

SAĞLIK HİZMETLERİ VERİMLİ VE AYNI ZAMANDA EŞİT OLARAK VERİLEBİLİR Mİ ?

Dr. M. Hulki UZ*

ÖZET

Sağlık hizmetleri **hakkaniyet** ölçüleri içinde **verimli** olarak sunulabildiği sürece hizmetlerin toplumun sağlık düzeyine katkısı maksimum olacaktır. Buna rağmen her ikisinin de ideal tanımlarının yapılmasında birçok zorluk vardır. Hakkaniyet ve verimlilik sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve yeniden planlanması aşamalarında olmazsa olmaz çok önemli kavramlardır. Görünüşte birbirine taban tabana zıt gibi görünen bu iki kavram arasındaki hassas dengeyi kurmak da sağlık planlamacıları ve karar vericilerin sorumluluğundadır ve sanıldığından daha zordur.

Bu yazıda verimlilik ve hakkaniyet kavramlarının tanımı yapılacak ve bazı örneklerle ikisi arasında olan ya da olması gereken denge veya rekabet tartışılacaktır.

GİRİŞ

Finansman ve hizmet sunumu sistemi ne olursa olsun hemen tüm ülkelerde sağlığa ayrılan kaynaklar (insangücü, bina, araç-gereç, para ve zaman) kısıtlı, buna karşın toplumun sağlık ihtiyaçları yıldan yıla artış eğilimindedir. Bu durum ülkemiz için olduğu gibi bütçesinden sağlığa en büyük payı (yaklaşık %13.3) ayıran Amerika Birleşik Devletleri için de geçerlidir. (1) Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler en az kaynak kullanımı ile nüfusa maksimum fayda sağlayan bir sağlık hizmeti modeli arayışı içerisindeyler. Bundan dolayı bu model ara-

cılığı ile en fazla faydanın elde edilmesi ya da maliyetlerin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.

Tanımlanan bu iki amaca ulaşmak için alternatif modeller arasından en verimli (efficient)** olanı seçilmelidir. Bu yeni model aynı zamanda hizmeti kullanacak gruplar arasında farklılık yaratılmadan dağıtılmalıdır. Bu noktadan hareketle denebilir ki, bütün sağlık hizmetlerinin iki temel amacı olmalıdır: Verimlilik ve hakkaniyet (equity).

VERİMLİLİK

Bütün mal ve hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de verimlilik kavramının giderek önem kazanmasının sebebi hizmetin üretilmesi için gerekli olan kaynakların kısıtlı olmasıdır. Bu da sağlık planlamacılarını ya da karar vericileri eldeki kit kaynaklar ile en fazla fayda (benefit) sağlayacak hizmet üretimine teşvik etmektedir.

Sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunulmasında, verimliliğe hakkaniyete göre daha fazla önem vermektedirler. Le Grand'a göre "sosyal bir amaç gerçekleştirilirken bir diğer amaçdan vazgeçilemiyorsa, bu amaca ulaşmak için tahsis edilen kaynaklar verimli olarak kullanılmış demektir". (2) Bir sağlık müdahalesi için gereken kaynaklar, verimli olarak kullanılmaz ise bu kaynakların başka bir sağlık probleminin çözümü için kullanılmasından elde edilecek daha fazla faydadan doğal olarak vazgeçilmiş olacaktır. Bu da, bu kaynakların alternatif maliyetinin (opportunity cost) daha yüksek olması anlamına gelir.

Diğer faktörler sabit kalmak koşulu ile, *ceteris paribus*, pazar ekonomisinin tam olarak uygulandığı koşullarda satıcı ve alıcının her ikisi de bir atomun parçaları gibi davranarak kendi karlarını (benefit) artırmak için uğraş verirlir. Bunun anlamı, satıcı malını maliyeti ne olursa olsun en fazla kar getirecek bir

* Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
** Konu ile ilgili tüm terimler İngilizce kaynaklı olduğundan gerekli durumlarda yanlış bilgilendirmeyi önlemek amacı ile kavramların orjinalleri parantez içinde verilmiştir.

fiyattan satmak isterken, alıcı da bu malı en düşük fiyattan almak arzusundadır. Böylece her iki taraf da kendi açılarından verimli bir alışveriş yapmış olacaktırlar. Aynı şekilde kaynakların dağıtımında maksimum fayda sağlayan ve/veya minimum maliyet gerektiren seçeneklerin tercih edilmesiyle verimli bir sonuç elde edilir. (3) Bazı kaynaklara göre (4) verimlilik gerçek pazar ortamında kendiliğinden ortaya çıkar.

Teorik anlamda sağlık sektöründe de pazar ekonomisi kurallarından, özellikle bunun bir parçası olan serbest rekabetten faydalanılarak verimliliğe ulaşılabilir. Buna karşın sağlığın ve sağlık sektörünün doğası gereği, pazar ekonomisinin gerektirdiği tüm koşulların yerine getirilmesinde birçok zorluk ve imkansızlıklar mevcuttur. Bu nedenle sağlık sektöründe bu yolla sosyal verimliliğe ulaşılması pratikte güçtür. (4) Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ve hatta pazar ekonomisinin tam anlamıyla yerleştiği ülkelerde (örneğin ABD) bile toplumdaki farklı gruplar arasında hakkaniyeti sağlamak amacıyla pazar ortamına yapılan müdahaleler, az ya da çok, verimsizliğe neden olmaktadır. Örneğin Kosta Rika'da kamu sağlık harcamalarının %30'u fakir halka aktarılmış, fakat bu pay bile bu grupların sağlık problemlerine kesin bir çözüm sağlayamamıştır. (1)

Verimliliğin Tipleri :

Verimlilik, tahsisat (allocative) ve uygulama (operational) verimliliği olarak ikiye ayrılabilir:

Tahsisat Verimliliği: Kaynakların, hizmetler veya coğrafik bölgeler arasında toplumun elde edeceği net sosyal faydayı artırmak amacıyla uygun olarak tahsis edilmesidir. (5) Le Grand'ın yukarıda bahsedilen tanımında olduğu gibi, iki hastane arasında kaynak dağılımı yapılırken eğer birisinin mevcut durumu, diğerinkini bozulmaksızın iyileştirilebiliyorsa bu dağılım verimlidir denilebilir. (6) Örneğin bir hükümetin sektörler arasında bütçe dağılımı yaparken elindeki bir kaynağı daha fazla sosyal fayda yaratacak dolayısıyla da daha verimli olacak sektöre aktarması verimli bir tahsisattir. Tahsisat verimliliği maliyet-fayda analizi (cost-benefit analysis) ile değerlendirilir ve "doğru aktiviteyi yapmak" olarak da özetlenebilir.

Uygulama Verimliliği : Beklenen bir sağlık düzeyine ulaşabilmek için yapılması kararlaştırılan bir aktivitenin alternatifler arasında **en uygunu** seçilerek gerçekleştirilmesi anlamına gelir. (5) En uygun alternatif ise ya mevcut kaynaklarla en fazla çıktıyı (output) ya da en az maliyetle amaçlanan çıktıyı üretmektir. Bir başka deyimle seçilen alternatif, maksimum etkililik (effectiveness) ve aynı zamanda da

daha az maliyet ile daha fazla miktarda çıktı ya da en azından aynı miktarda çıktı sağlamalıdır. Buna örnek olarak; Sağlık Bakanlığı'na aktarılan bir kaynağın tedavi hizmetleri yerine daha verimli olacağı düşünülen koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine aktarılması verilebilir. Uygulama verimliliği kısaca "aktiviteyi doğru yapmak" olarak da tanımlanabilir ve hem maliyet-etkililik (cost-effectiveness analysis) hem de maliyet-kullanım analizi (cost-utilization analysis) ile değerlendirilir. (4)

HAKKANİYET

Sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan potansiyel gruplar arasındaki sosyal, ekonomik ve coğrafik şartlar gibi birçok sebepten kaynaklanan farklılıklar gün geçtikçe daha belirgin hale gelmektedir. Bu nedenle bu farklılıkların azaltılması ya da en azından minimuma indirilmesi arayışları sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyet kavramını sağlık planlamacılarının üzerinde önemle durduğu bir konu haline getirmiştir.

Hakkaniyet konusuna başlamadan önce eşitlik (equality) ve hakkaniyet terimlerinin birbirinden ayrılmasında fayda vardır. Genellikle bu iki terim, yanlış olarak, birbiri yerine kullanılmaktadır.

Eşitlik, kaynakların ihtiyaçlara bakılmaksızın eşit olarak paylaşılması şeklinde tanımlanırken, sağlık sektöründe hakkaniyet bazen eşit olmayan paylaşımı da gerektirebilmekte, ihtiyaçları farklı olan gruplara farklı kaynak aktarımlarını öngörebilmektedir. (4) İki kavram arasındaki farkı aşağıdaki örnek daha iyi anlatmaktadır: Kadrosu boş olan altı köye altı tane hemşire atanacaktır. Bir köyde ana sağlığı ile ilgili problemler en az üç hemşire gerektirecek kadar ciddi boyutlardadır. Daha fazla ihtiyacı olan bu köye üç, geri kalan beş köye ise diğer üç hemşirenin istihdamı bu kaynağın dağılımında köyler arasında eşitsizlik yaratır görünse de hakkaniyete uygun olacaktır.

Tanımlanmasındaki tüm güçlüklerle rağmen genel olarak kabul gören gerçek şudur; sağlık hizmetleri kullanıcılara hakkaniyetle sunulmalıdır. Bazı ekonomistlere göre (4) hakkaniyet; tüketimde eşitlik (Musgrave), sağlık hizmetlerinin tüketiminde eşitlik (Lees), sağlık hizmetlerini kullanımda fırsat eşitliği (Titmuss), eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmetine ulaşımıdır (Sen ve Margolis).

Bunların yanısıra Mooney 7 farklı hakkaniyet tanımlamaktadır (7) : Hakkaniyet,

1. Kişi başına düşen harcamada eşitlik,
2. Kişi başına düşen girdilerde (input) (kaynaklar) eşitlik,

3. Eşit ihtiyaçlar için ayrılan girdilerde eşitlik,
4. Eşit ihtiyacı olanların hizmetlere ulaşmasında (access) eşitlik,
5. Eşit ihtiyacı olanların hizmetleri kullanmalarında eşitlik,
6. Karşılaşmış olan nihai (marginal) ihtiyaçların eşitliği,
7. Sağlıkta eşitlik.

Örneğin İngiltere'de bölge sağlık idarelerine kaynak aktarımı için öngörülen ve bir süre kullanılan bir formülde (RAWP formülü) dördüncü tanımdan yola çıkılarak eşit risklere sahip kişilere hizmetlere ulaşmada fırsat eşitliği öngörülmüştür. (7)

Le Grand ise üç farklı hakkaniyet tanımlamaktadır. (3):

1. Herkes eşit sağlık problemleri için eşit olarak tedavi edilmelidir.
2. Toplumda her bireye düşecek minimum bir gelir düzeyi veya hizmet ve mallardan bir bireyin minimum düzeyde kullanması gereken bir standart tesbit edilebilir. Hiçbir vatandaş bu minimum düzeyin altında olmamalıdır.

3. Herkes sağlık hizmetlerine ulaşırken eşit fırsatlara ve eşit maliyetlere sahip olmalıdır. Örneğin, sağlık ocağında üretilen bir hizmete ulaşmanın maliyeti (seyahat giderleri, işe gitmeme, zaman kaybı vb.) o hizmetten faydalanacak tüm bireyler için eşit olmalıdır. Ancak bu tanımın gerçekleşmesi sağlık hizmetlerinin tümünün bedava olduğu İngiltere'de bile oldukça zordur. Bu ülkede Ulusal Sağlık Hizmetleri harcamalarının %40'lık bölümünden nüfusun ekonomik ve sosyal yönden daha gelişmiş durumdaki ancak küçük bir bölümü faydalanabilmektedir.

Toplumdaki eşit olmayan gelir dağılımının bir sonucu olarak pazar ekonomisinin ön koşulları tam olarak yerine getirilirse bu üç tanımın hayata geçirilmesinin imkansız olduğu görülecektir. Çünkü düşük gelirli gruplar;

- Sağlık hizmetleri giderlerinin hiçbirini karşılayamayacakları için söz konusu minimum standardın altında yer alacaklardır.

- Daha yüksek gelirli gruplara göre sahip oldukları aynı sağlık problemleri için ancak eşit olmayan, daha az ve daha düşük kaliteli hizmet alabileceklerdir.

- Sağlık hizmetine ulaşabilmek için diğer gruplara göre gelirlerinden daha büyük oranlarda fedakarlık yapmak zorunda kalacaklardır.

Sağlığın ve sağlık sektörünün yapısından dolayı daha fazla ihtiyacı olan grupların bu dezavantajlarını azaltmak için, pazar ekonomisi kurallarına aykırı da olsa, hükümetlerin sektöre müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır. Pazar ekonomisinin tam anlamıyla uygulandığı ABD'de bile düşük gelirli gruplara (Medicare) ve yaşlılara (Medicaid) yönelik örgütlenmeler vardır. Buna karşın sağlık hizmetlerinin kamu eliyle verilmesi, örneğin rekabet eksikliği nedeniyle verimli olmayabilir ya da kamu kaynaklarının eşit olarak dağıtılmamasına yol açabilir. (1, 3)

Donaldson ve Gerard hakkaniyetin iki boyutu olduğunu savunmaktadırlar. Finansman boyutunda herhangi bir sağlık harcamasının (sigorta primi de olabilir) ödeme gücüyle ilişkilendirilmesi öngörülmektedir. İkinci boyutta ise kaynakların kullanılmasında fırsat eşitliği yani bir anlamda Mononey'in hakkaniyet tanımlarından birisi olan eşit sağlık ihtiyaçları için eşit sağlık hizmetine eşit ulaşım imkanı ifade edilmektedir. (4)

Literatürde hakkaniyet iki gruba ayrılmaktadır: Yatay (horizontal) ve dikey (vertical).

Yatay Hakkaniyet: Aynı sağlık problemleri için aynı tedavinin yapılmasını ifade eder. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin üretiminde hem girdi (kaynaklar) hem de çıktı (hizmetler) aşamasında yerini alacaktır. Ülke genelinde aynı grup sağlık kuruluşlarının hepsinde aynı sayıda sağlık personelinin istihdamı buna bir örnektir. (8) Yatay hakkaniyette bir diğer kriter ise eşit ihtiyaçlar için eşit ulaşım imkanıdır. Örneğin, kırsal kesimde yaşayanlar sağlık hizmetlerine ulaşırken iki dezavantaja karşılaşırlar: 1) Kırsal alandaki sağlık kuruluşu kentsel alana göre daha az yaygındır, daha az malzeme ile donatılmıştır. Dolayısıyla ihtiyaçlara tam cevap veremeyebilir. 2) Bu kişiler daha düşük gelire sahip olduklarından kendilerine en yakın kuruluşa ulaşmada dahi bazen güçlük çekebilmektedirler. (4)

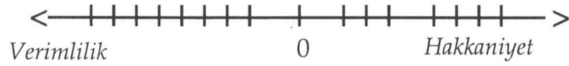
Dikey Hakkaniyet ise farklı sağlık düzeylerinde, farklı şartlar altında ve farklı ihtiyaçları olan kişilerin farklı tedavi edilmesi anlamına gelmektedir. (8) Toplumlarda sağlık hizmetleri kişilerin ihtiyaçları ile doğru orantılı olarak sunulmalı, farklı ihtiyaçlar farklı düzey ve türlerde sunulan hizmetler ile karşılanmalıdır. (5)

Bu yazının esas konusu olan verimlilik ve hakkaniyet arasındaki hassas denge (tradeoff) yatay hakkaniyette tanımından da anlaşılacağı üzere söz konusu olmayacaktır. Çünkü, kaynakların gruplar arasında hakkaniyete göre eşit olarak dağıtılması verimli bir yaklaşım olacaktır. Bu aynı zamanda yatay hakkaniyette öngörülen eşit problemlerin eşit çözümü prensibine de uyacaktır. Buna karşın

dikey hakkaniyetde bu iki kavram arasında her zaman bir dengesizlik ya da bir çekişme söz konusu olacaktır. (7)

HAKKANİYET VE VERİMLİLİK ARASINDAKİ DENGE YA DA DENGESİZLİK

Toplumun bütün fertlerini kapsayacak bir sosyal güvenlik sistemi eşitlik kavramının öngördüğü ilkeleri yerine getirebilir. Bununla birlikte bu sistem hizmet sunan personelin daha verimli çalışmasını ya da daha düşük maliyetlerde hizmet üretmesini engelleyebilir, halkın hizmetleri gereksiz şekilde daha fazla kullanmasına neden olabilir. Bu durumda da verimli olmayan bir hizmet sunumu ortaya çıkar. (2)



Şekil 1: Verimlilik ve hakkaniyet bir cetvel üzerinde

Bu nedenle hakkaniyet ve verimlilik arasındaki denge bir cetvele ya da bir teraziye benzetilebilir. Her ikisinde de verimlilik ve hakkaniyet iki uç nokta da yer almaktadır (Şekil 1 ve 2).



Şekil 2: Verimlilik ve hakkaniyet bir terazi üzerinde

İhtiyaçlar, şartlar, öncelikler ve kaynaklar farklı olduğu için Şekil 1'deki 0 noktası ve Şekil 2'deki ağırlık merkezinin yeri toplumdan topluma hatta aynı toplumdaki farklı gruplara ya da kişilere göre değişiklik gösterecektir. Bir sağlık hizmeti bir toplum için daha fazla verimlilik ya da hakkaniyet yaratabilirken diğeri için aynı sonucu üretmeyebilir. Bu sebepten dolayı cetveldeki en verimli ve en hakkaniyetli noktanın hesaplanması ya da terazide her iki ucu dengede tutacak noktanın bulunması sağlık planlamacıları ve politika yapıcıların görevidir.

Bu dengeyi daha detaylı incelemek amacıyla yukarıda verilen bazı hakkaniyet tanımlamaları örneklerle bir parça daha genişletilecektir.

Eşit Sağlık Problemleri İçin Eşit Yaklaşımlar (Equal treatment for equal need)

Kendisiyle aynı problemi olan bir kişinin, diğere uygulanan bir tedavi yaklaşımının aynısını almak zorunda olmasını ifade eden bu tanımlamayı destekleyen Le Grand'a göre: "İhtiyaçlar önceliklerin tesbitinde önemli bir kriterdir". (2)

ÖRNEK 1: Sosyo-ekonomik olarak çok gelişmiş A ilçesi ile geri kalmış B ilçesi aynı salgın hastalığın etkisi altındadır. Kaynakların yeterli olmasına ve her iki ilçede aynı oranda tedavi imkanı bulunmasına rağmen geri kalmış ilçenin halkı diğere göre daha fazla tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Buna karşın gelişmiş ilçenin halkının tedavisi, sağlığı etkileyen diğere faktörlerin (çevre sağlığı, ulaşım, beslenme, eğitim gibi) bu ilçede daha uygun olması nedeniyle daha kolay, daha verimli olacak, bu grubun sağlık düzeyinde göreceli olarak daha fazla bir düzelme yaratılacaktır. Bu durumda B ilçesinin halkının da tedavi edilmesi verimli bir yaklaşım olacak mıdır? Yoksa eldeki kaynaklar ihtiyaç duyulan ve bu tahsisata göre daha verimli sonuçlar üretecek bir başka sağlık alanına mı kaydırılacaktır?

ÖRNEK 2: Kronik alkolik olan ve uyum sağlamasına da halen alkolizm tedavisi görmekte olan bir hasta karaciğer nakline ihtiyaç duymaktadır. Nakil için gerekli organ mevcuttur. Fakat bu alkolik hastanın karaciğer nakli yapılsa bile devam ettireceği alışkanlığından dolayı yeni takılan organın kullanım süresi bir diğere hastaya göre daha kısa olacaktır. Bu nedenle bu hastaya yapılacak müdahale için gerekli kaynaklar (insangücü, para, zaman, vb.) daha az verimli bir yola tahsis edilmiş olacaktır.

Her ne kadar ikisi de hayali olsa da bu olaylarla günlük uygulamalarda karşılaşılabilmektedir (ikinci örneğin benzeri İngiltere'de yaşanmış ve hastaneye kabul edilmeyen hasta kaybedilmiştir). Her ikisinde de kısıtlı kaynaklar bir yanda, karşılanmayı bekleyen ihtiyaçlar diğere yandadır.

Eğer hakkaniyetin "eşit problemler için eşit tedavi imkanı" tanımı kabul edilip eşit tedavi planları uygulanırsa, birinci örnekte B ilçesine müdahale yapılması verimlilik açısından uygun olmayan bir yaklaşım olarak görülebilir. Özellikle ikinci örnekte nakledilen organ daha az verim sağlayacağından hakkaniyet kavramı ihmal edilip sonucu daha verimli olacak bir alternatifin seçilmesi zorunluluğu doğabilir.

Sağlıkta Eşitlik (Equality of Health)

Çoğu zaman birbiri yerine kullanılsalar da sağlık ve sağlık hizmetleri birbirinden farklı iki kavramdır. Sağlık bir durumdur ve birçok faktör (yaşam biçimi, sosyal ve ekonomik koşullar, çevre şartları, kalıtım ve benzerleri) tarafından olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlık hizmeti ise sağlığı etkileyen faktörlerden sadece birisidir.

Sağlık hizmeti bireyler arasında dağıtılıp yönlendirilebilmesine rağmen sağlık bir kişiden alınıp diğere bir kişiye verilemez. (2) Dünya Sağlık Teşkilatı'nın sağlık tanımı ("... fiziksel, ruhsal ve sosyal

tam bir iyilik hali) bile ölçülmesi imkansız subjektif kavramlar içermektedir. Örneğin hangi toplumun ya da hangi değer yargılarının ölçütlerine göre "tam iyilik hali" belli değildir. Uyuşturucu bağımlısı bir kişi genel normlara göre sağlıklı iken kendi açısından "fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" içerisinde dir.

Eğer bu kişi tüm uyarılara rağmen sağlıklı yaşam biçimini seçmiyorsa ve kendisini "tam bir iyilik halinde" hissettiğinden alışkanlığına devam ediyorsa hakkaniyetin "sağlıkta eşitlik" tanımı hiçbir zaman ulaşılamayacak bir hedef olarak kalacaktır. (2)

Bu nedenle hakkaniyet ile ilgili yaklaşımlar ve hedefler sağlığın kendisi yerine sağlığı etkileyen faktörlere yönelik olmalıdır. Bütün bunlara rağmen, eğer sağlıkta eşitlik hedefine ulaşmak istenirse bu ancak, çok fazla kaynak aktarımı ile gerçekleştirilebilir ki bu yaklaşım da verimsizlikle eşdeğer olacaktır.

Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Eşitlik (Equality of access)

Hakkaniyetin en yaygın kabul gören tanımı budur. Eğer bir toplumda bu tür bir hakkaniyet söz konusu ise hiçbir kişi sağlık hizmetine ulaşmak için bir diğerine göre fazladan maddi ya da manevi bir kayba uğramayacaktır.

Eşit gelire sahip bireyler herhangi bir mal veya hizmeti satın alırken farklı fiyatlarla karşılaşarlarsa ya da tam tersi bir durumda (farklı gelirler ve eşit fiyatlar) hizmetlerden faydalanım konusunda bir eşitsizlik ortaya çıkar. Çünkü düşük gelirli gruplar yüksek gelirliye göre gelirlerinden daha fazla bir oranda kayba uğrayacaklardır. (2)

ÖRNEK: Adalardan oluşan bir ülkede sağlık hizmetlerine ulaşımı eşit hale getirebilmek için eğer her adaya bir sağlık kuruluşu kurulursa halkın hizmete ulaşımında eşitlik sağlanırken potansiyel olarak verimsiz bir yatırım yapılmış olacaktır. Çünkü bu, mevcut kısıtlı kaynaklarla daha az dolayısıyla daha pahalı sağlık hizmeti üretilmesi anlamına gelecektir. (7)

SONUÇ

Sağlığın evrensel bir tanımını yapmak ne-redeyse imkansızdır. Çünkü sağlık ülkeden ülkeye, toplumdaki topluma hatta aynı toplumdaki bireyler arasında bile farklı şekilde tanımlanabilir. Evrensel kabul gören bir tanım yapılabilse bile toplumun ya da bireylerin sağlığını bu tanımın öngöreceği ideal düzeye ulaştırmak çok güç ve pahalı bir yaklaşım olacaktır. Kaynakların sınırlı olması nedeniyle daha

fazla ihtiyacı olanların yararına olacak şekilde daha az ihtiyacı olan grupların sağlık düzeylerinde bir azalma yaratılması kaçınılmazdır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin gruplar arasında paylaşılması, gelir dağılımı ya da eğitim düzeyi gibi bazı sosyal, ekonomik ve siyasi etkilerden bağımsız yapılmalıdır.

Her ne kadar verimliliğin öngördüğü koşullar, etiğe, gelenek ve göreneklere, insani değer yargılarına ters düşse de mevcut kısıtlı kaynakların ihtiyaçlar arasından en öncelikli ve en fazla sosyal fayda sağlayacak alana aktarılması kaçınılmazdır. Örneğin, bir bölgede aşıyla korunabilir hastalıklara bağlı bebek ölüm hızı çok yüksek iken bölgedeki hastaneye yeni bir küvöz alınması sadece hastanede bu hizmete ulaşabilen sınırlı sayıda yeni doğana hizmet verebilecektir. Fakat buna ayrılacak olan kaynaklar (para vb.), bağışıklamadaki önemli birçok problemi çözebilir ve daha fazla bebeğin hayatını kurtarabilir. Evet, o bölgenin bir küvöze daha ihtiyacı olabilir, fakat bu ihtiyacın karşılanması daha verimli sonuç üretecek bağışıklamadaki problemlerin çözümünden sonra bırakılmalıdır.

Sonuç olarak denilebilir ki, verimli kaynak dağılımı sırasında hakkaniyet, hakkaniyete uygun hareket edilirken de verimlilik akılda tutulmalıdır. Her iki kavram arasındaki hassas denge, toplumun ihtiyaçlarına, kaynaklarına ve değer yargılarına göre o ülkenin politika yapıcıları ve karar vericileri tarafından sağlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki "verimlilik mi yoksa hakkaniyet mi daha önemlidir, daha gereklidir ya da daha vazgeçilmezdir?" sorularının kesin ve tek bir cevabı bulunmamaktadır. İki kavram arasında bir seçim yapmak ya da ikisini bir arada uyum içinde tutmak, gerektiği şekilde dengelemek sanıldığından daha güçtür ve toplumsal uzlaşmaya ihtiyaç duyar.

KAYNAKLAR

1. The World Bank. *World Development Report, 1993*, New York, 1993.
2. Le Grand, J. *Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy*, London, 1991.
3. Le Grand, J., Proper, C., Robinson, R. *The Economics of Social Problems*. 3rd Edition, London, 1992.
4. Donaldson, C., Gerard, K. *Economics of Health Care Financing. The Visible Hand*. London, 1992.
5. Lee, K., Mills, A. *The Economics of Health Care in Developing Countries*. Oxford, 1983.
6. Parkin, M., King, B. *Economics*. Addison-Wesley, Wokingham, 1992.
7. Mooney, GH. *Economics, Medicine and Health Care*. Brighton, 1986.
8. McGuire, A., Henderson, J., Mooney, GH. *The Economics of Health Care: An Introductory Text*, London, 1992.