sevgi yerine sevgisizlik, dostluk yerine yabancılaşma geçerli olmakta, dayanışma suç sayılmaktadır.<sup>7</sup> İnsan hayatı görünürde çok önemsenmektedir, ancak bu önemsemeye yoğun bir korku eklenmiştir. İnsana “uzun yaşa ama, soyut, yalın, güçsüz, tek başına, dayanışmadan –çaresiz ve baş eğmiş bir insan olarak” denilmektedir.<sup>8</sup>

Buna bağlı olarak sağlık sektöründe de yoğun bir dönüşüm süreci yaşamakta, içinde bulunduğumuz sağlık sistemi insani olmaktan giderek uzaklaşmakta ve pazar ekonomisine teslim olmaktadır. Oluşturulan tüketim toplumu, temel üretici ve tüketici gücünü oluşturan ve hastalık yapıcı doğası nedeniyle hasta ettiği insanı tıbbın yardımıyla yeniden üretim sürecine katarken, onu yalnız sağlığında değil tükettiği sağlık malları ve hizmetleri nedeniyle hastalığında da bir tüketici olarak sömürmektedir. Tüketmek için var olduğuna inandırılan toplum, sağlık hizmetini kendisini her türlü rahatsızlıktan arındıracak bir araç olarak algılamakta, niçin hastalandığını sorgulamamakta ya da tıp hizmetinin belirlediği alanda sorgulamakta, sağlığına yabancılaşmaktadır. Toplum sağlığı ve koruyucu hizmetlere öncelik tanıyan sağlık politikalarından uzaklaşılması tedavi ayrıntılarının önem kazanmasına, daha fazla ilaç tüketimine, teknoloji kullanımının gereğinden çok önem kazanmasına ve gereksiz aşırı kullanımına neden olmaktadır. Bu dönüşüm ile birlikte sağlık sektörü sermaye ihtiyacı gerektiren bir hizmet sunum alanına dönüşmüştür. Bu politikaları destekleyen olumsuz yayınlar, etkili tanı yöntemleri kullanılmadan hastalıklarına doğru tanı konulamayacağı inancının hastalar arasında yaygınlaşmasına yol açan kültürel değişime yol açmakta, sağlıkta özelleştirme adı altında paranın egemenliği sağlanmaktadır.<sup>6,9</sup>

DSÖ’de bu değişikliğe uyum sağlayarak 1946’da Anayasa’sına koyduğu sağlık tanımını 1981’de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniden belirlemiştir. Bu, herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğunu, bunu sağlamak için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorunda olduğunu kabul etmek anlamına gelmektedir. Artık ‘iyi olduğun kadar sağlık hizmeti alırsın’ görüşü geçerli hale gelmektedir.<sup>10</sup>

Türkiye’de genel olarak bir sağlık bilincinin oluştuğunu söylemek mümkün değildir. Türkiye’de halk, sağlık hizmetlerini bir hak olarak değil, gerektiğinde başvurulacak bir ihtiyaç

olarak görmekte, sağlıkla ilgili duyarlılığı onun bir masraf kapısı olmasında odaklaşmaktadır. İnsanlar sağlığı tüketim maddelerinde, okul masraflarında vb. olduğu gibi, ama bunlara göre ertelenebilir bir masraf kapısı saydıklarından sağlık sektörü ve hizmetleriyle ilişkilene ancak yumurta kapağına geldiğinde gerçekleşmektedir. Günümüz neo-liberal yönelimleri de, sağlığın ve dolayısı ile sağlık hizmetlerinin bir ihtiyaç olduğunu, her ihtiyaç gibi bunun da ücrete tabi olması gerekliliğini sürekli vurgulamaktadır.<sup>11</sup>

Aslında, merkezine insanı koyan, sağlık hizmetlerini hastalıkların tedavisi kavrayışına değil, hastalıkların oluşumunun engellenmesi noktasına oturtan, nüfusa göre örgütlenme, ekip hizmeti ve halkın katılımı ile birinci basamak sağlık hizmetlerini yaygın, ulaşılabilir hale getiren ve tedavi hizmetleri ile entegrasyonunu sağlayan, dar bölgede çok amaçlı sağlık hizmetleri, risk gruplarına öncelik verilmesi, sağlık hizmetlerinin ulusal koşullara uygun ve özgün olması gibi evrensel ve çağdaş ilkeleri de içeren bir sağlık örgütlenmesi Türkiye’de 1961 yılında yasalaşmıştır.<sup>12</sup> Ancak 224 sayılı Sağlığın Sosyalizasyonu Yasası, uygulamada ciddi sorunlarla karşılaşmış, ya gönülsüz yürütülmüş ya da engellenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin tam süre çalışma ilkesi yok edilmiş, hizmetlerin ücretsiz verilmesi ilkesi değiştirilmiş, gezici hizmetler aksatılmış, nüfus tesbitleri yok sayılmış, sevk zinciri işletilememiş, sağlık ocakları çalıştırılmamış ve en önemlisi hizmeti yürütecek sağlık personeli yetiştirilmemiştir.<sup>13</sup>

Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi yeni sömürgeciliğin örneklerini oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkeler, tıp merkezleri kurmaya ve batı standartlarında hekim yetiştirmeye özendirilmekte, tıp merkezleri, gelişmiş ülkelerin tıp araç ve gereçleriyle ilaç sanayiine iyi bir pazar oluşturmaktadır. Hekimler, hemşireler ve ebeler, eğitimleri süresince tıp merkezlerinde veya en azından bir hastanede çalışmak için şartlandırılmaktadır. Buralarda koruyucu sağlık hizmetlerinden uzak yetişen, altı yıl hasta bakımından başka bir şey görmeyen hekimler, bir sağlık ocağının basit olanakları içinde, kendilerinden bilmedikleri bir hizmeti vermeleri beklendiğinde, mesleki yönden tatmin olamamakta ve sonuç olarak ya uzmanlaşmaya çalışmakta ya da gelişmiş ülkeler için ucuz hekim kaynağı oluşturmaktadır.<sup>9,14</sup>

1983 sonunda kurulan Özal hükümetinin çalışma programında açıkça belirtilen çerçeve, ‘herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi’ni hedef almaktadır. Buna bağlı olarak 1980’lerin sonu ile 1990’ların başından itibaren Türkiye “Sağlık Reformu” adı altında, sağlık hizmetlerinde devlete ağırlık tanıyan yarım yüzyıllık gelenekle hiç bağdaşmayan, “sosyalizasyon” uygulamasının kazandırdığı bir çok kurumu,

deney ve bilgi birikimini dışlayan, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini tümüyle birbirinden ayıran ve tedavi edici hizmetlere ağırlık veren, rekabet adı altında, etik ve deontolojik kurallarla bağdaşmayan ve sağlık çalışanlarını birbirine düşürmeye yönelik bir sistem oluşturan, tümüyle Batı'dan aktarılmış, sağlık hizmetinin kalitesinden çok, getireceği karı düşünen bir mantıkla hareket eden ve sağlık hizmeti anlayışı yerine otelcilik hizmeti anlayışını yeğ tutan, her alanda tüketimi artıran “paran varsa, sağlığını korur, kazanır ve geliştirirsin” anlayışını benimseyen, maliyeti çok yüksek bir modele, hiç uygun olmayan bir alt yapıyla yaklaştırılmaya başlanmıştır.<sup>6</sup>

Bugün Türkiye’de bu dönüşüme son nokta ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile konulmak istenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta primi, bütçe ve katkı payından oluştuğu (Genel Sağlık Sigortası) çağdaş bir uygulama olarak ‘Aile Doktorluğu’ modeline geçilmesi tartışılmakta ve halk bu geçişe hazırlanmaktadır.<sup>15</sup> Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi verimsiz gösterilerek karalanmakta, bu sistemi savunma ise bir tür tutuculuk ve değişime karşı olmak olarak nitelendirilmektedir. Ancak söz konusu modelin Türkiye için uygun olduğu ve iyi işletildiği zaman çok başarılı olabildiği uzun yıllar süren uygulamalarla ülkenin bir çok yöresinde kanıtlandığından olsa gerek, 224 sayılı yasa ve gerekçelerinin içinde geçen tanım ve kavramların günümüz modern sağlık anlayışı olan ‘Aile Doktorluğu’ ve ‘Genel Sağlık Sigortası’ modeli ile örtüştüğü belirtilebilmektedir.<sup>16</sup>

Oysa gelişmekte olan bir ülke genel bütçeden ayrılan payın ülkeye özgün rantabl bir modelle sunulmasını öngören bir sistemden ‘Genel Sağlık Sigortası’ ya da herhangi bir kaynağı esas alarak, özelleştirilmiş bir sağlık sistemine geçecek olursa aşağıdaki sonuçlar kaçınılmaz olacağı belirtilmektedir.<sup>1,15</sup>

- 1 - Sağlık kaynakları duyarlılığı yüksek araç ve gereç transferine kayacaktır.
- 2 - Bu ülkelerde kurulamamış olan tıbbi araç ve gereç standarizasyonu kurulamaz hale gelecektir.
- 3 - Laboratuvar değerlendirmelerinde kit bağımlılığı artacaktır.
- 4 - Sağlık kaynakları temel sağlık hizmetleri ya da o ülkede gerçek anlamda mortaliteye müdahale edebilecek alanlarda kullanılmayacaktır.
- 5 - Ülkede sağlık eşitsizliği artacaktır. Risk yaklaşım olanağı hemen hemen olmayacaktır. Eşitliğin daha fazla hizmet gereksinimi olana daha fazla hizmet götüreceği biçimde sağlanması mümkün olmayacaktır.

6 - Sağlık görevlileri ve özellikle hekimler nadir ve tedavisi güç hastalıkların tanı ve tedavisine ya da o ülke için gerçek anlamda sağlık sorunu olmayan hastalıklara kayacaktır. Bu, yukarıda tanımlanan ve başlangıçta sadece pazardan sadece pay kapabilmek amacıyla başvuru alan uç teknoloji transferinin bu kez zorunlu olarak yapılmasını gerektirecektir.

7 - Çoğu kez hekim sayısının artırılması ile durumun giderilmeye çalışılması sadece işsiz hekim sayısının artmasının sağlamla sonuçlanacaktır.

8 - Hekimlerin akademik araç ve gereçlerle yapılan değerlendirmeler için kullandıkları endikasyon sınırı genişleyecek, gereksiz ve aşırı tetkik ve değerlendirme oranı çok yükselecektir.

9 - Hastalar da sigorta olanaklarını savurgan olarak kullanmaktan kaçınmayacaktır. Bu da ülkenin ekonomisine yük olacak oranda sigorta maliyetinin yükselmesine yol açacaktır.

10 - Sağlık hizmeti pahalacaktır. Bu pahalama hem yukarıda sayılan nedenlerle hem de doğabilecek tazminat vb. gibi yaptırımlara karşı hekimin tetkik yapmış olma güvencesine sığınmak istemesi sonucu ortaya çıkacaktır.

11 - Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikteliği maliyeti düşürücü en önemli unsurdur. Ancak söz konusu sigorta sisteminde bu birliktelik ortadan kalkacak, bu da maliyeti artırıcı en önemli etkenlerden birisi olacaktır. Zaman içerisinde koruyucu ve tedavi edici uygulamalar ayrı nitelikte kişilerin görevi olarak görülecektir. Özendiriciliği sağlanamayacak olan koruyucu hekimlik uygulamalarına yeterli ve etkin insan gücü bulabilmek zorlaşacaktır.

Amaç, halkın sağlığını iyileştirmek ve etkili bir hizmet sunmak ise bunun yolu mevcut sistemi tepeden tırnağa değiştirmek değil, mevcut sistemin bilimsel bir değerlendirmesinin yapılması ve uygulayıcıların kusurlarından kaynaklanan eksiklerin giderilerek modelin işler duruma getirilmesidir. Görülecektir ki gerekli yatırım yapıldığı ve yeterli personel istihdamı sağlandığı takdirde sunulan hizmetin verimliliği ve niteliği daha da artacaktır. Sağlık hizmetinin yürütülmesinde esas hedef olan toplumsal yarar, sağlık kurumları arasında rekabet ve kar etmeyi önceleyen bir yaklaşım yerine işbirliği ve bölgesel planlamayı esas alan bir yaklaşımla sağlanabilir. Bu arada halkın sağlık bilinci yükseltilmeli, kamu yönetimi ve sağlık kurumlarına güveni yeniden sağlanmalı, yabancılaştırmanın kırılması yönünde çaba gösterilmelidir. Sağlık eğitiminde pazarın istediği, her yakınmaya ya da bulguya ayrı test, ayrı ilaç ya da cerrahi girişim gibi, hastalığı ön plana alan yaklaşım yerine “hastalık yok, hasta vardır” görüşü ön plana çıkarılmalıdır.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR:

- 1 - Çağatay Güler. İnsan, ekonomi ve sağlık. *Sağlık ve Toplum* 1990;1(4):35-8
- 2 - Nusret Fişek ve Hekimlik. Türk Tabipler Birliği Yayını, 1991
- 3 - Rahmi Dirican. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları: Sağlık Yönetimi. Türk Tabipler Birliği Yayını, 1997
- 4 - Sema Pişkinsüt. Sağlık hizmetlerinde verimlilik. *Toplum ve Hekim* 1994;9:90-2
- 5 - Ahmet Saltık. Yeni Dünya Düzeni ve Cumhuriyet sağlığı. *Teori* 2002;151:22-39
- 6- Ata Soyer. Sanayi devriminden küreselleşmeye darbeden AK Partiye sağlığın öyküsü. Sorun Yayınları, 2004
- 7 - Kemal Sayar. Bedenimi alabilirsin, tabii, ruhumu da! Küreselleşmenin psikolojik boyutları. *Defter* 2001;14(44):75-104
- 8 - Osman Aykaç. Bir olay: Kerbela, Trajedi ve Haysiyet. *Defter* 2000,14(40):107-116
- 9 - Osman Şadi Yenen. Tıp eğitimimizde güncel sorunlar. *Teori* 2002;151:14-21
- 10 - Gazanfer Aksakoğlu, Yonca Sönmez. Küreselleşme ve toplum sağlığı. *Toplum ve Hekim* 2003;18:196-9
- 11 - Metin Çulhaoğlu. İdeoloji ve sağlık. *Toplum ve Hekim* 2003;18:175-80
- 12 - On soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Türk Tabipler Birliği Yayını, 2001
- 13 - Rahmi Dirican. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve başarısızlık nedenleri. *Toplum ve Hekim* 1994;9:49-51
- 14- Rahmi Dirican. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları-III: Eğitim, Tıp Eğitimi, Uzmanlık, Sürekli Eğitim ve diğer konulardaki yazılar. Türk Tabipler Birliği Yayını, 1999
- 15 - Sağlıkta dönüşüm programı, 2003 Türkiye'sinde halka ve hekimlere/sağlık personeline ne getiriyor? Türk Tabipler Birliği Yayını, 2003
- 16- A. Reşat Doğusan, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, Sinan Korukluoğlu, Mehmet Uğurlu. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun amacına ulaştı mı? *Temel Sağlık* 2004;1(2):25-30