

SAĞLIK EKONOMİSİNDE YENİ KAVRAMLAR

Dr. Ahmet SALTİK*

Hiçbir ekonomik zorunluluk, insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz...

İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ

Üretim ve bölüşüm ekonominin evrensel konularıdır. Sağlık ekonomisi genel ekonomiden ayrı düşünülemez. Ancak yine de sağlık alanının kendine özgü karakteristikleri vardır. Bu sektörde üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden bir kısım ayrılıkları bulunduğunu kabul etmek gerekir. Örneğin gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin-ekonomi jargonuyla mal'ların- diğer mallarla-örneğin otomobil, renkli TV, kitaplık.. gibi- aynı kategorilerde değerlendirilmesi olanaklı ve akılcı değildir. Benzer karşılaştırmalar sağlık hizmetleri ile diğer hizmet alanları için de geçerlidir. Aşılama ve dönemsel denetimler (periyodik kontroller) gibi sağlık hizmetleri bir yana; çürük bir dişin sağaltımı, akut apandisit'in opere edilmesi gibi sağlık hizmeti gereksinimleri, sağlık dışı diğer hizmet gereksinimleri ile bir tutulamaz. Söz gelimi tatil yapma, bilgisayar veya fotoğraf makinesi edinme.. gereksinimleri birçok bakımlardan sağlık hizmeti gereksinimi ile aynı kefeye konulamazlar.

Sağlık Mal ve Hizmetleri Piyasa Ekonomisine Konu Edilebilir mi?

Öte yandan, sağlık hizmetlerinin serbest piyasa ekonomisine konu edilmesini engelleyen kendine özgü bir kısım özellikleri vardır. Bunları şöylece ele alabiliriz:

* Sağlık hizmeti tüketimi raslantısaldır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz. İstem boyutunun kestirilmesi güçtür. Örn. bulaşıcı ve salgın hastalık epidemileri sağlık hizmeti istem ve tüketiminde patlamaya yol açarken, ekonomik krizler istemi kısar.

* Yerine başka bir hizmet konamaz (ikamesi/ substitüsyon'u/replasman'ı yoktur). Örneğin polio sekelinin düzeltilmesi ameliyatı pahalıya mal olacak diye, bunun yerine, daha ucuz bir girişim olarak sözgelimi çürük dişlerin bakımı konamaz (replase edilemez, subtitte edilemez, ikame edilemez). Buna sağlık hizmetlerinin "ikame edilemezlik ilkesi" denmektedir. Oysa "x" kanallı bulaşık makinesine parasal gücünüz elvermiyorsa, "x-y" kanallı bir diğer makineyi satın alabilirsiniz. Gereksininiz şu veya bu düzeyde doyurulmuş olur. Ya da bale bileti pahalı ise sinemaya gidebilirsiniz. Böylece mal ya da hizmet ikamesi yapılabilir.

* Ertelenemez, çoğu kez anında karşılanmak durumundadır. Özellikle ivedi ve akut, kişiye ızdırap veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/ düşürecek olan sağlık hizmeti istemleri ertelenemez; ertelenmemelidir. Çünkü bu durum bireyi sakatlayabilir, çalışma ve üretimini düşürebilir, ölüme yol açabilir. Erken ölümü toplum için yitiktir; çünkü insan en pahalı yatırımdır. Gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, bir makinenin adeta garanti süresi ya da ekonomik ömrü (yahut amortisman dönemi) dolmadan devre dışı kalmasına benzetilebilir. Kaldı ki kişinin hastalığı ailesinin ve toplumun huzurunu bozar; sosyal güvenlik ve barışı zedeler. Ertelenen sağlık hizmeti istemleri ileride kişiye, ailesine ve topluma daha büyük ekonomik yükler getirir.

* Boyutunu ve kapsamını hizmeti kullanan değil hekim saptar: Örneğin kaç metre perdeye gereksinimiz olduğunun kararını siz verirken; bağırsak rezeksiyonu yapılacak ise bunun uzunluğuna hekim karar verir. Sağlık hizmetinin tüketicisi, ekonomik gücünü düşünerek bunun uzunluğunu hekimle tartışarak ya da pazarlık ederek kendisi saptayamaz. Hastanede yatma süresini, verilecek ilaç ya da sağaltımın süre ve dozu ile biçim ve içeriğini v.s. hep hekim çoğu kez tek yanlı olarak tıp bilimleri ilkeleri ışığında kendisi saptayacaktır. Sağlık hizmetini kullananın (tüketicinin) anlamlı bir inisiyatifinin ola-

* Trakya Üniv. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç. Dr.

mayacağı ortadadır.

* Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmetleriyle bireylerin ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Çalışma verimleri artar, daha uzun yaşar ve daha çok üretirler. Önlenebilen gereksiz ölümler engellenir. Yaşamın gerçek esprisi olan "sağlıklı yaşam" gerçekleşir. Bu yüzden, örn. bebek ölüm hızını binde 54'ten binde 44'e çekmek için yapılan sağlık ve diğer ilgili harcamaların karşılığı, muhasebe defterinin diğer sayfasında denk kılacak çıktı (getiri, kâr) hesaplanamaz.

Ne var ki, sağlık alanında yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu; doğrudan ve başlıbaşına bir yatırımdır. Bu kazanımları ekonomiye enjekte etmek için ayrıca bir aksiyona gereksinim yoktur. Oysa herhangi bir sektörde elde edilen artının/kârın örneğin Las Vegas kumarhanelerinde tüketimi olasılığı vardır. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değer ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülebilmesi olanaklı iken; sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ayrıca bir çaba gösterilmeksizin ekonomiye doğrudan geri dönmektedir. Bu yüzden de, sağlık harcamaları tüketim harcamaları (cari harcamalar) grubunda değil, doğrudan yatırım harcamaları kategorisindedir. Artık 1970'li yıllarda kullanılan "yatırım carileri" türünden ara kategori değerlendirmeleri de terkedilmiştir.

Çoğu kez hizmet bedellerinin pazarlığı da yapılamaz. Çünkü Devlet, Ulusal Hekimler Birliği veya tarafların örgütleri fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirleyebilirler.

Üretim ve bölüşüm ekonominin evrensel konularıdır. Sağlık ekonomisi genel ekonomiden ayrı düşünülemez. Ancak yine de sağlık alanının kendine özgü karakteristikleri vardır. Bu sektörde üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden bir kısım ayrılıkları bulunduğunu kabul etmek gerekir.

Soru : Gözlük, işitme aygıtı, tekerlekli sandalye, kalp pili, diabetlinin insülin'i... gibi doğrudan sağlık ve yaşamla ilgili geçelerin -ekonomi jargonuyla mal'ların- diğer mallarla -örneğin otomobil, renkli TV, kitaplık.. gibi- aynı kategorilerde değerlendirilmesi olanaklı ve akılcı mıdır?

Benzer karşılaştırmalar sağlık hizmetleri ile diğer hizmet alanları için de geçerlidir. Aşılama ve dönemsel (periyodik) denetimler gibi sağlık hizmetleri bir yana; çürük bir dişin sağaltımı, akut apandisit'in opere edilmesi gibi sağlık hizmeti gereksinimleri, sağlık dışı diğer hizmet gereksinimleri

ile bir tutulamaz. Söz gelimi tatil yapma, bilgisayar veya fotoğraf makinesi edinme... gereksinimleri birçok bakımlardan sağlık hizmeti gereksinimi ile aynı kefeye konulamazlar.

Sağlık Harcamaları Neden Artıyor?

Bir sektörün ekonominin bütünü içinde taşıdığı önem, sektör girdilerinin NOUG (Net Olmayan Ulusal Gelir; eski terimle GSMH) içindeki görece payı (proporsiyonu) ile belirlenmektedir. Sağlık sektörünün NOUG içindeki oranı, son zamanlarda hemen tüm ülkelerde önemli artışlar göstermektedir. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Başlıcaları şöyle sıralanabilir:

* Sağlık bilincinin yükselmesi; daha fazla sağlık hizmeti istemi,

* Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması

* Tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi

* Bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun gişli süregen hastalıkların artması...

Bununla birlikte, bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan pay, esas olarak ülkenin kalkınmışlık düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Bunun tersi de bir ölçüde doğrudur; bir ülkenin kalkınmışlığı esas olarak sağlık ve eğitim alanına ilişkin göstergelerle irdelenir.

Sağlık sorunlarının çözülmüş olduğundan söz edebilmek için, tüm bireylerin gereksinim duydukları sağlık hizmetlerini arzuladıkları nitelikte almaları gereklidir. Bunun için de 2 temel koşulun yerine getirilmesi beklenir:

1. Yeterli çokluk ve nitelikte sağlık hizmeti üretimi (disponibilite, sunu ya da arz),

2. Tüketicinin hizmete erişebilmesi (accessibility, istem ya da talep).

Hemen belirtelim ki, hizmetin erişilebilirliği salt uzaklıkla ilgili olan bir durum değildir. Hizmeti isteyebilmek için ilgililerin eğitim ve kültür düzeylerinden ekonomik güçlerine, kullanılan sağlık teknolojisine ve personelin bilgi-beceri ve tutumuna, ülkedeki sosyal güvenlik sistemine dek bir dizi etmeni gözönüne almak gerekmektedir.

Sözgelimi ABD Devletleri dışında hemen tüm gelişmiş ülkelerde Genel Sağlık Sigortası (GSS) vardır ve tüm yurttaşlar için zorunludur. Bununla birlikte ABD, ülkedeki sağlık harcamalarının yarıya ya-

kinini kamu kaynaklarından karşılamaktadır ve özellikle 1990'ların başından bu yana Avrupa'ya yakın bir model önermektedirler. Bill Clinton'u iktidara taşıyan sosyal politika söylemleri arasında, tüm yurttaşları kapsayan bir sosyal güvenlik şemsiyesi ağırlıklı bir yer almaktadır. GSS dışında kalan 40 milyon dolayındaki dar gelirli, alt sosyo-ekonomik katmandan Amerikalı'yı şemsiye altına almanın yolları araştırılmaktadır.

ABD, dünyada sağlık için en çok para harcayan ülkelerin başında gelmesine karşın; hizmet sunum modellerindeki yanlışlar nedeniyle beklenen verimi elde edememektedir. Sosyal güvenlik şemsiyesinin 38 milyona yakın insanı dışarıda bırakmasına ek olarak, ülkede 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nin örgütlenememiş olması, bu yüzden toplumun Temel Sağlık Hizmeti gereksiniminin karşılanamaması, bu ülkede sağlık sektöründe verimsiz kaynak kullanımının ana nedenleridir. Son zamanlardaki çabalar, sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanmasına dönük ve sağlık hizmetlerinin "daha sosyal kılınmasına" yöneliktir.

Almanya ve Danimarka, belirli bir gelir düzeyinin üstündeki yurttaşlarını zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışında tutmuşlardır. Bu kesimler, nasıl olsa doğacak sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılayabilecek güçte olduklarından, toplumsal ölçekte bir sorun olmayacaktır (sosyal devlet ilkesi ile çelişilmemektedir).

Kaynaklar en zengin ülkelerde bile sınırlıdır; ya da en azından akılcı, verimli kullanılmaları zorunluluğu vardır. Böyle olunca da, bu süreçte sağlık hizmetlerinin maliyeti sorunu gündeme çıkmaktadır. Dünya Bankası'nın 1990 rakamlarına göre sağlık harcamalarının NOUG'e oranı ABD'de %12.7, Fransa'da %9 ve Almanya'da %8 dolayındadır. Son 2 ülkede 1994'te bu oranların %10'u aşması beklenmektedir. OECD rakamları ise daha da yüksektir. ABD'de 1990'da sağlık sektöründe 690 milyar Dolar tutarında harcama yapılmıştır. Bu rakam, aynı yılın Türkiye ekonomisi büyüklüğünün 7.5 katıdır. Sağlık sektöründe Fransa 120, birleşme öncesi Almanya'sı yaklaşık 100 milyar dolar/yıl kaynak kullanmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması 1.000-2.363 dolar/yıl dolayındadır. 1994'te 3.000 dolar sınırının zorlanacağı düşünülmektedir. Türkiye'de o yıl kişi başına düşen ortalama ulusal gelirin 1.790 dolar dolayında olduğu anımsanırsa, sağlık harcamalarının büyüklüğü daha iyi anlaşılabilir.

Sağlık sektöründe kaynak ayrımı (özgülemesi, tahsisi) hızı, ekonominin genel gelişiminin 2 katı kadar bir hızla seyretmektedir. Dolayısıyla bu denli önemli kaynak büyüklüğünün denetimi önem kazanmaktadır. Kuşkusuz bu denetim kaynakları kıs-

mak anlamında değil; verimli ve yararlı kullanmak anlamındadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar, -dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kendisi de çok yetersizdir. NOUG'in %4'ü dolayında bir kaynak ayrımı söz konusudur (eski seri hesaplama ile %6, yeni seri hesaplama ile %4). Bu oran, yakın ekonomik güce -gelir düzeyine- sahip ülkelerde olduğundan da geridir. Aşağıda karşılaştırma amacıyla bazı ülkelerin sağlık harcamaları sunulmaktadır.

Tablo 1 : Bazı Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Sosyal Güvenlik

Ülkeler	S. Güvenlik Kapsamındaki Nüfus%	SH/NOUG%
Yunanistan	-	8.2
Etyopya	45	2.0
Uganda	32	2.8
Sri Lanka	41	3.2
Zambia	50	5.4
Mısır	58	5.2

(Kaynak : Dünya Bankası Raporu 1993)

1992 yılı sağlık harcamalarının %62.9'u kamusal kaynaklıdır (%43.4 vergilerden, %18.5 SSK'dan, %1.5 Bağ-Kur'dan olmak üzere.. fakat SSK ve Bağ-Kur harcamalarının tümünü kamu kaynağı saymak yanlış olur. Bunda SSK bakımından kamu işverenin prim katkısı büyük boyutlarda değilken; Bağ-Kur'da devlet sübvansiyonu önemli tutarlara ulaşmamaktadır). Devlet, sosyal güvenlik sistemine üzerine düşen katkıyı vererek sosyal devlet olmanın gereklerini yerine getirmediği gibi, örn. SSK bünyesinde oluşan fonları da kullanarak bu Kurumu "talan etmiştir" (Kaynak : 14.04.95, ATV, Siyaset Meydanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Prof. Dr. A. Güven Gürkan).

Türkiye, sağlık alanındaki kamu harcamalarını artırmak zorundadır.

Sağlık Harcamalarının Bileşimi :

Batı ülkelerinde sağlık harcamalarının yarısı hastane (2. ve 3. Basamak) gideridir. 1. Basamak %33 dolayında pay alırken, %17'lik bir oran da ilaç ve diğer tıbbi giderlere harcanmaktadır. Kaynakların etkili kullanımı kaçınılmazdır. Bu nedenle bir kısım verimlilik ölçütlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Söz gelimi sisteme sunulan girdilerle elde edilen çıktılarının belirlenmesi ve girdi/çıktı oranı biçiminde bir ölçüt tanımlanması düşünülebilir. Bu ölçütün 'yeterli' kılınması hedeflenebilir.

Seçenek (alternatif) maliyetler bulunup bulunmayacağı sorgulanabilir. Söz konusu oranın akılcı (feasible) olup-olmadığı değerlendirilebilir. Bu değerlendirme amaca göre değişiklik gösterir. Örneğin özel girişimci açısından giderin enaza in-

dirilmesi (gider minimizasyonu) ile kazancın en büyük kılınması (kâr maksimizasyonu) amaçtır.

Kazancın en büyük kılınması analizleri : Bu amaçla 5 teknik kullanılmaktadır:

1. Ortalama Kazançlılık Yöntemi : Girdiler x , çıktılar y olarak gösterilirse, y/x oranı 1'den yeterince büyük olmalıdır.

2. Geri Ödeme Süresi : Giderler kaç yılda geri ödenecektir?

3. İç kazançlılık oranı : Girdi ve çıktı'nın o anki değeri ile karşılaştırılarak sermayenin marjinal verimliliğinin hesaplanmasıdır. En çok bu yöntem kullanılmaktadır.

4. Net Bugünkü Değer Yöntemi : Bugünkü değerlerle girdi-çıktı farkının irdelenmesidir.

5. Fayda-Gider Yöntemi : Girdi-çıktı oranına bakılmaktadır. Burada kamu ve özel kesimin yaklaşımı farklıdır. Kamu açısından sektöre yapılan yatırımın döviz getirisinin olup-olmadığı, işsizlik önleme ve iş alanı (istihdam) yaratma kapasitesi de dikkate alınır.

Öte yandan sağlık hizmetleri, sektörde kazancın en fazla (maksimum) kılınması irdemeleri bakımından bir kısım ayrıcalıklar taşırlar. Şöyle ki:

- * Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz. İstem boyutunun kestirilmesi güçtür.
- * Yerine başka bir hizmet konamaz (ikamesi/substitüsyon'u yoktur).
- * Ertelenemez, çoğu kez anında karşılanmak durumundadır.
- * Boyutunu hizmeti kullanan değil hekim saptar.
- * Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.

Bu nedenlerle sağlık hizmeti isteminin esnekliği yoktur (talep esnekliği yok).

Sağlık hizmetlerinin bu kendine özgü özellikleri yüzünden, sağlık ekonomisi de özellik gösterir. Kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması için başlıca 4 yöntem kullanılır:

1. Kazancın en büyük kılınması (kâr maksimizasyonu) : Özel kesim için geçerli olup, maloluş/yarar (cost/benefit) irdemelerine dayandırılır.

2. Maloluşun enaza indirilmesi (maliyet minimizasyonu).

3. Maloluş/etkinlik irdemeleri.
4. Maloluş/yarar irdemeleri.

Maloluşun Enaza İndirilmesi : Eşdeğer çıktı veren mal ve/veya hizmetlerden en ucuzunun seçilmesi temeline dayanır. Maloluşa ilişkin seçeneklerin eşit nitelikte çıktı vermesi koşulu olduğundan, bu yaklaşım zordur. Bu yüzden en çok maloluş/etkinlik irdemeleri kullanılmaktadır. Örneğin koroner damar cerrahisi ve böbrek aktarımı (transplantasyonu) ameliyatları ile sağlanan yaşam yılı karşılaştırmaları yapılır. Giderler kazanılan yaşam yılları ile kıyaslanır. Maloluşu düşük olana öncelikli yaklaşım söz konusu olur ve özellikle hastanelerde kullanılır. Bu amaçla birim maloluşu bedellerinin saptanması gerekir ve bu işlem olanaklıdır. Hizmetlerin birim maloluş bedellerinin hesaplanması durumunda aynı hastanenin servisleri arasında karşılaştırmalar yapılabileceği gibi; hastanelerarası karşılaştırmalar da yapılabilir.

Birim maloluşların standartlaştırılması bir diğer ileri aşama olup; sağlık kurumlarında hizmet maloluşları bu standart bedellerle karşılaştırılarak kötü kaynak kullanan servisler uyarılabilir.

Kamu eliyle Genel Sağlık Sigortası sistemi çalıştırılırsa, kazancın en çok (maksimum) kılınması söz konusu edilemeyeceğinden, tek yol olarak giderlerin/maloluşların enaza çekilmesi kalmaktadır.

Geleneksel Ekonomi ve Halk Sağlığı Uçurumu

Anamalcı (kapitalist) düzenlerde geleneksel ekonomi ile sağlık ekonomisi uçurumu giderilebilir değildir. Sosyal politikaların ağırlık kazandığı düzenlerde ise ekonomistler özellikle 1980'lerden sonra Halk Sağlığı bakış açısına yaklaşmışlardır.

Kaynakların kıtlığı ve optimum verimlilikle kullanılması gereği tartışma dışıdır. Hele gelişmekte olan ülkelerde bir kısım toplum katmanlarının sağlık hizmeti alamaması gibi eşitsizlikler akılcı kaynak kullanımını daha da vazgeçilmez kılmaktadır. Çoğu gelişmekte olan ülkede yaşlı hemodializ olgularının makineye bağlanma şansları çok azdır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri kaynakları açısından 2 temel sorun göze batmaktadır. Bunlar kaynakların kıtlığı ve altsektörlere kaynak ayırım oranlarıdır. Örneğin ülkemizde Sağlık Bakanlığı Bütçesi genel bütçe içinde görece küçük pay alırken (%5'ten az!), bunun içinde Temel Sağlık Hizmetlerine ayrılan pay %2-3 dolayındadır. Bakanlık bütçesinin çok önemli kesimleri personel giderleri ve sağaltıcı (tedavi edici) sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır.

Esasen sağlık alanına ayrılan kaynak büyüklüğü dünyanın hiçbir yerinde anlamlı (dramatik) bir artış kaydetmiş değildir. Sağlığa kaynak özgülmesi ya da ayrılan kaynakların boyutları olgusu birçok parametreye ikincildir. Konunun potansiyel bağımsız değişkenleri şunlar olabilir:

a. Karar Kademeleri : Ulusal, bölgesel ya da kurumsal düzeyde olabilmektedir.

b. Rol Alan Egemen Ögeler : Klinisyenler, politikacılar, hastalar ve bu 3'ünün değişik bileşimleri.

c. Harekete Geçiren Ölçütler : Hekimlerin klinik özgürlüğü mü (clinical freedom) yoksa normatif nesnel ölçütler mi?

İngiliz Sağlık Sistemi'nde kaynak ayrımının 2 temel bileşeni aşağıda sunulmaktadır:

- Sağlık bir insanlık hakkıdır, herkes eşit yararlanmalıdır.
- Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplum gruplarının gereksinimleri gözetilerek eşit olarak sunulmalıdır.

Unutmamak gerekir ki; burada sözü edilen mutlak bir eşitlik değildir. "Herkes biraz ama gereksinimi olana daha çok" yaklaşımı, sağlıkta eşitsizlikleri giderebilecek olan tek yaklaşımdır.

Kaynaklar kesinlikle sınırlıdır (kıttır)



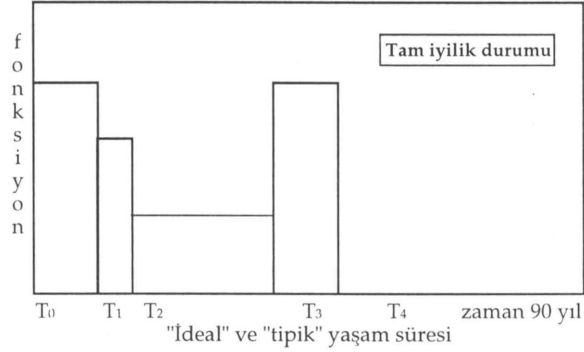
Öyleyse öncelikler sorgulanmalıdır ⊃ Bu iş kimler, hangi ölçütlerle yapacaklardır?



Toplumsal yarar birçok kılınabilecek midir?

Kaynak bulunması sorununun aşıldığı varsayılırsa, bu kez çıktı (output, yield, profit, outcome) nasıl ölçülecektir? Sağlık hizmetlerinin (girdi), kişilerin yaşam niteliğine (life quality) katkısı (çıktı) ölçülerek yapılabilir mi bu iş? Yanıt evet ise, bu tutum bizleri hastaneden, klinikten dışarı çıkartıp topluma yöneltir. Gerçekten de yeni teknikler yaşam süresi ve niteliği ile ilgilidir. Söz gelimi ideal ve tipik bir yaşam süresi 90 yıl olarak kabul edilirse, PMD'li (psikoz manyak depressif) bir hastanın durumu aşağıdaki gibi simgeleştirilebilir mi?

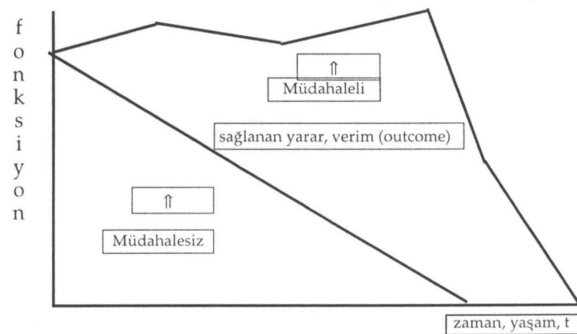
Şekil 1 : "İdeal" ve "Tipik" Yaşam Biçimleri ve Sağlık Hizmeti'nin Yararı



Yukarıda şemaya göre 90 yıllık "ideal" yaşam süresi ve niteliği, PMD'li hasta için T₀, T₁, T₂, T₃, ve T₄ zamanlarında PMD atakları ile zedelenmiş, niteliğinden yitiğe uğramıştır. Bu tabloya yapılacak müdahalelerle atakların sayı ve süreleri azaltılabilirse; niteliği yükseltilmiş, "tipik" yaşam biçimi "ideal"e yaklaştırılmış olacaktır.

Çıktı değerlendirmesinde kullanılan bir diğer yaklaşım ise özürülülük (disability) ve zorlanma (distress) kategorilemesidir. Özürülülük 8, zorlanma ise 4 kademeli olarak ele alınmaktadır. Hazırlanan matris tablosunda sayısal skora büyüdükçe özürülülük ve/veya zorlanma durumu da ağırlaşmaktadır. Verilen sağlık hizmeti ile kişinin skorunda elde edilen düzelleme çıktı (outcome) olarak nitelenmektedir. Zaman içinde değişim gösteren durum geometrik ortalama ile izlenmektedir. Sağdan sola ve aşağıdan yukarıya veya sağ alttan sol üste doğru köşegen skor kaymaları sağlık hizmetinin yararı olarak değerlendirilmektedir.

Şekil 2 : Sağlık Hizmeti İle Yaşam Niteliğine Müdahale ve Sağlanan Yarar



Sağlık hizmetlerinin doğurduğu faydayı ölçmek bakımından tanımlanan kavramlardan birisi "QUALY"dir. Bu kavram İngilizce "Quality Adjusted

Tablo 2 : Engellilik ve Zorlanma Birleşik Değerlendirme Eşeli

Engellilik Derecesi	Zorlanma		Derecesi	
	1 (yok)	2 (az)	3 (oldukça)	4 (ciddi)
1	oranlar			
2				
3		oranlar		
4				
5			oranlar	
6				
7				oranlar
8				210 (ex)

(Toplam 210 skoru ölüme denk olmaktadır)

Life Year" sözcüklerinin başharflerinden türetilen bir kısaltmadır. Dilimize "Niteliği Düzeltmiş Yaşam Yılı" (NDYY) olarak çevrilebilir. Anlam olarak ise, doğmuş ya da doğacak bir sağlık sorununun yaşam niteliği üzerine olumsuz etkisinin giderilmesi ile kazanılan nitelikli yaşam yılı içeriğine sahiptir. Söz gelimi bir süregen böbrek ya da karaciğer hastasına organ aktarımı ile kazanılacak nitelikli yaşam yılları. Ya da aşılama programı ile hepatit B komplikasyonlarından korunan insanların kazanacakları, - görece- sorunsuz yaşayacakları her 1 yıl 1 NDYY olarak tanımlanabilir.

Buradan da hareketle, kazanılacak her bir NDYY'nin maloluşunun hesaplamasına gidilebilir. NDYY hesaplamalarında kullanılacak eşelde (utility scale) -1 ile +1 arasında değişen bir ölçümleme yapılır. Sıfır konumu ölüm karşılığıdır. Negatif değerlendirmeler, ölümün yeğleneceği denli bozuk ya da umutsuz sağlıksızlık durumlarını simgelemektedir. + 1 ise tam sağlıklılık durumu olarak tanımlanmaktadır. Buna göre özürülük (disability) durumu ile zorlanma (distress) düzeyini çarpazlayan tablolar ile NDYY başına maloluş irdelemelerine gidilmektedir.

NDYY yaklaşımının klasik sağlık ekonomisi yaklaşımlarından ayrılan 3 önemli boyutu vardır:

1. Maloluşu en son olarak gündeme getirmektedir.
2. Yaşam niteliğini maloluşla sentezlemektedir.
3. Salt klinisyenlerin kararlarıyla yetinmemektedir; topluma dayalı bir değerlendirme yapılmaktadır.

Tablo 3 : Engellilik ve Zorlanma Düzeyine Göre NDYY (QUALY) Maloluş Eşeli

Engellilik Derecesi	Zorlanma		Derecesi	
	1 (yok)	2 (az)	3 (oldukça)	4 (ciddi)
1	+ 1.00			
2		katsayılar		
3			katsayılar	
4				
5				katsayılar
6				
7				
8				- 1.00

Dünya Bankası 1993 Raporu sağlık konularına özgülenmiştir. Rapora göre "minimum Sağlık Paketi" yaklaşımı ağırlıklı bir önem kazanmıştır. Paketin içeriği 2 ana başlıkta incelenebilir :

I. Kamu Sağlığına İlişkin Eylem Planı.

- a. Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın (GBP, İngilizce EPI) sürdürülmesi
- b. Okul Sağlığı Hizmetlerinin geliştirilmesi.
- c. Tütün ve alkol kullanımının sınırlandırılması.
- d. AIDS önleme çalışmalarının etkinleştirilmesi.
- e. Topluma Aile Planlaması hizmetlerinin verilmesi.
- f. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması.
- g. Halka sağlık eğitimi verilmesi.
- h. Sağlık ve sağlıkla doğrudan/dolaylı diğer hizmetlerin topluma sunulması.

II. Klinik Hizmetlere İlişkin Eylem Planı

- a. Tüberkülozun kısa dönem kemoterapisi.
- b. Hasta çocukların sağaltımı (özellikle parazitik hastalıkların sağaltımı.)
- c. Entegre prenatal bakım ve doğum hizmetleri.
- d. Aile planlaması hizmetlerinden klinik boyutu olanların verilmesi (Tüp ligasyonu, vazektomi, deri altı implantlar ve diğer invazif yöntemlerin uygulanması ve izlenmesi.
- e. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla savaş (AIDS'e karşı kondom dağıtımı gibi).

f. Temelde yetişkine yönelik sınırlı sağlık bakımını.

NDYY'ye (QUALY) benzer diğer bir değerlendirme de "DALY" yaklaşımıdır. "Disability Adjusted Life Year" sözcüklerinin baş harflerinden türetilmiş bu kısaltma, "Engelli Olmayan Yaşam Yılı" (EOYY) biçiminde kısaltılarak dilimize uyarlanabilir. Aslında bu 2 kavram felsefe olarak birbirine yakındır. Özellikle süregelen hastalıkların erken tanı, etkin sağaltım izlem ve esenlendirilmesiyle (rehabilitasyon) kişilerin özürsüz ya da engelli duruma geçmeleri geciktirilebilir hatta önenebilir. Bu mantıkla, "engelli" olmaktan kurtarılmış her yaşam yılı 1 EOYY olarak adlandırılabilir.

Örn. tbc'li 500 hastanın sağaltımı 100.000 dolarlık bir harcama ile 35.000 EOYY sağlamaktadır. Oysa DM'li 500 hastanın sağaltımı da 100.000 dolara mal olurken, sağladığı EOYY 400 dolayındadır. Buradan hareketle; tbc sağaltımının EOYY'sinin, DM'li hasta sağaltımına göre daha yüksek olduğu söylenebilir ya da tbc sağaltım hizmetlerinde EOYY başına harcanacak bedelin, DM sağaltımına göre daha düşük olduğu yargısına varılabilir.

Çiçek hastalığının, başarılı bir savaşım ile 1978'de dünyamızdan yok edilmesinin ardından Handerson şöyle demişti:

Çiçek yok edildi. Şimdi sıra kötü yönetimde..

Umarız bu aşama da hızla geride bırakılır ve sınırlı kaynaklar, iyi yönetim organizasyonları elinde, olanaklı en yüksek verimlilikle kullanılır. Çünkü, kaynakları oldukça dar ve sağlık sorunları yoğun gelişmekte olan ülkelerin, buna gerçekten gereksinimleri var.

Yazımızı bağlamadan önce Dünya Sağlık Örgütü'nün şimdiki Başkan Dr. Hiroshi Nakajima'nın

Hükümetlerce halka verilecek sağlık hizmetleri onlara bir lütuf değil; ekonomik ve sosyal kalkınmada en temel itici güçtür.

Dr. Halfdan MAHLER

Dünya Sağlık Örgütü Eski Genel Direktörü

öncülü Dr. Halfdan Mahler'in bir değerlendirmesine yer verelim:

KAYNAKLAR

1. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed., Oxford University Press, 1990.
2. Tokat M. Sağlık Ekonomisi. (Ed. Hikmet Seçim), Anadolu Üniv. Açık Öğr. Fak. Yay. No 793.
3. Mach EP, Abel-Smith B. Planning The Finances of the Health Sector. WHO-Geneva, 1983.
4. Aksakoğlu G. Sağlık Ekonomisi. Toplum ve Hekim. Cilt 9. sayı 63. 1994. Ankara.
5. Tokat M. Kısaer H. Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi. Milli Produktivite Merkezi Yay. No. 455, Ankara, 1991.
6. WHO Regional Office for Europe. ANTIDOTUM. Management in Health in Health Sector. Suppl. No 1, 1993.
7. Mortan K, Tokgöz T. Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi. Ankara, 1984. (Matbaa bilgisi yok.)
8. Tokat M. Tatar F. Sağlıkta Ekonomik Analiz Teknikleri. Konferans. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Didim Eylül/1994.
9. Ülgen A. Aksoy S. Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım. Milli Produktivite Yay. No: 332. Ankara, 1985.
10. Panel Notları. Sağlık Ekonomisi. 9 Temmuz 1978. Ankara Tabip Odası. Ankara.
11. Saltık A. Sağlık Ekonomisi Ders Notları (Yayınlanmamış. Trakya Üniversitesi Tıp Fak., Edirne, 1994)
12. World Bank. World Development Report-1993. Oxford Univ. Press. 1993.
13. UNICEF. Uluslararası Gelişmesi. UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara, 1993.