

Gözlemler ve Görüşler

Sağlık Hizmetlerinin Sunulması ve Hizmetten Yararlanmada Değişimler

Doç. Dr. Erdal Beşer*

ÖZET

Sağlık alanındaki aşamaları neden-sonuç ilişkileriyle ele almak, sağlık hizmetlerinin ileriye dönük planlamasına kaynak olacaktır. Bu açıdan konuya yaklaşılmış, sağlık alanındaki değişimler tarihsel bilgi aktarımından ziyade neden-sonuç ilişkileriyle ele alınmıştır. Ayrıca 20. yy.'ın sağlık hizmetlerine yeni neler getirdiği tartışılmıştır.

GİRİŞ

Yaklaşık 1 milyon yıldır yeryüzünde varlığını sürdüren insanlığı, ancak 6000 yıl önce yazmaya başlamış, bilimsel çalışmalara geçeli 300 yıl olmuş ve yaşamlarını bilimsel verilerle çözmeye ise ancak 150 yıl önce girebilmiştir⁽¹⁾. İnsanların düşünce ve davranışları, yüz yıllarca batıl inançlara koşullu süregelmiştir.

Örneğin M.Ö. 4. yy. da Aristo, kadınların erkeklerden daha az dişe sahip olduklarını iddia etmiş, 2 karısı olduğu halde ağızlarını açıp saymamıştır. Yine Aristo, rüzgar kuzeyden estiğinde gebe kalırsa doğacak çocukların daha sağlıklı olacaklarını iddia etmiştir⁽²⁾. Sağlıkla ilgili bu tür örnekler artırılabilir.

Tıbbın Bilimselliğe Ulaşmasına Nasıl Gelindi

İlkçağlarda tıp uygulaması, hekimlerin bazı dua ve dinsel hareketlerle beraber uyguladıkları ampirik yöntemlerden oluşuyordu. Yıldız okuma, bazı büyüler ve bir miktar da tabiatan geliştirilmiş ilaçlar yardımıyla hastalık hallerinin giderilmesi için etnolojiye dayalı olmayan bir uygulama geliştirilmeye çalışılmıştır⁽²⁾.

Bilindiği gibi savaşlar, bulaşıcı hastalıklar, kıtlıklar adeta nüfus planlaması yerine geçmiştir. Günümüzde yaklaşık 50 yılda dünya nüfusu 2.5 katı olurken, İsa döneminde 200 milyon olan dünya nüfusu 17. yy. da ancak 500 milyona ulaşabilmiştir⁽³⁾.

Ortaçağın sonlarına kadar insanlığın madde ve maddenin hareket biçimlerini yöneten yasalar hakkındaki bilgilerinin oldukça sınırlı olduğunu görmekteyiz. Teknolojik ürünler ancak bir insan veya hayvanın kas gücünü işe dönüştürmede verimi artırıcı türden basit el araçları ve

makinalardı. Bir kişi birçok dalda rahatça uğraşabiliyordu. Örneğin kuramcı, uygulayıcı ve de sanatçı yanlarıyla Leonardo Vinci, Hermann Helmholtz gibi birçok seçkin kişi bilmekteyiz⁽⁴⁾. Bu bilgi ve teknolojik düzeyde toplumsal yaşantı toprağa feodal toplum düzeni idi.

18. yy. da bilimsel bilgi, tek beynin sınırlarını aşmış, maddeyi inceleyen bilim dalları sürekli artmıştır (astronomi, fizik, kimya, biyoloji vb.)⁽⁵⁾.

Bilimlerdeki bu özelleşme süreci içinde tıp ve biyoloji canlılık olayını atomik büyüklüklerle ve kısmi süreçlerle açıklamaya çalışmıştır. Canlılık, bu süreçlerin basit bir toplamı olarak görülmüş, ama öğelerin bir araya gelerek bir bütünü oluşturmalarında öğeler arasında yeni türden etkileşimlerin ortaya çıkabileceği gerçeği gözden uzak kalmıştır⁽⁴⁾.

Bilimsel tıp, mikrobiyolojinin kurucuları kabul edilen Louis Pasteur ve Robert Koch'la başlamıştır.

Büyük buluş ve keşiflerin bir anda yapılmış olduklarını ve hemen olduğu gibi başka halklara geçip yayıldığı düşünmek yanlıştır. Sağlık alanındaki değişimleri anlatmada şu örnek açıklık sağlayabilir. Bugün bunlar makinasının Watt'ın kaynayan bir ibriği gözlemleyerek bulduğu yolundaki efsanenin geçersiz olduğu anlaşılmıştır. Buhar gücü 2000 yıl önce Yunanlı'lar tarafından da bilinmekteydi. Ama Yunanlılar buhar gücünü sadece bazı oyuncaklarda kullanmışlardır. Ayrıca buhar makinasının bulunması daha önceki kuşakların deneyimlerine dayanan bilinçli ve çetin zihinsel çalışmaların sonucu olmuştur⁽⁵⁾.

Buhar makinasının yaşama katılması, ancak gereksinimler yeni bir devindirici güce karşı ilgi duyulmasına yol açtıktan sonra mümkün olmuştur⁽⁵⁾.

İngiltere'nin dış ticaretinde temel ihraç mallarını tekstil ürünleri sağlıyordu. Dünya pazarlarının genişlemesiyle birlikte tekstile istem de artmıştı. Ama tek mekikle çalışan eski tezgahlarla fazla bir kazanç sağlanamamakta idi. Bu dönemle birlikte buluşlar başlamış ve buluşlara dayanarak makinalar aracılığı modern üretime geçilmiştir⁽⁵⁾.

Diğer bir örnek; Grek ve Latin Uygarlıkları sırasında çok geliştirilmiş olan insan vücudunun sağlığı ve çevre sanitasyonu bilgisinin bu devir uygarlıklarının sanat ve kültür kalıntılarında dahi izler bırakmış olmasıdır. Girit harabelerinde sulu sifonlu helalar ve pis su drenaj kanalları bulunmuştur. Mısır ve Roma harabelerinde de aynı kalıntılara rastlanmaktadır. Özellikle Roma'luların yıkanmaya verdikleri büyük önem her şehirde muhteşem hamamların kurulmasına yol açmıştır. Vücut sağlamlığı ve güzelliği ideal haline getirilmiş, çocukların yetiştirilmesinde kültürafizyoloji önem verilmiştir. Roma'luların geliştirdiği içme suyu getirme yöntemleri bu gün bile önemli kalıntılar ortaya koymaktadır. Yalnız bunların büyük halk kitlelerindeki paralı vatandaş sınıfına hizmet eden bir özellik taşıması, bir yerde estetik kaygılarla geliştirdikleri izlenimi vermektedir⁽²⁾.

* KTÜ. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Bu dönemlerde insanın ekonomik değeri anlaşılma-
mıştı. Diğer yandan sanayi gelişmemiş olduğu için büyük
topluluklar yoktu. Dolayısıyla sağlık alanındaki değişim-
ler ancak estetik sınırlar arasında kalıyordu.

Sanayileşme ile küçük el sanatlarının yerini büyük
sanayi merkezleri almaya başlamış, kentleşme olgusu
gelişmiştir⁽⁴⁾.

Yerleşim yerlerinde insan yoğunluğunun giderek art-
ması enfeksiyon hastalıklarıyla savaş ve çevre sağlığı hiz-
metlerinin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Diğer yandan
sağlığa yapılan yatırımların önemli bir ekonomik yatırım
olduğu görüşü giderek taraftar toplamıştır.

Sağlık alanındaki değişimlerin, toplumun sosyo-
ekonomik biçimlenişi ile paralellik gösterdiğini söyleye-
biliriz.

Eskiden parası olan hastaların sağlık hizmetlerinden
yararlanması doğaldı. Parası olmayanlar ise, genellikle
halk hekimliği, olanaklarıyla yetinirler ve hayırına hasta
bakan bir hekim veya kurum bulurlarsa onlara başvurur-
lardı. Gelenek, hekimlerin mutlu bir azınlığa hizmet et-
mesi idi⁽⁶⁾.

18. yy. sonlarında bir Alman Hekimi olan Johan Peter
Frank "Sağlık polis hizmetleri sistemi" adlı 6 ciltlik bir eser
yazmış ve insan sağlığının korunması ve ömrün uzatıl-
ması için yapılması gerekenleri sistematize etmiştir. Ken-
disi Toplum Sağlığı çalışmalarının öncülerinden kabul
edilmektedir⁽²⁾.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasına yön veren görüşte
büyük değişme 19. yy. ortalarında başlar. Bir Fransız heki-
mi olan Guern 1846 yılında "Medicine Sociale" adlı bir
dergide ilk kez sosyal hekimliği şöyle tanımlamıştır: "Sos-
yal hekimliğin konusu, hiçbir ideoloji ve doktrine bağlı ol-
madan hekimlikle toplum arasındaki ilişkilerin incelen-
mesi ve hekimlik hizmetlerinin toplum yararına geliştiril-
mesidir⁽⁶⁾."

Guern'den bu yana Toplum Sağlığı akımının geliş-
mesinde Neuman, Virchow, Grotjahn, Siegrist, Parisot ve
Ryle gibi düşünürlerin büyük katkıları olmuştur⁽⁶⁾.

Sağlık Hizmetlerinin Sunulması ve Hizmetten Yararlanma Olgusuna 20. YY: yeni Neler Getirdi?

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve hizmetten yararlan-
mada 20. yy'ın bir yeniden biçimlenme çağı olduğunu
görmekteyiz. Bu yeniden biçimlenmenin temel nitelikleri;

1. Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan
hakkı olarak kabul edilmesi. 1946 yılında kabul
edilen İnsan Hakları Bildirisi'nde ve Dünya Sağlık
Örgütü (DSÖ) Anayasasında bu hak şöyle belirlen-
miştir: "İrk, din, politik inanç, ekonomik ve
sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin ula-
şabilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması tem-
el haklarından biridir" ⁽⁶⁾.

Herkese eşit hizmet ilkesinin DSÖ Anayasa'nda
yer alması 19. yy. da başlayan Sosyal Hekimlik
akımının kâğıt üzerindeki zaferidir. Bu belgeyi
imzalayan devletler halklarına karşı sorumlu du-

ruma düşmüşlerdir (Birkaç ülke haricinde tüm ülkeler bu
belgeyi imzalamışlardır) ⁽⁷⁾.

2. Sağlığın ekonomik değerinin anlaşılması. Ekono-
mistler, sağlık harcamalarının ölü bir yatırım veya
tüketim değil de çok önemli bir yatırım olduğunu
kabul etmişlerdir. 1954 yılında Amerika'lı bir sağlık
ekonomisti yaptığı bir çalışmada ABD de bir kişiye
hayat boyu yapılan ortalama 92.270 dolar harca-
maya karşı kişinin ortalama 110.000 dolarlık bir
üretim yaptığını göstermiştir. Yani kişiye yapılan
her 100 dolarlık yatırıma karşılık 119 dolarlık üre-
tim yapıldığı (19 dolarlık artık değer) anlaşmıştır.
O halde kişinin hastalanması veya ölmesi önemli
bir sermaye kaybıdır⁽⁶⁾.

3. Toplum Sağlığı (Hekimliği) görüşünün giderek
önem kazanması. Toplum Sağlığı'nın en kısa tanı-
mı "Toplum için hekimliktir⁽⁶⁾". Toplum Sağlığı gö-
rüşünün önemli kriterleri;

- a. Sağlık ve hastalık sadece kişisel değil, aynı za-
manda toplumsal bir sorundur. Örneğin tüber-
kuloz, sıtma, kolera vb. hastalıklar topluma yay-
ılıp ülke çapında sosyal ve ekonomik sonuçlar
doğurabilir⁽⁸⁾.
- b. Hekim hizmetini toplum içinde yürütmek zo-
rundadır. Sadece muayenehane ve hastanede
oturarak herkese koruma, tedavi ve eğitim için
ulaşma olanağı yoktur⁽⁸⁾.
- c. Hasta veya sağlıklı olmada biyolojik etkenler
yanında sosyal ve ekonomik etkenlerin de rolü
vardır. Örneğin difteriye yakalanıp ölen bir ço-
cukta difteri basili biyolojik etken, çocuğun
aşılmanmış olması veya aşılacak bir örgütün
olmaması ise sosyal ve ekonomik nedendir⁽⁸⁾.
- d. Hekimin sorumlu olduğu kişi hasta değil in-
sandır. Sadece hastalara değil, sağlam kişilere
de hizmet etmek hekimlerin görevi olmalıdır.
Yoksa kişiler aşılanamazlar, presemptomatik
dönemde teşhis edilemezler, sağlık konusunda
halk eğitilemez. Kısacası hizmet uterus içinden
ölüme kadar planlanmalıdır⁽⁸⁾.
- e. İnsan çevresiyle bir bütün olduğu için sağlık
ekibinin kişiyi etkileyen sosyal ve fizik çevre ile
de ilgilenmesi ve çevreyi olumlu hale getirme-
ye çalışması zorunludur⁽⁸⁾.
- f. Hastalıkları tedavi, hekimler sağlığı koruma ve
geliştirmede başarısızlığa uğradıkları zaman
yapacakları işler. Dolayısıyla koruma tedaviden
üstündür. Örneğin sadece sıtmayı tedavi et-
mek, dibi delik bir sandalı yüzdürmeye çalış-
maktan farkısızdır. Sandalı yüzdürmek için nasıl
önce deliği tıkayıp sonra suyu boşaltmak gere-
kirse, sıtmayı önlemek içinde önce hastalığın
sağlam kişilere bulaşması önlenmeli, sonra da
hastalar tedavi edilmelidir⁽⁸⁾.
- g. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir.
- h. Tedavi ve koruyucu hizmetlerin integre edildiği
Birincil Sağlık Bakımı (Temel Sağlık Hizmetleri)

Toplum Sağlığı çalışmalarının temelini oluşturur. Birincil Sağlık Bakımı bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde en ekonomik ve en etkin yoldur.

Günümüzde Sağlık Hizmetlerinin Sunulması ve Hizmetten Yararlanma Düzeyi

Toplum Sağlığı (Hekimliği) görüşünün 70 li yıllarda bile birçok ülkede yaşama geçirilebilmesi üzerine DSÖ 1977 genel kurul toplantısında, hedefi "2000 yılına kadar dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanması" olarak belirlemiştir. DSÖ bu hedef için bir uzmanlar kurulunu görevlendirmiştir⁽⁹⁾.

ABD de Toplum Sağlığı çalışmalarının büyüyen ekonomiye paralel olmadığı görülmektedir. Özellikle fakir kesimler ve zenci kesiminde çocuk ölümlerinin yüksek ve bulaşıcı hastalıkların fazla olduğu görülmektedir. Dünyanın en büyük tıp merkezlerinin ABD'de olduğu ve sağlık harcamalarının yılda ortalama 50 milyar dolar olduğu göz önüne alınırsa sorunun tahsisat yetersizliği olmadığı anlaşılır⁽¹⁰⁾. ABD'de Pareto görüşünün ağırlığını hissetmekteyiz. Bu görüşe göre "toplumda uygulanan bir politika, toplumu oluşturan diğer bireylerin durumunda bir bozulma (kötüleşme) olmadan, başka bireylerin durumunda iyileşme yatarabiliyorsa, toplumsal refahın arttığı kanısına varılır"⁽¹¹⁾. Sonuçta ABD'de çıkmaza giren sağlık sorunlarının radikal çözümü ve topluma eşit tedavi ve koruma olanakları sağlayan bir sistem yerine, azınlığa yönelik çözümler geliştirilmektedir. Örneğin 65 yaşını bitirenler için özel bir sağlık programı geliştirilmiştir⁽¹²⁾.

DSÖ saptamasına göre yeryüzünde 70 ülkede zorunlu sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Sağlık sigortası sisteminin kurucusu olan Arrow bile bu sistemin ideal olmadığını belirtmeye başlamıştır⁽¹³⁾. Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi yerine sigorta sistemi kaynak israfına neden olmaktadır.

Türkiye'de ise **Birincil Sağlık Bakımı** olgusunun maalesef yurt düzeyinde amacından saptırılmış olduğunu görmekteyiz. Sonuçta Türkiye'nin sağlık düzeyini belirleyen verilen etkin önlemlerin alınması ile sağlanacak verilerden 10 misli daha kötüdür.

En yakın örneği vermek gerekirse, Karadeniz Bölgesinde hamile kadınlarda anemi oranı Afrika'dakinin çok üzerindedir. (Karadeniz'de hamilelerin % 95.2 si anemik iken⁽¹⁴⁾ Afrika'da hamilelerin ancak % 63'ü anemiktir⁽¹⁵⁾).

Tedavi hizmetlerine büyük fonların ayrılması bulaşıcı hastalıkların ve çocuk ölümlerini önlemeye yetmemektedir. Sonuçta toplumun sağlık düzeyi yükselmemektedir. Sorun ancak toplumun tümünün sağlığını ele alacak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edildiği **Birincil Sağlık Bakımının** işlerliğe geçmesiyle çözümlenebilecektir⁽¹⁶⁾.

İngiltere'de **Birincil Sağlık Bakımının** oturtulmasıyla başarılı sonuçlar elde edilmeye başlanmıştır⁽¹⁷⁾.

Diğer bir örnek; Seylan'da sağlık düzeyi giderek yükseliyor (Seylan'da kişi başına düşen milli gelir Türkiye'nin beşte biri kadar ve hekim gücü Türkiye'nin üçte biri ka-

dar. Buna rağmen sağlık düzeyini gösteren veriler Türkiye'nin üçte biri kadar. Buna rağmen sağlık düzeyini gösteren veriler Türkiye'den daha iyi yani toplumun sağlık düzeyi Türkiye'den daha yüksek). Bunu tedavi ve korumayı entegre ettikleri **Birincil Sağlık Bakımı**'na borçlular^(18,19).

Maalesef, bilinen gerçeklerin yaşama geçirilmesi her zaman kolay olamamaktadır. Örneğin; gelişmekte olan ülkelerin sularını klorlamaları, gelişmiş ülkelerinde diş çürümelerini önlemek için içme suyuna flor koymaları; buhar gücünün sanayide kullanılması hatta nükleer enerjiden yararlanılmasından daha zor olmuştur ve de olmaktadır⁽²⁰⁾.

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve hizmetten yararlanmadaki tarihsel değişimlerin gereklerine göre sağlık hizmetleri planlanmalıdır. Yoksa bir yazarın belirttiği gibi "gün gelecek tıbbi ahlaki sorunun ekonominin acı mensesinde ele alınacaktır"⁽²¹⁾.

Kaynaklar

1. Russel B. Bilimin Toplum Üzerindeki Etkileri (Çeviren: Erol Esençay) Doyuran Matbaası İstanbul 1976.
2. Erefe E. "Halk Sağlığı Kavramı" (mimograf, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yüksek Hemşirelik Bölümü) 1974.
3. Özdemir G. Toplum Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Ders Notları. 1979
4. Pehlivan F. Bilimde Eğitim ve Özellikle Temel Tıp Eğitiminde Bütünleşme Düşüncesi. TOB (Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni). 1977; 15-16: 59.
5. Osipov G. Toplum Bilim Teori ve Yöntem Sorunları (Çeviren: Ünsal Oskay) Çağ Matbaası, Ankara 1977: 234.
6. Fişek HN. Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası. TOB. 1977; 17: 19.
7. Fişek HN. "Sosyal Hekimlik", (mimograf, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü). 1975.
8. Fişek HN. "Toplum Hekimliği Görüşü", (mimograf, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü).
9. Report of a WHO Study Group. Financing of Health Service. WHO, Geneva, 1978.
10. Lewrence C, et all. Medicine in a changing society. Saint Louis. 1977:8.
11. Pareto W. Monuol of Politicol Economy. Kelly Pub., New York 1971: 117.
12. Mortan MK. Sağlık Ekonomisi Metodoloji - Etkinlik, Finansman ve Türkiye Örneğinde Uygulamalı Bir Çalışma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi 1980.
13. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. AER. 1963; L111: 944-945.
14. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. T.C. Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı. Yeniçağ Matbaası, Ankara-Nisan 1991: 143.
15. Royton E. The Prevalence of nutritional anemia in women in developing countries a critical review of available information. Word Health Statistics Quarterly. 1982; 35⁽²⁾: 52-91.
16. Primary Healt Care. WHO, Geneva 1978: 12.
17. The Org. fin. and cost of health care (AET Resmi Yayını), 1979.
18. Zahariev. Conceptual Basis of a model for the optimization of a regi. Public Health Service, use of operation reseach. WHO, 1979.
19. Fişek HN. Srilanka'da (Seylan) Sağlık Durumu. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Ankara, 1981; 2:1.
20. Hobson W. The Theory and Practice of Public Health. Oxford University Press 1965.
21. A Newsholme, Medicine and the state. London, 1935: 267.