

Çeviri

BİRİNCİL SAĞLIK BAKIMI VE HOSPİTALİZASYON: KALİFORNİYA VE KÜBA

Milton I. ROEMER*

"American Journal of Public Health" 1993; 3 (83):317-8

(Çeviren : Dr. Bülent KILIÇ)**

Teorik olarak birincil sağlık bakımının yararlarından birisi onun hastane kullanımını azaltmasıdır. Fakat bununla beraber bu hipotezi destekleyen kanıtlar da o kadar bol değildir. İşte bu makalede biri Kaliforniya'da biri Küba'da yürütülmüş bu konudaki iki farklı program incelenecektir.

Kaliforniya Medicaid Programı

1972 yılında Kaliforniya'daki Medicaid programı o zamanki vali Ronald Reagan tarafından çok pahalı olarak nitelendirildi ve sağlık harcamalarını azaltmak için aynen reçetelerdeki ilk iki kalem ilaçta uygulanan 50 cent'lik ödeme zorunluluğu gibi her ay için hekime yapılacak ilk iki başvuruda 1 \$'lık bir ödeme zorunluluğu getirildi. Bu durumun federal hükümete kabul ettirilebilmesi için de bu ödeme şekli bir test grubuyla bir kontrol grubu arasında bir "deneme" olarak gösterildi. Tabii her iki Medicaid grubu arasında bir "deneme" olarak gösterildi. Tabii her iki Medicaid grubu örneklem yapılarak seçilmişti ve bu nedenle iki grup arasında karşılaştırma yapmadan önce istatistiksel düzeltmelere gereksinim vardı.

Ödeme yapan grupla kontrol grubu arasındaki karşılaştırmadan çıkan temel sonuç şuydu: "Ödeme yapmak zorunda olan grupta ayaktan bakım hizmeti hızlı bir şekilde azalmıştı". Benzer şekilde reçete sayısında ve tetkik sayısında da azalma vardı. Fakat bununla beraber bir kaç ay sonra ödeme yapmak zorunda olan grubun hastaneye sevk hızı kontrol grubunun hastaneye sevk hızından daha yüksek bir düzeye ulaştı. Tabii hastane bakımının bir günlük masrafı çoğu ayaktan bakım hizmetinin maliyetinin

den fazla olduğu için ödeme deneyinin net olarak sonucu maliyette artıştı. Dolayısıyla deneme başladığından 18 ay sonra sonlandırıldı.

Üniversitemiz UCLA araştırma grubu sonuç olarak şunu söyledi: "Eğer tek bir cümleyle özetlemek gerekirse Kaliforniya'daki Medicaid'lilerde yapılan bu ödeme deneyi hakkında şu söylenebilir: 'küçük şeylerde cimrilik yapıp büyük şeylerde aptalca harcamalara yol açmak' 'penny-wise and pound-foolish' deyimleriyle ifade edilen bu duruma şöyle bir örnek de verilebilir: çok pahalıya mal oluyor diye kıyamık aşısı yapmaktan vazgeçmek ama sonunda kıyamıklı ve buna bağlı pnömonili çocuklara daha çok para harcamak zorunda kalmak (çevirenin notu). Birinci basamaktaki ayaktan bakım hizmetlerini azaltarak elde edilen bu kısa önemli kazanımlar hastane kullanımının artması ve kesin bir maliyet artışı ile sonuçlanmıştı.

Hükümet Üniversitenin bu bulgularından hoşnut olmadığı için bir sonraki yıl elde edilen verileri RAND araştırma şirketine verdi ve yeniden yorumlamalarını istedi. Bu araştırma şirketi açık fikirli ve nesnel davranışlı olarak nitelenir. Sonuçta RAND araştırmacıları da farklı istatistiksel yöntemler kullanarak UCLA araştırmacıları ile aynı sonuçlara ulaştılar. Daha ayrıntılı olan bu sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

"Bu ödeme biçimi ilk basamak başvurularını %8 azaltmış, hastaneye olan başvuruları ise %17 artırmıştır. Tüm programın maliyeti ise %3-8 arasında artmıştır (istatistiksel olarak önemsiz)... eğer hesaplamalar doğruysa ... maliyeti kontrol altında tutmak için ilk basamaktaki ayaktan bakım hizmetlerinde ödeme yapılması sağlıklı bir toplumun kendi kendini yenilgiye uğratması olabilir."

* MD, MA, MPH, Kaliforniya Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Emekli Profesör, Los Angeles

** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Araştırma Görevlisi

Küba Aile Hekimliği Programı :

Küba'nın geliri Kaliforniya eyaletinin gelirinden daha az olmasına rağmen ulusal sağlık sistemi oldukça gelişmiştir. Tüm nüfus bütün sağlık hizmetlerini hiç bir kişisel harcama yapmadan alır (küçük miktardaki ilaç harcamaları hariç). Birinci basamak-taki ayaktan bakım sağlık hizmetlerinin anahtarı polikliniklerdir. Yaklaşık 400 poliklinikte 10 milyonluk tüm nüfusa hizmet verilir ki bu kabaca bir klinikte 25.000 kişiye hizmet götürülmesi anlamına gelir.

1985 yılında Küba Halk Sağlığı Bakanlığı toplum birincil sağlık bakımını daha büyük oranda alması için poliklinik bölgelerinde her biri sadece 600-800 kişiye hizmet götüren bir aile hekimi ve bir hemşireden oluşan küçük ekipler kurdu. Birincil sağlık bakımına verilen bu inanılmaz derecede yüksek önem gerçekten doğrudu çünkü çok miktarda genç hekimin desteği vardı ve hükümet sağlığa en üst düzeyde öncelik veriyordu.

1990'lı yıllarda Küba halkının yaklaşık %50'si aile hekimliği programına alınmış durumda. Karşılaştırmalı sağlık bakımı çalışmaları ise izin alınarak ve aile hekimliği programına alınanlarla alınmayanlar arasında yapıldı. Herhangi bir yakınmayla kişi başvurduğuna aile hekimi başlangıçtaki tıbbi bakıma ek olarak (eğer gerekiyorsa polikliniğe sevk etmesinin dışında) sağlık eğitimi, ileri tanı için testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenme önerisi ve genel sağlık önerilerinde bulundu. 1988'de aile hekimliği uygulaması yapılan nüfusta diabetes mellitus tanı hızı her 1000 kişide 19 iken aile hekimliği uygulaması olmayan nüfusta her 1000 kişide 15 idi. Yüksek tansiyon için bu hız gene her 1000 kişi için 60'a karşı 37; astım için 41'e karşı 21'di.

Aile hekimliği uygulaması olan bir bölgede hastaneye olan başvurular 1985-1990 yılları arasında %18 azaldı. Hastane doluluk oranı 1985'te %80.3'ten 1990'da %78.5'e düştü. Daha da önemlisi 1985'teki hastane başvurularının birincil nedeni akut solunum yolu hastalıkları veya akut gastroenteritler iken; 1990'daki başvuruların ana nedeni cerrahi gerektiren hastalıklar veya travmalardı. Hastane acil servislerinin kullanımı da aile hekimliği olan bölgelerde genellikle azaldı.

Bunun yanı sıra çoğu rapor da göstermektedir ki aile hekimleri sonradan bir toplum liderliği konumu-

na da sahip oldular. Aile hekimlerine (erkek ya da bayan) sosyal sorunlarla, aile yaşamıyla veya fizik çevreyle ilgili çeşitli konularda sorunların çözümü için de başvuruda bulunuldu.

Yorumlar :

Reagan'ın Kaliforniya'sı ile Castro'nun Küba'sını aynı konuda karşılaştırmanın geçerliliği sorulabilir. Bununla beraber şu özellik not edilmelidir ki her ne kadar gelişmiş ülkelerin çoğu bu amaçla tam eğitimli personeli daha az kullanmaktaysa da her iki yerde de birincil sağlık bakımı için hekimler kullanılmaktadır. Aynı zamanda Kaliforniya'daki çalışma grubu düşük gelirlidir ve bu nedenle gelişmekte olan ülkelerin nüfus özelliğine daha çok benzemektedir. Her iki ülkede de hastaneye olan kabuller bir toplum hekiminin hastayı sevk etmesinden sonra hastane hekiminin kararına bağlıdır. Fakat bununla beraber ABD'deki hastane hekimleri Medicaid'li hastaların ücretlerinin düşük olarak ödenmesinden dolayı Medicaid'li hastaları kabul etmeme eğiliminde olabilirler. Küba'lı hastane hekimlerinde ise böyle bir eğilimin olması için bir gerekçe yoktur. Bu zıtlıklar birincil sağlık bakımının gücüyle bağlantılı olarak bu iki ulusal hastane deneyinin anlamını artırabilir.

Norveç ve İsveç'teki hastane başvuru hızlarının karşılaştırıldığı bu konuyla bağlantılı bir çalışmada da daha fazla ayaktan bakım hizmeti vermenin daha az hastane kullanımıyla ilişkili olduğu ve böylece sağlık harcamalarında azalmaya yol açtığı gösterilmiştir.

Ayaktan bakım hizmeti ile birincil sağlık bakımı eş anlamlı değildir fakat şüphesiz ki her ikisi de birbiriyle çok yakın ilişkilidir. "Birincil sağlık bakımı", çevreyle ilgili koruyucu önlemleri, sağlık eğitimini ve tüm sağlık sistemiyle ilgili politikaları içeren daha geniş bir kavramdır. "Ayaktan bakım hizmetleri" ise esas olarak birincil sağlık bakımının klinik kısmını içerir. Birincil sağlık bakımı da makede de tartışıldığı gibi ayaktan bakım hizmetlerini içerdiği zaman hastaneye yatırma konusunda daha büyük yararlar sağlar. Hastanelerin akılcı kullanımı maliyet hesaplarında da temel stratejilerdendir. Maliyet hesaplamalarına olan gereksinim gerçekte her ülke için kaçınılmaz olduğundan birincil sağlık bakımının bu ekonomik yararı tüm dünya için önemlidir.