

ÇEVİRİ**MİKRO-DAĞILIM:
HASTALAR ARASINDA SEÇİM YAPMA****John HARRIS***Çeviri: Murat CİVANER***

Hastalar arasında seçim yapma gerekliliğinin önkabulü, kaynakların kısıtlılığıdır. Kısıtlılık kökten olabilir; böyle durumlarda gereksinim duyan herkese hizmet sunmak için yeterli kaynak yoktur. Sonuçta bazı hastalar kendilerine sıra gelene dek hizmet almadan beklerler, hatta ölüme terk edilirler. Kısıtlılık bazen de göreceli olabilir. Hastaları önceliklerine göre sıralamak gerekir; ancak eninde sonunda tamamı hizmet alır.

Sağlık hizmetlerinde kaynakların kısıtlılığının kalıcı ve kaçınılmaz bir durum olduğu, genellikle bir aksiyom olarak alınır. Kaynakların sınırsız olmadığı, dolayısıyla istemin artmasıyla kısıtlılığın gündeme gelmesinin kaçınılmaz olduğu savlanır. Bu sav hakkında iki şey söylemek gerek. Birincisi, kaynaklar sonsuz değildir; ama sonlu da değildir. Kaynaklar tanımlanmamıştır. Herhangi bir bütçe, diğer bütçelerden kısıntı yapılarak artırılabilir. Bu da, önceliklerin daima yeniden değerlendirilebileceği anlamına gelir. İkincisi, bu savın diğer parçasını yadsımak için de temeller var. "İstem potansiyel olarak sonsuz ve sürekli artmakta; bu durum sağlık sistemlerinde yaşanan ve giderek artan sorunlarca da doğrulanıyor" deniyor. Bu sistemlerin istemleri karşılamadaki sorunları, artan istem nedeniyle değil, azalan destek nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Oppenheimer, 1988a:17). Dahası, "ücretsiz bir hizmete

olan istem sonsuz olur" savı, Oxfordlu ekonomist Peter Oppenheimer'in gösterdiği gibi, "boş konuşmak"tır.

Ücretsiz bir hizmete yönelik istemin miktarı, başvuranların başvurmakla artık birşey elde edemeyecekleri noktaya belirlenir. Bu durum, tıbbi hizmetin birçok biçimine makul sayıda başvuru olmasıyla da kendini gösterir (ki, halk kütüphaneleri ve tuvaletler için de bu durum geçerlidir) (Oppenheimer, 1988b).

Yine de, bu metinde hastalar arasında seçim yapma gerekliliği olduğunu varsayacağım ve bu tür kısıtlılıkla baş etmek için önerilen yolları etik açıdan inceleyeceğim.

Sağlık hizmeti gereksinimi nedir?

Hastaların öncelikleri genellikle hizmet gereksinimlerine göre belirlenir. Gereksinim ise sıklıkla hizmetten yararlanma derecesi ya da hastanın yararlanma kapasitesiyle tanımlanır, ki bu da yararlanma kapasitesi arttıkça gereksinimin artacağı anlamına gelir.

İnsanlar en fazla gereksinimi olana öncelik verilmesi gerektiğini ileri sürerken, gereksinim sözcüğünden farklı şeyler anlıyor olabilirler. Sağlık hizmetine en fazla gereksinimi olan hastanın, en çok acı çeken, sağlık durumu en kötü olan, sağaltımdan sonra sağlık durumu en kötü durumda olacak olan, sağlık hizmetinden en fazla yararlanabilecek olan ya da sağlık hizmetine çok fazla gereksinimi olduğunu hisseden hasta olduğunu düşünebiliriz. Tabii burada sağlık gereksinimini, sağlık

**Micro-allocation: deciding between patients. İçinde: Kuhse H, Singer P. A Companion to Bioethics. Blackwell Publishers, Oxford, 2001. s.293-305.*

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD

hizmeti gereksiniminden ayırmak konusunda dikkatli olmamız gerek. Sağlık hizmeti sağlığın, sağlık hizmeti sunulmadığı durumdan daha iyi olacağına güvencesini veremez ve sağlığa gereksinim olması, yetersiz ve boşuna sağlık hizmeti sunma savı için yeterli bir temel sağlamaz.

Uygulamada geçerli olan, sağlık hizmetini en fazla gereksinenlerin, sağlık hizmetinden en fazla yararlanacakları olduğu düşüncesidir. Bu görüşe göre, gereksinimin derecesi, yaşam-yılları ya da niteliğe göre düzeltilmiş yaşam-yılları (NDYY - QALYs) üzerinden ölçülen hizmetten yararlanma kapasitesinin derecesine eşittir. Sağlık hizmetiyle kazanılacak NDYY arttıkça, gereksinim de artar (Williams, 1985).

Sağlık hizmeti gereksinimi, yararlanma kapasitesi yaşamın niteliği ve niceliğine göre ölçüldüğünde, hizmetten yararlanma kapasitesine eşit midir?

Sağlık hizmeti gereksiniminin derecesi en azından üç boyuta sahiptir:

1. Gereksinimin acilliği, yoğunluğu ya da önemi
2. Gereksinim duyulan şeyin miktarı
3. Bireyin gereksinim duyduğu şeyden yararlanma kapasitesi

Tom "Bir içkiye çok ihtiyacım var", Dick ise "İçsem de olur içmesem de" dediğinde, farklı derecede gereksinimi ilk anlamda belirtmektedirler. Eğer Tom "Susuzluğum on litre bira içmeden geçmeyecek", Dick ise "Bir iki bardak benim için yeterli" diyorsa, yine farklı derecede gereksinimi ikinci anlamda belirtmektedirler. Eğer kendi içkilerini içtikten sonra Dick "Sadece susuzluğum geçmedi, ayrıca kendimi çok iyi hissediyorum", Tom ise "Susuzluğum geçti, ama hala berbat hissediyorum" diyorsa, farklı derecede yararlanmayı dile getiriyorlar anlamına gelir. Son olarak, Tom "Yarın ve sonraki hergün on litre bira içeceğim", Dick "Bu iki litre beni bir hafta idare eder" diyorsa, gereksindikleri miktarın farkını belirtiyorlardır.

Tom'un gereksinimi ilk iki anlamda daha büyük iken, Dick'in yararlanma kapasitesi son iki anlamda daha fazla olduğundan Dick'in biraya Tom'dan daha fazla gereksinimi olduğu söylenemez. 'Daha fazla miktara gereksinim duyma'nın 'daha fazla gereksinim' ile aynı olmaması gibi, 'yararlanma kapasitesinin daha fazla olması' da, 'gereksinimin daha uzun süre karşılanması' da, 'gereksinimin acilliği, yoğunluğu ya da önemi' ya da 'gereksinim duyulan şeyin miktarı' ölçütlerinden daha iyi değildir.

Burada, öznel bir gereksinim kavramını kullanan bir örneği seçtiğime dikkat edilmeli. Ancak bunu sadece gereksinimin farklı boyutları arasındaki farkı netleştirmek için yaptım. Bu farklılıklar doğaldır ki, barınma ve beslenme gibi herkes için ortak olduğuna inanılan 'nesnel' gereksinimler için de geçerlidir.

Sağlık hizmetine geri dönersek, sağlık gereksinimi ile sağlık hizmeti gereksinimi arasında, sadece sağlık hizmeti sağlıklı kılamadığında söz konusu olan bir fark vardır. Hastaysam ve tıbbın benim için yapabileceği birşey yoksa, sağlığa gereksinimim olmasına rağmen, sağlık hizmetine gereksinimim olduğu söylenemez. Öyleyse sağlık hizmetine gereksinim, sadece sağlık hizmetinin bireye yararlı olma derecesinin tek bir ölçütüne eşitlenemez.

Ekonomistler ve bazı yarırcılar, nasıl ölçüleceğini bildiklerine inandıkları için gereksinimi yararlanma kapasitesine eşitlerler. Ekonomist ve yarırcıları ne kadar sevsek de, gereksinimi ölçmek için bir yol sağladığından İngilizcede (ya da başka bir dilde) korsanlık yapmalarına izin verilemez. Yapabilecekleri, gereksinimin çok sayıdaki boyutundan birini ölçebilmek için bir yol önermektir.

Elbette sağlık hizmeti sunumunda öncelikleri belirlemek için gereksinimi en önemli ölçütlerden biri olarak kullanmamayı önermiyorum. Ancak yapmamız gereken, gereksinimin hangi boyutlarının, sağaltım ya da varolan sağlık hizmeti kaynaklarına daha fazla gereksinime işaret etmekte haklı bir gösterge oluşturduğuna karar vermektir.

Böyle bir gösterge için akla yatkın bir aday, sağlık hizmeti sunulmazsa hastanın ne kaybedeceğini sorgulamak ve kaybın büyüklüğünü değerlendirmeye çalışmaktır. Bu görüşe göre, yaşamın kaybı yaşam niteliğindeki kayıptan daima daha büyük olacaktır. Ancak yaşamın kaybı durumunda, kaybedilen yıllar arttıkça kayıp da artar mı? Sağaltımla daha az yaşam-yılı kazanılabilecekse, bu sav zavıflar mı? Birçokları böyle olduğunu düşünse de, bu soruya olumlu yanıt vermek gerektiğini düşünmek, mantık hatası yapmak olur. Gerçekte, kimse belli bir anda hastanın ne kadar daha yaşayabileceğini öngöremez; kaybın büyüklüğünü bu yolla ölçmek her zaman spekülatifdir.

Bir milyoner ve düşük ücretli işçisi herşeylerini aynı anda bir borsa krizinde kaybetse, bir kayıp anlayışına göre, her biri aynı derecede kayba uğramıştır; çünkü her ikisi de herşeylerini kaybetmiştir. Başka bir anlayışa göre ise, toplam anlamında farklı kayıplara uğramışlardır. Kaybın değerlendirilmesinde bu iki farklı yaklaşımı uzlaştırmanın kolay bir yolu yok. Eğer kayba eşitlikçi bir yaklaşım arıyorsak, kaybı en aza indirmek için neden kaynakları milyonere yönlendirmemiz gerektiği açık değil. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların, sağlık kaybını en aza indirmek ya da olası en fazla sağlık kazancını elde etmek için ayrıldığını kabul etsek bile, eğer erken ölürse daha fazla yaşam-yılı kaybedecek kişinin, daha az yaşam beklentisi olan kişiye göre daha fazla kayba uğrayacağı gösterilemez. Sağlık kazancının ölçütünün, niteliğe göre düzeltilmiş ya da değil, yaşam yıllarının sayısına eşitlenmesi gerektiği de gösterilemez. Her iki taraftan da savlar ileri sürülebilir, ancak gereksinimi yararlanma kapasitesi olarak tanımlamak, ardından da sağlık hizmeti sunumuyla yaşam-yılları arttıkça hizmet gereksiniminin arttığını savlamak, sadece gereksinimin nasıl belirlendiği sorusunu akla getirir.

Sağlık sistemi NDYY'yi artırmaya çalışmalı mı?

Sağlık kazancının ve sağlık sisteminin sunulacak hizmetin tanımlanmasında, yaşam-yılları yaklaşımının (niteliğe göre düzeltilmiş olsun ya da olmasın), hangi hastanın sağlık hizmetine daha fazla gereksinimi olduğu sorusuna yanıt vermekte yetersiz kaldığını gördük. Ancak yine de bu bir yanıt olarak varlığını koruyor. Bir yanıt olarak çekiciliği, kısmen NDYY'yi artıran bir politika önermesinden kaynaklanıyor: Dolar başına en fazla NDYY sağlayan hasta ve sağaltımı seçmek. Bu ne kadar iyi bir yanıtıdır? Bu soru üstüne oldukça geniş bir literatür bulunmakta (Williams, 1985; Harris, 1987) ve bu kısıtlı yerde tamamına yer verme şansı yok. Basitçe, NDYY tipi yanıtın üstesinden gelmesi gereken soruları özetleyeceğim ve bu sorunların üstesinden başarıyla gelinmesinin olası olup olmadığı yargısını okuyucuya bırakacağım.

Mikro-dağılımda NDYY yaklaşımının kullanılması, sağlık sisteminin gençten yana, yaşlıya karşı taraf tutmasına yol açar; çünkü diğer şeyler eşitse, genç olan yaşlıya göre sağaltımla daima daha fazla yaşam-yılı kazanacaktır. Ayrıca daima sağaltımı daha ucuza mal olacak hastaların yanında yer alacaktır. Bu ise, bu türden sağaltımların daha ucuza mal edilmesi araştırmalarını etkisizleştirerek ve sadece sağaltımları pahalıya mal olan hastalara değil, AIDS, kanser hastaları gibi hastalıklarıyla tanımlanan kişilere karşı ayrımcılık uygulanması anlamına gelecektir. Son olarak, NDYY engellilere karşı da ayrımcıdır. Biri sağlıklı, diğeri doğuştan paraplejik ikiz kızkardeşleri düşünün. Her ikisi de otuzlarında, yaşamlarını yaşamaya değer ve tatmin edici buluyor olsunlar. Bir kaza geçirdiklerini ve yaşamlarının kurtulabilmesi ve eski sağlık durumlarına kavuşabilmeleri için aynı sağaltıma gereksinim duyduklarını düşünelim. NDYY önceliğin tekerlekli iskemleye bağımlı olmayan kardeşe verilmesi gerektiğini söyleyecektir. Kaynaklar kısıtlı olduğunda bunun anlamı, sadece eskiden sağlıklı olan kardeşin yaşayacağıdır. Sizce bu adaletli ve akla yatki midir?

Şimdi başvuran kişilerin seçiminde sıklıkla ileri sürülen diğer görüşleri ele alalım. Öncelikle bu görüşlerden temel olanları tanımlamaya çalışacağım, ardından bu birbirinden farklı ve çatışan birçok görüşün arasından nasıl ilerlememiz gerektiği hakkında birşeyler söyleyeceğim.

Başvuran kişiler arasında seçim yapmak

Gereksinim temelli yaklaşım kavramına kısaca baktık ve gereksinimin genellikle yaşamın niteliği ve süresi anlamında ele alındığını gördük. Yaşamın niteliği görüşü, insanın yaşamının değeri ile sıkı biçimde ilişkilidir. Bu görüş, bir kişiye değil de diğerine sağlık hizmeti sunmanın haklılaştırılmasında kullanıldığında, bu değere sıklıkla üç değişik biçimde başvurulmaktadır: Bazılarına göre birinin yaşamının toplum için değeri önemlidir, bazıları yakınları (çocukları, ya da belki ailesi) için değerine vurgu yaparlar, bazılarına göre ise kişinin kendisine göre değeri dikkate alınmalıdır.

Gereksinimi yararlanma kapasitesine eşitleyenler genellikle hastanın prognozuna bakmaya ve sağaltım şansı

en yüksek olana öncelik verilmesi gerektiğini ileri sürmeye eğilimlidirler. Kişinin topluma geçmişteki katkılarını, sağlık sistemine hizmet etme anlamında katkılarını ya da ulusal sağlık sigortasına ödemelerini dikkate alan görüşler de vardır. Bazen gelecekteki ya da beklenen katkılarının da ilişkili olduğu düşünülür. Olağanüstü bireysel yetenekler ve olası tıbbi ya da bilimsel katkılar da sıklıkla güçlü bir sav olarak ileri sürülür.

Kişinin sağlığına ilişkin sorumluluklarının sağlık hizmetinde öncelikleri belirlemek için bir ölçüt olarak kullanılması görüşü de geniş biçimde tartışılmaktadır (British Medical Journal, 1993; McIashlan, 1995; De Beaufort, baskıda). Bireyin yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, sigara içip içmediği, tehlikeli hobi ya da sporlarla uğraşıp uğraşmadığı, spor yapmama nedeniyle obez olup olmadığı, cinsel tercihleri, kiminle birlikte olduğu, kimle ve neyle ilgilendiği; tüm bu etmenler sağlık hizmeti önceliklerinin belirlenmesinde kullanılması önerilen tartışmalı gerekçelerdir. Ardından insanların nerede yaşadıkları, hangi mesleksel risklere sunuk kaldıkları, nasıl ve neyle yolculuk ettikleriyle ilgili sorular sorulur; tüm bunlar kişinin sağlığının bozulmasındaki sorumluluğuna katkıda bulunur ve her biri önceliklerin belirlenmesi savlarında yer alır.

Ahlaki karakter ve hata da çok tutulan adaylardandır. Sarhoş sürücüyü, kurbanıyla aynı öncelik verilmeli mi? Hapishane ve hastanede yangın çıktığında, ambulans öncelikle hangisine gitmeli?

Bir de, kişisel olmayan özelliklerden söz etmek olası. Bir bireyin hastalığı ya da sağaltımı, örneğin araştırma amaçları için önemli olabilir, ya da sağaltımları sırasında yararlı bir yan ürün oluşuyor olabilir (yumurta bağışi, geliştirme için hücre kümeleri gibi) ve bunlar öncelik verilmesi için güçlü bir sav oluşturabilir. Bir kişiye, bir grubun üyesi olduğu için ve sağaltılanların sayısını artırmak için öncelik veriliyorsa, bunun kişisel olmayan bir özellik olduğunu düşünebiliriz.

Daha fazlasını dile getirerek yorucu olmak istemiyorum. Triyajdan, uyumluluktan, kişinin diğerlerine karşı 'masum' bir tehdit oluşturduğu olgulardan ve diğer birçok görüşten söz etmedim. Hangi ölçüye kadar tüm bu görüşleri dikkate alabiliriz ya da almamız?

Dağılım ve özgürleştirme

İnsanların birey olduğu herkesçe bilinir. İnsanlar sayısız yönden birbirlerinden farklıdır. Kuşkusuz bu yönlerin arasında, bazıları ahlaksal, tinsel, varoluşsal açılardan daha iyi yapan yönler de bulunur. Bazıları toplum için daha değerlidir, diğerleri anababalar için; bazıları daha sağlıklıdır ve daha fazla yaşam beklentisine sahiptir, kimilerinin yaşamı ise kısıncılacak niteliktedir. Bazı insanlar diğerlerinden daha hoştur, bazıları ise çirkindir.

Hizmet sunulacak adayları seçmek için uygun olduğu düşünülen yolların birçoğu ahlaki açıdan farklılıklar tanımlarlar. Hizmet önceliğinin üreten bir yöneticiye mi

yoksa bir kronik işsize mi verilmesi gerektiğini sordüğümüzde, dört çocuk annesini yalnız yaşayan ve arkadaşsız biriyle kıyasladığımızda, sarhoş sürücünün mü kurbanın mı önce sağaltılması gerektiğini düşündüğümüzde ya da sigara içenlere kaynakların dağılımında düşük dereceli öncelik verdiğimizde, ahlaki yargılamalarda bulunuyoruz. Klinik bileşenleri bulunsa da, sadece klinik yargının konusu olamazlar. Bu sorunun bir boyutuna dikkat çekmek istiyorum: Kişilerin kendi sağlıklarına olumsuz etkide bulunduğu söylenen tüm özellikleri arasında, genellikle sadece en istenmeyenler öne çıkarılmaktadır. Spor yaralanmaları, mesleki zararlar, yaşam biçimine bağlı hastalıkların da etkili olduğundan söz edilse de, yaşanan örnekler ayrımcılığın, sigara içenler, alkol kullananlar ve AIDS hastaları üzerinde yoğunlaştığını gösteriyor.

Dahası, tıbbi gereksinimler nadiren bu kadar basittir. Sıklıkla yaşamaya devam etmek ya da özgür olmak anlamına da gelirler: Acı çekmemek, hareket edebilmek ya da daha fazla hareket edebilmek, dünyada daha yetkin biçimde eyleyebilmek. Sağlık hizmetleri sadece hepimiz sağlığa değer verdiğimiz, uzun ve sağlıklı yaşamak istediğimiz için değil, sağlığımızın iyi durumda olması bizi özgürleştirdiği, kötü durumda olması ise sınırladığı için önemlidir.

Hastalar arasında kaynakların kime sunulacağını belirlemek, aynı zamanda kimin yaşamının kurtulacağına, kimin acısının dindirileceğine, kimin hareket etmesinin sağlanacağına, özgürlüğünün verileceğine karar vermek olduğundan, bu noktada üç soru ortaya çıkar:

1. Hastalar arasında seçim yapmamız kaçınılmaz olduğunda, karar sürecinde hastanın etik değerlendirmesinin büyük bir bileşen olarak yer alması istiyor muyuz?

2. Hastaya bağımlı kişiler bulunması durumunda bunun nasıl bir ağırlık taşıyacağı gibi klinik dışı etmenler söz konusu olduğunda, benzer bir soru oluşur: Sağlık hizmeti çıktılarını belirlerken bu etmenleri değerlendirmeye almak istiyor muyuz?

3. Hastaları ahlaki açıdan ya da diğer klinik dışı özellikleriyle değerlendirerek seçim yapmamız gerektiği savını doyurucu buluyorsak, bu değerlendirmeyi hekim ya da sağlık yöneticisinin o an elde edilebilen bilgileri temel alarak yapmasını da uygun buluyor muyuz?

Burada birçok sorun söz konusu. Kişilerin ahlaki değerlendirmelerini temel alarak ölüm-kalım kararı olabilecek seçimlerden kaçınmamız gerektiği hakkında iyi nedenlere sahip olduğumuzu düşünüyorum. Bu ölçütü doyurucu buluyorsak bile, hiçbir koşulda böyle bir seçimi eğitilmemiş hekimlere ya da diğer sağlık çalışanlarına bırakmamız ve böyle yargılamaların yüzeysel bilgilerle yapılmasına izin vermememiz gerekir. 'Eğitilmemiş' derken, tıbbi olarak eğitilmiş, ancak konuştuğumuz anlamda ahlaki değerlendirme yapabilmek için eğitilmemiş çalışanlardan söz ediyorum. Gerçekte böyle bir eğitimin varlığı da kuşkuludur.

Kişilerin ahlaki açıdan değerlendirilmeleri

Hizmet için uygunluk ya da öncelik kararlarının sağlık çalışanları, sağlık hizmeti alanlar ya da hizmeti sağlayanlar tarafından alınması ve kişinin değerlendirilmesi iki önemli sorun doğurur. İlki tüm ilişkili gerçeklerin adil değerlendirilmesi ve sonuçta yargıya temel olan bilginin uygunluğudur. Diğeri ise sorumluluk derecesini ölçme sorunudur. Ahlaki değerlendirmenin tıbbi kaynakların dağılımında bir belirleyen olarak kullanılmaya çalışıldığı hemen her durum, sağlık hizmetine gereksinimi olduğu için bireyin içinde bulunduğu zor durumdan tamamen ya da kısmen sorumlu olduğu olgulara dönüşmektedir.

Kısa olmak adına, aşırı derecede alkol kullandığı için sağlık hizmetine gereksinimi olan bir kişiye, içinde buldukları olumsuz sağlık durumundan kendileri sorumlu olmayan diğerlerine göre daha az öncelik verilmesi gerekip gerekmediği sorusuna odaklanalım. Bunu yapmak için iki neden bulunuyor: Aşırı derecede alkol kullanımının gönüllü ve gereksiz olduğu düşünülür; dahası zararlı etkileri çok iyi tanımlanmıştır ve uzun zamandır yaygın biçimde bilinmektedir.

Alkol bağımlılarına karşı ayrımcılık uygulanması gerektiğini ileri süren görüş, sezgisel bir güçle, alkole bağılı olarak sağlığı bozulan biri ile zararlı maddelerden kaçınarak kendi sağlığını korumaya çalışan biri arasında seçim yaparken, içki içeni seçmenin adaletsizlik olacağını savunur. Bu yargının ardındaki sav, içki içenin pervasızlığının ödüllendirilmemesi ve mantıklı davranan bireyin kendi sağlığına dikkat ettiği için cezalandırılmaması gerektiği olabilir. Bununla ilişkili bir düşünceye göre, erdemli davranışı için akla uygun olarak adil bir ödül beklentisi içinde olan kişinin hizmetten yararlanmaktan yoksun bırakılması, adaletsizlik olacaktır.

İçki içmeyen birine içene göre daha az öncelik tanınmasının, içki içmeyenin bu erdeminden yararlanmadığı anlamına gelmeyeceğini anımsatalıyız. İçki içmeyenler, daha az sağlık hizmetine gereksinim duyarak bu erdemlerinin yararını görüyorlar. İçki içenlere göre açık ve istenir bir avantaja sahipler. Kişisel ve istatistiksel olarak erdemleri için ödüllendirilmiş durumdalar. Bu durumda sorulması gereken soru, neden sağlık sistemi tarafından tekrar ödüllendirilmeleri gerektiğidir. Erdemleri sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını artırır mı?

Öyleyse geriye, içki içenlerin içki içmeyenlere yeğlenmesinin adil olmayacağı savı kalıyor. Sanırım hiçkimse böyle olması gerektiğini ileri sürmüyor; ancak sağlık hizmetine erişimde içki içenler içmeyenlerle eşit şansa sahip olmalı mı?

Eğer eşit bakım ve sağaltım şansı verilirse, kimi zaman içki içenler sağlık hizmeti alırken içmeyenler almayabilir. Erdemli biri acı çekerken, daha az erdemli birinin rahat etmesi adil bulunmayabilir. Ancak kamu kaynaklarını ve hatta yasal düzenlemeleri bu durumun oluşmamasını

güvence altına alacak biçimde kullanılmalı mıyız? Eğer böyle yaparsak, yaşam biçimleri nedeniyle insanları cezalandırma tehlikesine düşmez miyiz? Böyle davranmak, sadece adalet ilkelerini ihlal etmekle kalmaz, ek ve gereksiz adaletsizlikler de yaratır.

Bazen, içki içenlere kaynakların dağılımında daha az öncelik tanımanın, onları cezalandırmak ya da içmeyenleri ödüllendirmek için değil, bunu yapmanın toplumda tehlikeli ve antisosyal alışkanlıkları cesaretlendireceği ve içkiyi bırakmak isteyen insanlara cesaret vermeyeceği için gerekli olduğu ileri sürülür. Ancak bir tarafta daha iyi bir sağlık ve daha uzun bir yaşam beklentisi, diğer tarafta alkole bağlı hastalıklar ya da yaralanmalar sonucunda erken ölüm korkusu kişiye yeterince cesaret vermezse, sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanmasında kendisine daha az öncelik verileceği korkusu kesinlikle vermez. Hizmet sunumunun reddedilmesi ya da bekleme listelerinde alt sıralarda bulunmanın davranış üzerinde pek de etkili olmadığı doğrusu, sağlık hizmeti kaynaklarının dağılımında içki içenlere karşı ayrımcılık uygulanması, etkin biçimde bir ceza işlevi görecek ve böyle görülmelidir.

Bu konu, ele almak için yeterli yere sahip olmadığımız büyüklükte bir tartışmayı gündeme getirir: Hekimler ya da gerçekte sağlık sisteminin davranışlarımızı cezalandırması ya da ödüllendirmesi hukuka uygun mudur? Eğer bu etkin bir cezalandırma yöntemiyse, ki öyle olduğu görülüyor, savunma ya da duruşmanın yapılmadığı ve kişilerin yargılayan ve infaz eden rollerine büründükleri bir ceza olacaktır. Dahası, kararın temyizi ya da cezanın affedilmesi çok küçük bir olasılıktır. Burada sadece insanların aynı suçtan iki kez cezalandırılmaları (önce alkol kullanımı nedeniyle oluşan durum, ardından oluşan durumun sağaltılmasının reddedilmesi) söz konusu değildir; aynı zamanda doğal adaletle ilgili çözümsüz bir sorun oluşmaktadır. Ayrıca insanları, genel sağlık durumları ve yaşam beklentileriyle ilgili bilgilere dayanarak cezalandıran bir sağlık sistemi, sağlığa ilişkin bilgilerin açıklanmasını ve halk sağlığı uygulamalarını zorlaştıracaktır.

Ölüm-kalım kararlarının diğer kararlar kadar sonuçsal olduğunu belirtmeye gerek yok. Bu tür kararlar, sadece gereksinimi gözardı etmek gerektiği iddiasıyla alınabilir. Yazının başında, bu iddiayı sürdürmenin birçoklarının sandığından daha zor olabileceğini belirtmiştim. Bununla birlikte, kaynakların kısıtlı olduğu durumda gereksinimin gözardı edilebileceğini varsaysak bile, çok açıktır ki bu tür kararları alabilmek için bazı adil ve yansız süreçler kurgulamak gerekir. Bu tür kararların temellendiği gerçeklerin saptanması için uygun mekanizmalar ve temyiz süreçleri bulunmalıdır. Bu "gerçekler" ahlaki yargılara temel olarsa, en azından bu yargıların temelleri hakkında uzlaşım bulunmalıdır.

Doğal adalet

Hastalar arasında seçim yapmayı içeren ve hatalı bir seçim sonucu hastanın yaşamını yitirebildiği günümüz

sağlık sistemlerinde alınan ölüm-kalım kararlarının çoğunlukla doğal adalet ilkelerini çiğnediğine inanıyorum. Bu ilkelerin neler olduğunu ve neleri kapsadığını anımsamamızda yarar var. Standart kabul edilen en yetkin kaynaklardan birinde doğal adalet sorununu nasıl ele alındığını görelim:

"Doğal adaletin kuralları, yasalarca adil davranmak görevi yüklenen kişi veya kurumlarca verilen kararların minimum standartlarıdır. Genellikle mahkemelere uygulanırken, şimdilerde karar verme sürecinin adil kurallara bağlı olmasını bekleyen bir yurttaşın çıkar ya da haklarını etkileyen konularda karar veren kişi ya da kurumlara da uygulanmaktadır. ... Sonuçta karar vericinin kararı, etkilenen tarafların çıkarları göz önüne alınarak, yan tutmadan ve taraflara olguları kendi açılarından ortaya koyma şansı tanıyarak alınmış olmalıdır" (De Smith ve Brazier, 1997:602).

Yargılara temel olacak ahlaki değer öğeleri üzerinde uzlaşım ya da bilgi toplama ve denetleme mekanizmaları bulunmadığında, mikro-dağılım kararlarında doğal adaletin ilk kuralına uyulup uyulmadığı kuşkuludur. Bu kural, kimsenin kendi davasında yargıç olamayacağıdır. Diğer deyişle, karar verenin yan tutma olasılığından kuşkulanan için akılcı bir neden bulunmamalıdır. Aynı biçimde, hastaları seçimin nasıl yapıldığına ilişkin bilgilendirmeden, durumlarını tartışmadan ve temyiz süreci tanımlamadan doğal adaletin ikinci kuralına uyulduğu söylenemez. Bu kural, adil duruşma hakkını içerir.

Son olarak, diğer bir kaygıdan söz edilmelidir. Doğal adalet ilkelerine uyma sorunlarını çözsük bile, seçim için kullanılan diğer temeller de bilgiye dayanır. Kişinin kendi sağlığına karşı sorumluluğu, topluma yararlılığı, geçmiş ya da gelecekteki katkılarının düzeyi, kendisine bağımlı olanların ya da arkadaşlarının sayısı, toplumsal gruplara üyeliği ve bunun gibi birçok özelliği değerlendirebilmek için kapsamlı bilgilerin toplanması ve "üst-makamlarca" bu bilgilere erişilebilmesi gereklidir. Hastalar arasında öncelik sıraları belirlenmeye çalışıldığında, karar verici hızla bireyin ailesi, cinsel alışkanlıkları, yaşam tercihleri, beslenme biçimi, yaşadığı yer, işi, genetik yapısı, gelir düzeyi ve daha birçok özelliği hakkında bilgi edinmek durumunda olacaktır. Aslında gerçek soru şudur: Bu kadar kapsamlı ve kişisel bilgilerin sürekli olarak toplandığı, biriktirildiği ve her istendiğinde hızla erişilebildiği bir toplumda yaşamak istiyor muyuz? Ayrıca böyle bir toplum bazı kişilere (sağlık çalışanlarına?) bu bilgiler üzerinden hızla karar vererek eylemek konusunda yetki verecektir. Toplanan bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğundan, uygun biçimde değerlendirildiğinden, önemli bir noktanın gözden kaçırılmadığından emin olabilir miydik?

Topluma yararlı olma

Yukarıda belirtilenlerin çoğu bireyin topluma yararlılığı için de söylenebilir. Yararlılığın nasıl değerlendirileceği (bir postacı, bir temizlik işçisinden daha yararlı mıdır?), ilişkili

bilgilerin nasıl toplanacağı ve gerektiğinde nasıl ulaşılabileceğine ilişkin kapsamlı sorunlar bulunmaktadır. Elbette uygun bilgilerin toplandığı ve değerlendirildiği bireysel olgular olabilecektir. Ancak bu olgulara dayanmak, sistematik bilgi toplanmayan koşullarda ancak ödemeleri gereken vergiyle ilgili bilgi edinilebilenlerden vergi almak kadar adil olur.

Bağımlıların sayısı

Birçok insan, sağlık hizmetlerinde kaynakları dağıtırcen kendisine bağımlı kişiler bulunanlardan yana ayrımcılık yapmamız gerektiğine inanır ve kişinin erdemleri yerine kendisine bağımlı kişileri ölçüt kabul etmenin adil olmadığı görüşüne karşı çıkar (Glover, 1977). Bu yaklaşımda iki temel sorun bulunmaktadır. İlki, bir kişinin yaşamı ya da hizmet alımı üçüncü tarafların yararına bağlandığında, kendisine bağımlı olan üçüncü tarafların yararının neden bağımlı olmayanların yararından önce gelmesi gerektiği açık değildir. İkinci sorun, bir ailesi ya da akrabaları olanların bir şekilde daha önemli oldukları duygusunun, politika düzeyinde, ailesi olanların olmayanlara sistematik olarak tercih edilmesi biçimine dönüşmesidir. Böyle bir politikanın, insanları bazılarının diğerlerine göre daha önce kurtarılacağı derecelere ayırmaktan nasıl kaçınacağı belli değildir.

Yaş ve yaşam beklentisi

Bu sav, sağlık hizmetinde kaynak ayrılırken yaşlılara ayrımcılık uygulanmasına karşıdır. Şöyle örneklenebilir: "Yaşamaya devam etmek isteyen herbirimiz, hepimizin eşit değer verdiği, ancak birbirinden farklı, bazılarımıza göre diğerlerinden daha fazla ödül getireceğine inandığımız ve hiçbirimizin gerçek kapsamını bilemediği birşeye sahibiz. Bu şey elbette, hepimizin 'yaşamımızın geri kalan kısmıdır'. İster 17 ister 70 yaşında olalım, sağlıklı ya da terminal dönem hastası olalım, hepimiz yaşayacak bir yaşama sahibiz. Ne uzunlukta olursa olsun yaşamımızın geri kalan kısmını yaşamak istediğimiz sürece, isteklerimize bilerek engel olunursa aynı derecede adaletsizliğe uğramış oluruz" (Harris, 1985).

Yaşlılara karşı ayrımcılık uygulanmasına karşı çıkmanın önemli bir boyutu, yaşa göre ayrımcılığa karşı çıkma ile yaşam beklentisine göre ayrımcılığa karşı çıkmayı bağlantılandırmasıdır. Elbette bu bağlantının kurulması gerekmez. Bazıları "eşit sıra savı" diye isimlendirilen bir görüşü savunmaktadırlar (Callahan, 1990). Bu görüşe göre insanlar belli bir yaşa kadar (60 ya da 70?) yaşamak için her türlü olanağa sahip olma hakkına sahiptirler. Bu yaşa dek herkes sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanma hakkına sahiptir. Bu noktadan sonra ise kendilerine öncelik verilmez. Bu sav çekicidir; çünkü 20 yaşındaki biriyle 80 yaşındaki birine eşit davranmakta yanlış birşeyler olduğuna ilişkin insanlarda bulunan güçlü kanıyı açıklamaktadır. Ancak bu görüşün birkaç yanlışı bulunmaktadır. Bir yaşamın değerinin yaşam zamanıyla ölçülebileceğini varsaymakta, bir noktaya kadar artan bir değer vermekte, sonrasında ise biçtiği değer oldukça azalmaktadır. Sorun, insanların yaşamlarındaki özel

olaylara ve bu olayları deneyimlemek için gereken zamana çok farklı değerler biçmelerindedir. Eşit sıra savı yaşamın biçimlendirilmesine büyük önem verse de, bu olayların belli bir süre içinde gerçekleştirilmesi zorunlu değildir. Eşit sıra savına göre Nelson Mandela cezaevinden çıkmadan önce yaşam destekleyici sağaltım alma hakkını yitirmişti. Üstelik sadece Mandela için değil, birçok insan için yaşamlarının en önemli dönemleri, eşit sıra noktasının ötesinde başlıyor olabilir.

Her insanın yaşamı, umutları, istekleri hakkında çok ayrıntılı bilgi edinmeden yaşamlar arasında adaletin gerçekleşmesini bekleyemeyiz. Ben tek duyarlı seçeneğin, her yaşamı bir ve sadece bir saymak olduğuna inanıyorum. Birinin canını aldığınızda, onun sadece tüm sahip olduklarını değil, tüm sahip olacaklarını da almış olursunuz. Can almak, diğerlerinden çok farklı bir eylemdir; eylemin köktenliği onun niteliğini çok farklı kılar. Bununla beraber eylemin yanlışlığı, birinden, istediği birşeyi almaktır. Yine bu nedenle gönüllü ötanazi yanlış ya da cinayet değildir.

Gençlerden yana, yaşlılara karşı ayrımcılık yapılması gerektiğine inananlar, cinayetin bir adaletsizlik olduğuna inanıyorlarsa, yaşlıları öldürmenin gençleri öldürmekten daha az adaletsiz olduğuna da inanmak durumundalar. Ayrıca yaşam yıllarının bir tür mal olduğuna inandıklarından, insanların yaşamlarını çalmak söz konusu olduğunda, yaşam beklentisi az olanların daha az kayba uğrayacağına da inanmalılar.

Yaşamın eşitliği ve niteliği

Eşitlik görüşüne dayanarak yaşlılara karşı ayrımcılığı destekleyen aynı görüşler, aynı zamanda yaşamın niceliği kadar niteliğini de eşitleme çabasına da gerektirir. Buradaki sav, yaşamsal kaynakların sadece gençlere değil, yaşam nitelikleri daha kötü olanlara da öncelik verilerek dağıtılması gerektiğidir. İki hasta düşünelim. İkisi de kırk yaşında ve karaciğer aktarımına gereksinimleri olsun. Ancak elimizde sadece bir karaciğer var. Hastalardan ilki, diğerinden çok daha kötü bir yaşam sürmüştü. Bu durumda karaciğerin ilk hastaya aktarılmasının adil olacağı ileri sürülebilir. Bu görüş çoğumuza yakın gelebilir, ancak daha önce söz ettiğimiz bilgi-toplama sorunları bu görüş için de geçerlidir. İnsanların tüm yaşamları hakkında ayrıntılı ve tam olarak bilgi edinmediğimiz sürece, yaşam kurtarıcı ya da diğer kısıtlı kaynakları nasıl dağıtacağımıza ilişkin kararlar veremeyiz. Her kişiyi bir saymak, herkes hakkında asla tamamlanamayacak, kesinliği doğrulanamayacak ve kötüye kullanımı engellenemeyecek ayrıntılı bilgi toplama, saklama ve erişime önerisinden kesinlikle daha iyidir.

Sonuç olarak, farklı ahlaki öncelikleri kıyaslıyor olacağız. Ancak ahlaki görüş açısından neyin önemli olduğu anlamında kişilerin bireysel tercihleri ve temel çıkarlarını/beklentilerini dikkate almakla ilgili olarak söylenecek çok şey olduğu görülüyor. Bunun anlamı, kişilerin yaşamları uzunluk, mutluluk ve başarı açısından, kısacası temel beklentilerinin karşılanma derecesi

açısından farklı olsa da, kişilerin bu farklılıklar nedeniyle değil onlara rağmen ahlaki açıdan önemli olduklarını kabul etmemiz gerektiğidir. Her kişinin, kişisel sağlık durumunun izin verdiği ölçüde, kendisine sürekli gelişme şansı sağlayacak sağlık hizmeti alma isteği, diğer herhangi bir kişininki kadar acil ve önemlidir.

Sonuç

Sağlık hizmeti gereksiniminin derecesi hakkında uzlaşım sağlanabilen nokta, seçim için temel oluşturmaktadır. Birçok olguda olduğu gibi uzlaşım sağlanamadığında, öne çıkan diğer seçenekler gerçekten hiç de uygun görünmüyor. Doğal adalet ilkelerine uyacak biçimde seçim yapmak da, örneğin bir çekiliş yaparak işi sadece şansa bırakmak da eşit derecede umut kırıcı. Tüm bunların ışığında, sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratma seçeneğinin hiç de olanaksız ve uygunsuz olmadığı ortaya çıkıyor.

KAYNAKLAR

British Medical Journal (1993). Should drinkers be offered coronary bypass surgery? *British Medical Journal*, 306:1047-50.

Callahan, Daniel (1990). What Kind of life: the limits of medical progress. New York: Simon and.

SchusterdeBeaufort, Inez (1998). Individual responsibility for health: some thoughts on drinkers,

drunken drivers, champagne drinkers and health freaks. In: Charles Erin and Rebecca Bennet (eds), *HIV/AIDS: Who should know?* Oxford: Oxford University Press

DeSmith, Stanley and Brazier, Rodney (1994). *Constitutional and Administrative Law*. 7th edn. Harmondsworth :Penguin.

Glover, Jonathan (1977). *Causing Death and Saving Lives*. Harmondsworth :Penguin.

Harris, John (1987). QALYfying the value of life. *Journal of Medical Ethics*, 117-23.

Harris, John (1996a). What is the good of health care? *Bioethics*, 10/4:269-92.

Harris, John (1996b). Could we hold responsible for their own adverse health? *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 1:147-55.

McLachlan, Hugh V. (1995). Drinkers, virgins, equity and health care costs. *Journal of Medical Ethics*, 21:209-13.

Oppenheimer, Peter (1988a). Economics and the health service. *The Independent*, 7 Mart, 17.

Oppenheimer, Peter (1985). Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, 291.