



ABD'DE SAĞLIK HİZMETLERİ'NİN ORGANİZASYONU

Dr. John FOWLER*

Amerikan sağlık hizmetlerinde, belirgin bir organizasyon eksikliği olmasından dolayı, birçok yönden mutluymum. Sağlık sistemi, bazı ülkelerde olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'nın herşeyi kapsayan şemsiyesi altında düzenlenmemiştir. Pratikte benim gibi hekimlerin, ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde "Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü" ile çok az ilişkisi vardır.

Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi (Amerikan Tıp Birliğinin-AMA- topluma sürekli anımsattığı gibi!): toplumun hekimini seçme ve hekimin de hastasını seçme "zgürlüğü" olmalıdır. AMA'nın bu temel ilkesi, "tasarruf" adı altında yavaş fakat kararlı bir şekilde yıpratılmaktadır. Bazı eyaletlerde hükümet, hekimlere "Medicare" hastalarını kabul etmeleri yönünde baskı yapmakta (ödeneklerin çok düşük olmasına karşın) ve birçok şirket, hastaların sağlık hizmetleri için ilk önce belli bir hekime (kapıcı) gitmelerini öngören planları kabul etmektedirler.

Acil servis hekimleri, büyük şirketlerin belli bir ücret karşılığı sağlık hizmeti vermeleri için hekimlerle anlaşmaları nedeni ile, hizmet yönetiminin gittikçe zorlaşması sorununu yaşamaktadırlar. Önceden belirlenmiş sistemin dışındaki hizmetleri kullanması durumunda hasta, ücretini kendi cebinden vermektedir ki bu da hastayı ürkütmektedir. Herhangi bir acil sağlık sorunu ortaya çıktığı zaman (bir trafik kazası veya ateşli bebeğin gece boyu ağlaması gibi) hasta acil servise başvurmaktadır. Hastanın bakışı yapılırken veya yapıldıktan sonra (hasta transferi ile ilgili federal yasalar gereği) hasta veya hastane görevlisi, sağlık planı ile ilgili yetkilileri arayıp "tamam, bu acil durum için ödeme yapacağız" cevabını ve izni almak zorundadırlar. Hastane görevlileri ve hekimler, sağaltımı geciktirmek istememektedirler, fakat aynı zamanda hastayı, faturadan sağlık planı şirketi

yerine kendisinin sorumlu olabileceği konusunda uyarmak durumundadırlar. Hekimler ve hastaneler, verdikleri hizmetin bedelini istemektedirler.

Medicare planına dahil olan emeklilere ödenecek olan parayı da belirleyen ulusal düzeydeki Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü, Ulusal Sağlık ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Enstitülerini işletir. Eyalet ve yerel sağlık üniteleri, tedavi hizmetleri yerine, bağışıklama programları, epidemiyoloji, temiz su gibi halk sağlığı konularıyla uğraşırlar. Genellikle büyük şehirlerde, yoksul bölgelerde ucuz veya bedava muayene ve ucuz ilaç sağlayan halk sağlığı klinikleri vardır. Eyalet ve yerel düzeydeki ambulans protokolleri ve standartları, yerel tıp birlikleri ile birlikte hazırlanır.

Ülkedeki hastaneler şu şekilde sınıflandırılır: kâr amaçlı-özel; kâr amacı olmayan- özel; üniversite; emekli (emekli askerler) ve askeri (askerler ve aileleri) hastaneler. Birkaç emekli hastanesi ve kent hastanesi dışında devlet hastanesi nadirdir. Büyük kentlerde halk, bölgedeki yoksulların bakımını sağlayacak hastanenin düzenlenmesi için verilecek emlak vergisi yüzdesini belirlemek amacıyla referandumlar düzenler (örneğin bu ödemeler, yerel kent veya üniversite hastanesinin ödemelerine gidebilir). Oldukça etkin olan Amerikan Tıp Birliği (AMA)'nın tek başına veya diğer bağımsız kuruluşlarla ortaklaşa sorumlulukları çok azdır. Örneğin hükümet, hastane standartlarını oluşturma ve hastaneleri ruhsatlandırma görevini, AMA ve Amerikan Hastaneler Birliği (AHA) temsilcilerinden oluşan Sağlık Hizmet Organizasyonlarını Değerlendirme Ortak Meclisi'ne vermiştir. Hastaneler bu standartlara göre, düzenlenir, hastanedeki insanlar işlerini yaparlar, kalite artırılır, vs... Her üç yılda bir bu meclisten gelen bir kurul gözlemler yapar. Standartlara uymayan hastaneler, "Medicare" hastalarına yapılan hizmetlerin karşılığı olan ödemeleri devletten alamazlar. Hastanelerin mimari standartları, AMA, AHA ve Amerikan Mimarlar Enstitüsü tarafından ortaklaşa hazırlanır.

* *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Çeviren : Dr. Ömür Çınar ELÇİ

Hekimler çalışmak istedikleri her eyalet için bir lisans almak zorundadırlar. Bunun için bir ücret yatırmak, tıp fakültesi diplomasını göstermek ve Ulusal Kurul Sınavını (üç basamaklı yeterlilik sınavı) geçmek zorundadırlar. Lisansın devam edebilmesi için, her 1-2 yılda belli saatlik sürekli eğitim tamamlanmalıdır (2 yılda 100 saat gibi). Örneğin ben, şu anda geçerli lisansa sahip olduğum Ohio ve Indiana'da hekimlik yapabilir, reçete yazabilirim. Bu, California'ya yakınlarımı ziyarete gittiğimde ailemden birisi hastalanırsa, reçete yazdırmak için yerel bir hekim bulmak zorunda olduğum anlamına gelir.

Bazı basit ağrı kesiciler (aspirin, parasetamol) ve dekonjestant'lar için reçete gerekmemesine karşın, birçok ilaç için reçete gerekmektedir. Eczacılar bu ilaçları hekim reçetesi olmadan satmazlar.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Federal hükümet yaklaşık 15 yıl önce "Tanıya Bağlı Gruplar" uygulamasını başlatarak, oldukça çarpıcı bir sağlık hizmeti oluşturmuş ve ödemeleri hastaların tanı kodlarına göre yapmaya başlamıştır. Özel sağlık sigortacılarının bu sistemi hemen uygulamaları ile, kesin tanı kodlama ve hassas dokümantasyon işlemleri hızla başladı (kod yok = sağlık hizmetine veya hekime ödeme yok). Bazılarının yük getirdiğini düşünmesine karşın çoğunluk bu uygulamanın, dokümantasyonu, veri toplamayı ve hasta bakımını olumlu yönde etkilediği konusunda hemfikirlerdir (son iddianın kanıtlanması veya çürütülmesi zordur). Bu uygulamada hekimler hasta kartlarını, tıbbi terminoloji eğitimi almamış görevlilerin anlayıp, hastaları doğru kodlarla kaydedebilecekleri şekilde yazmalıdırlar. Medicare'den veya özel sigorta şirketlerinden gözlemciler, sık sık hastanelere gelip hasta kartlarını kontrol ederler ve hekim, hemşire kayıtlarına bakarak hastanın hastanede neden beklenenden daha uzun süre kaldığını veya karmaşık işlemlerin/testlerin neden yapıldığını anlamaya çalışırlar. Ayrıca, hastane yönetiminin, kayıtları kontrol edip, tüm notları tam olarak yazmayan hekimleri uyaran kendi gözlemcileri vardır (bir işlemi veya testi yeterince açıklamayan kayıtları gören sigorta şirketlerinin tam ödeme yapmayacağı korkusu ile).

Ne mutlu ki biz acil servislerde hastaları görmeden önce cüzdandan biyopsileri yapmayız. Peki ya yoksullar, parası olmayanlar? Acil serviste herkes aynı düzeyde hizmet alır, şu andaki sistemden zarar gören birincil hizmetlerdir. Özellikle büyük kentlerde, parası olmayan birisi özel hekim muayenehanesinden randevu alamayabilir. Daha küçük kentlerde, yerel hekimler çoğunlukla yoksullara bakma yükünü küçük bir yakınma ile paylaşırlar.

Medicare hastaları, sistem tarafından küçümsenmektedirler çünkü Medicare sistemi her poliklinik ziyareti için sadece birkaç dolar öder. Medicare hastalarının büyük çoğunluğuna bakan hekimler işlerini bırakacaklar - muayenehanelerinin işletme masraflarını ödeyemeyeceklerdir (bir veya iki hemşire, danışma memuru, sekreter, elektrik, kira, v.s.). Eğer hekim biraz para kazanmak istiyorsa, en azından sekreterlerinden biri, karmaşık kodlama ve dokümantasyon gereksinimleri, sigorta şirketi ve Medicare formları nedeniyle "sigorta formları" konusunda uzman olmak zorundadır (çoğunlukla plastik cerrah muayenehanelerinde yapılan nakit ödeme diğerlerinde nadirdir)

Son beş yılda özellikle tarım bölgelerindeki birçok küçük hastane kapılarını kapadı. Hastaneler kalite standartlarına uymak, uygun teknolojiye sahip olmak (aksi halde hasta için yanlış ve zararlı uygulamalar yapılacaktır) ve çalışanlarına ödemeler yapmak zorundadırlar... fakat Medicare ve sigorta ödemeleri faturaları ödemeye yetmemektedir. Teknoloji maliyeti ve destek masraflar nedeni ile karşılanamayan hizmetlerin küçük bir kısmı bile hekimleri veya hastaneyi batırmaya yetebilir. İşte hastaneler ve hekimler, "ulusal sağlık sigortası" benzeri bir yasanın kabulünden sonra bu karşılanmayan hizmetler sorununun ortadan kalkacağını umut etmektedirler.

SİSTEMİN ETKİNLİĞİ

Sistem tarafından verilen tüm hizmetlerin kalitesini artıran önemli bir faktör; bolca hukukçunun bulunması ve etkin bir, yanlış tedavi ve uygulama (malpraktis) takibi. Bir hekim, hastası ile kurduğu mesleki ilişki sonucu faydalı olamazsa veya sorumsuz bir uygulama yaparsa dava edilebilir ve eğer sürekli ve önemli bir ihmali varsa lisansını kaybedebilir. Bu "yanlış uygulama" sisteminin varlığı şüphesiz ki, bolca hukukçunun varlığına, hasta ve ailesinin şikayete gönüllü olmasına bağlıdır (özellikle hasta ile hekim arasındaki ilişki zayıfsa şikayete çok gönüllüler). Hatalı uygulamalara karşı sigorta primi, bir ortopedist veya beyin cerrahına yılda 70,000 \$'dan fazlaya mal olabilir! Aile hekimi veya acil servis hekimi, yılda 15,000-30,000 \$ ödeme yapabilir.

Hastane kurulları, toplumdaki hangi özel hekimin hastanelerine hasta yatırabileceğine karar verirler. Bu hekimler alanlarında uzman olmalı (olası yanlış tedavi uygulamaları genel pratisyenlere göre daha az olabilir) ve hatalı uygulamalara karşı sigortaları olmalıdır. Kayıtlarında özenli olmayan hekimler, hastaneler tarafından kabul edilmeyecekler ve hastalarına yatış izni verilmeyecektir (kötü kayıt = büyük hatalı uygulama riski ve sigorta şirketlerinin, o heki-

min hastası için yapılan test ve işlemler için ödeme yapmama olasılığı).

Büyük kentlerde yetersiz kent sağlık klinikleri dışında birincil sağlık hizmeti yoktur. Birçok hasta bu kliniklerde uzun kuyruklar beklemek yerine, gerekse bile daha ivedi tedavi olanakları aramamaktadır. Ya da acil servislere başvurmaktalardır (ve eğer sorunları acil değilse bekleme salonunda saatlerce beklerler). Yani birincil sağlık hizmetleri konusunda hastalığın erken ya da geç döneminde, acil servisler bir "güvenlik ağı" rolü oynarlar. Bir şekilde sağlık hizmet reformuna iten neden işte budur-birincil hizmetler, kırsal alanlar ve kent merkezlerinde zayıftır, varlıklı banliyölerde ise daha iyi olabilir.

AIDS insidansındaki hızlı artışla birlikte, sigorta primleri de yükseliyor ve büyük şirketler çalışanları için sağlık sigorta kapsamlarını çok dikkatli araştırıyorlar. Bu konuda işverenin birçok seçeneği var: sağlık sigortası yok (yapılmıyor çünkü iyi elemanlar başka yerde çalışmak isteyebilirler), hasta faturalarının belli bir yüzdesinin şirket tarafından ödendiği açık sistem (çok fazla uygulanmıyor çünkü pahalı), Sağlık Destek Organizasyonları yolu ile sağlık sigortası (kendi klinikleri, hekimleri ve hastaneleri var) ya da Tercihli Hizmet Organizasyonları (bir grup özel hekim ile standart düşük bir ücret karşılığında hizmet almak üzere anlaşma yapılır). Şüphesiz işveren, çalışanlarının böyle önceden ödemeli bir sistemi kullanmalarını ister. Acillerse sorunlara neden olur... eğer şirket geceyarısı saat 2'de ağlayan bebeğin acil olmadığını söylese faturayı ödemez. Bu nedenle de aile bebeği o saatte hekime (= acil servise) götürmekte isteksiz olabilir. Şüphesiz, bebeğin menenjit veya otiti olabilir, ya da sadece dış çıkartıyor olabilir. Bu sistemin olumsuzluğu, paranın tasarruf edildiği yer olması nedeni ile tamamen sigorta şirketinin istekleri doğrultusunda çalışması; ama bu da hastanın sağlığı için tehlikeli olabilir.

ULUSAL TIP EĞİTİMİ

Medicare ödemelerinden tıp eğitimine gidecek pay da "Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü" tarafından belirlenir ve böylece "birincil sağlık" eğitimi ile diğer uzmanlık eğitimlerine giden paylar dengelenmeye çalışılarak, daha fazla birincil sağlık hizmeti hekimini yetiştirilmesi yönünde çaba gösterilmektedir. Bu güçlü etki (paranın gücü) ve pay oranlarındaki değişimler sonucu "birincil sağlık hizmeti dışındaki" birçok eğitim programı kapanabilir.

Tıp eğitimi dört yıllık temel eğitimden sonra, dört yıldır. Benim temel eğitim alanım, biyokimya idi, fakat birçok tıp öğrencisi arkadaşım İngiliz Edebiyatı, müzik veya tarihe ağırlık verdiler (ayrıca hepsi belli saatlerde biyoloji, kimya, matematik ve biyokimya al-

mak zorunda idiler). Bazı arkadaşlarım tıp fakültesine başlamadan önce hemşire, tıbbi teknisyen veya hekim yardımcısı olarak çalışmışlardı. Bana göre tıp öncesi eğitimdeki bu çeşitlilik, çok geniş bir yelpazeden insanların tıp eğitimi alıp, topluma belli bir standartta hizmet sunmalarını sağlıyor.

Hastalarla iletişim, tıp fakültesinin ilk yılı başlar. Eğitimin ilk iki yılı profesör, küçük öğrenci gruplarının eğitimcisi olarak göre yapar. Haftalık toplantılar sırasında hastalar ziyaret edilir ve ardından tartışılır. Ayrıca bu süre içinde öğrencinin tıp fakültesi yaşamı sırasında karşılaştığı her türlü problem de tartışılır. Psikiyatri kliniğine danışmak üzere başvuran bir aile ile, haftalık konferanslar sırasında, ilk önce ailenin de onayı alınarak, danışman gözetiminde iki tıp öğrencisi görüşür. Bazı tıp fakülteleri, birinci sınıf öğrencisinin ambulans teknisyenliği kursunu tamamlamasını ister - bu, öğrenciye temel ve ileri düzey ilkyardım eğitimi ve yerel ambulans ekibinden gözlemci olarak hastayı ilk elden görebilme deneyimini kazandırır. Bütün bu deneyimler, öğrencinin özgüvenini olumlu yönde etkiler: "İnsanlar bana güveniyorlar, bana ihtiyaçları var... Ben gerçekten hekim olacağım!"

Diğer yıllarda da iyi bir eğitim verilir, üçüncü ve dördüncü yıllarda, öğrencilere gittikçe artan miktarlarda sorumluluklar verilir. Mezuniyetten sonra, birçok ülkede olduğu gibi kişi hemen hekimlik yapamaz. Herhangi bir eyaletten lisans alabilmesi için önce üç bölümden oluşan Ulusal Tıbbi Kurul Sınavı'nı başarıyla tamamlamalıdır (Bölüm 1: temel bilimler; tıp fakültesinin ikinci yılı sonunda; Bölüm 2: tanı koyma, temel tedavi; dördüncü yılın sonunda; Bölüm 3: daha karmaşık olguların tedavisi; okulu bitirdikten bir yıl sonra). Ayrıca tüm eyaletler, lisans vermek için, tıp fakültesinden sonra bir yıl daha eğitim şartı koşarlar.

Her yıl tıp fakültesi mezunu sayısı ile, boş kadro sayısının birbirine yakın olması sevindiricidir. Böylece her tıp fakültesi mezunu bir alanda uzmanlaşabilir. Eğer birisi "genel pratisyen" olmak isterse, Genel Dahili Bilimlerden Aile Hekimliğini kendine uzmanlık alanı olarak seçebilir. Şüphesiz ki bazı uzmanlık alanlarına talep diğerlerinden daha fazladır.

Tıp fakültesinin son yılında, öğrenciler hedefleri/beklentileri ile ilgili bir sayfalık yazıyı da içeren bir formla boş kontenjanlara başvuru yaparlar; Dekanlık tarafından yazılan mektup öğrencinin, genel eğilimlerini, kişiliğini, bilgisini ve eğitim boyunca aldığı notları gösterir. Programlar başvuranlardan en iyi 100 kişiyi seçerler ve bunlar içinden komputeze değerlendirme işlemi için yıllık kontenjan belirlenir (programa göre 6 veya 12 kişi). Farklı programlarla yapılan görüşmeler sonrası öğrenciler katılmak istedikleri programları sıralarlar... ve bir ay sonra komputer sonuçları açıklanır.