

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYET ANALİZİ

Z.Güldem ÖKEM*

Türk Sağlık Sisteminde sağlık kişisel bir hak olarak kabul edilmiş ve Anayasa ile garanti altına alınmıştır. Bu amaçla çeşitli dönemlerde oluşturulan sağlık politikalarında, sağlık hizmetlerinde "hakkaniyet" (equity)** ilkesi temel alınmıştır. Özellikle 1990'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve organizasyonu ile ilgili olarak başlatılan kapsamlı reform çalışmalarının temelini "hakkaniyet" ilkesi oluşturmakta ve sürecin amacı tüm nüfusun daha iyi sağlık seviyesine kavuşturulması olarak nitelendirilmektedir (1).

"Sağlıkta eşitlik" ilkesinin temel amaç olarak kabul edilmesine ve kaynak dağılımının ihtiyaca göre yapılacağına belirtilmesine rağmen ne sağlık, ne hakkaniyet, ne de ihtiyaç kavramları açık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle bu amaca hangi yollarla ulaşılabileceği konusunda önemli problemlerle karşılaşılacağı açıktır. Bu makalenin amacı teorik çerçeveden başlayarak, ülke koşullarına en uygun yaklaşım doğrultusunda kısıtlar ve boyutlar belirlendikten sonra, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında "hakkaniyet" ilkesinin değerlendirilebilmesine yol gösterici kriterler sunmaktır.

İlk bölümde değerlendirmenin başlangıç noktasını oluşturmak üzere, toplumda kabul edilen temel yaklaşımların belirlenmesine yardımcı olan "Hakkaniyet Teorileri" (Theories of Justice) anlatılacaktır. Bu teoriler açıklandıktan sonra Türkiye koşullarına en uygun yaklaşım seçilerek, bu doğrultuda ortaya çıkacak ortak görüşler, gözönüne alınacak kısıtlar ve ölçümün boyutları ile sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda hakkaniyet ölçümü için gerekli göstergeler sıralanacaktır.

HAKKANİYET TEORİLERİ

Sağlığa verilen önem her toplumda hakim olan değerler ve bu değerlere dayanan devlet yaklaşımlarına

göre farklılık göstermektedir. Sağlık politikalarının amaçları ve böylece sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu yaklaşımlara göre belirlenmektedir.

Sağlık sistemlerinin değerlendirilmesinde amaçlarına ulaşma dereceleri gözönüne alınır. Sağlık sistemlerinin temel amaçlarından birisi de hakkaniyettir. Hakkaniyetin tanımı da toplumdaki değerler ve ideolojilere göre farklılık göstereceğinden değerlendirme yapılırken kullanılacak yöntemler de (kısıtlar, boyutlar, ölçüm) bu değerlere göre farklılık gösterir.

Hakkaniyet vicdan ve doğruluğa dayalı bir adalet sistemidir (2). Kişilerin doğuştan sahip oldukları refah düzeyleri, kalıtsal olarak sahip oldukları yetenekler, eğitim ve kişisel çabaların bir araya gelmesiyle oluşan refah ve gelir dağılımı hakkaniyet tartışmalarının başlangıç noktasını oluşturur (3). Bu faktörlerin toplum içinde bölüşümü adaletli olmadığından, sağlık ve sağlık bakımı dağılımının da adaletli olması beklenemez. Sağlık politikaları sistemdeki hakkaniyeti geliştirmeyi amaç edinir. Fakat bu amaç genellikle açık olarak ifade edilmez. Bu nedenle bu amacın tanımı, ölçümü ve değerlendirmesini yapmak oldukça güçtür. Sağlık sektöründe hakkaniyetin değerlendirmesi temelde aşağıdaki soruların cevaplandırılmasını içerir (4, 5):

"Sağlık kazancından kim, ne kadar faydalanıyor?",

"Ödeme yükünü kim çekiyor?"

Toplumdaki hakim görüşler ve temel ilkeler bu soruların cevaplandırılmasında belirleyicidir. Bu nedenle ilk aşamada farklı görüşleri sınıflandırmaya yardımcı olacak Hakkaniyet Teorilerinin (Theories of Justice) incelenmesinde fayda vardır. Bu teoriler Hak Kazanma (Entitlement), Makul Minimum (Decent Minimum), Faydacılık (Utilitarianism), Rawls Maksimizasyonu (Rawlsian Maximin) ve Eşitlik (Equality)'tir (6).

Hak Kazanma

Liberal filozof Robert Nozick tarafından ortaya atılan

* Araştırma Görevlisi, H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksek Okulu.

** İngilizce çeviriden kaynaklanabilecek yanlış anlaşılmalara önlemek amacıyla gerekli görüldüğü yerlerde ilgili terimlerin orijinali parantez içerisinde belirtilecektir.

bu teoriyle hakkaniyet tamamiyle reddedilmiştir. Bu teoriye göre kişiler kazançları ve doğuştan sahip oldukları değerler ölçüsünde hak sahibi olurlar. Kişisel özgürlüklerin korunması ön plandadır. Sağlık bakımı kaynaklarının dağılımı en uygun serbest pazar koşullarıyla belirlenir ve devlet müdahalesi söz konusu değildir. Serbest pazarın işleyişiyle kazanılmadığı sürece hiç kimse sağlık bakım hizmetlerinden faydalanamaz. Bu nedenle, yeniden kaynak dağılımı adaletsizlik olarak görülmektedir (6, 7, 8).

Makul Minimum

Liberal görüşteki bir diğer grup ise Nozick'in dağıtım prensiplerinin doğuracağı sonuçların etkilerini hafifletmek amacıyla, minimum düzeyde bir standart önererek, kişilerin bu makul düzeyin altına düşmemeleri için gerekli önlemlerin alınmasını garanti altına alma düşüncesindedirler. Bu teori basit anlamda sağlık bakım sürecinin nihai çıktısına yani sağlık düzeyine işaret eder. Bu teoriye göre ulusal düzeyde herkesin sağlık güvencesi kapsamına alınması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerini sunumunda devlet katılım sınırlıdır. Bu yaklaşıma dayanan uygulamalarda en önemli problemlerden biri makul düzeydeki minimumun neye göre belirleneceği, hangi hizmetlerin temel hizmetler kapsamına alınacağı, hepsinden de önemlisi bunların belirlenmesinde değer yargılarının etkisinin ne olacağıdır (6, 8, 9, 10).

Faydacılık

Faydacılık çok sayıya çok fazla mal prensibine dayanır. Bu prensip kaynak dağılımında toplumdaki her bir kişinin faydasının (utility) en üst düzeye çıkartılmak suretiyle toplumun toplam faydasının en üst düzeye çıkarılmasını esas alır. Bunun için kişilerin faydalarının karşılaştırılmasını gerektirir. Daha sonra kaynaklar en fazla fayda sağlayacak kişilere dağıtılacaktır. Açıktır ki bu teori eşitlikten çok verimlilikle ilgilidir. Buna ek olarak kişilerin faydalarının ölçümünde teknik problemler de mevcuttur (2, 6, 8, 11).

Rawls Maksimizasyonu

Bu teoriye göre sosyal politikanın amacı, toplumda en kötü düzeyde olanların durumunu en üst düzeye çıkartmaktır. Bu, eşitlik ve adaleti sosyal politikanın temel amacı haline getirir. Temel özgürlükler; iş seçme ve davranış özgürlüğü ile güç, gelir, refah ve kendine saygının toplumsal temelini içeren temel faktörlerin üretimi ve dağıtımını kişilere bıkırılamaz. Bu yaklaşımın en ciddi eleştirisi toplumda en düşük düzeydekilerin tesbit edilmesindeki güçlükler ile sağlık ve sağlık bakımının temel kişi hakları içinde görülmediğini içermektedir. Hakkaniyetin tanımı ve geliştirilmesi ile ilgili politikardan kimin sorumlu olacağı da diğer bir tartışma konusudur (6,8,9,10,11).

Eşitlik (Equality)

Temel olarak bölüşümde eşitlik ilkesi esastır. Eşitlik

sağlık bakımını her vatandaşın hakkı olarak görür ve gelir ve refah dağılımının buna etki etmemesi gerektiğini savunur. Bunun anlamı sağlık hizmetlerinde kişisel net faydaların eşitlenmesidir. Sağlık bakım hizmeti ihtiyaca göre verilmeli ve ödeme gücüne göre finanse edilmelidir. Bu yargılar gerek sağlık hizmeti sunumu gerek finansmanında kamu sektörünün ağırlıklı olmasını gerektirir (2, 6, 7, 8, 9, 10).

Avrupa ülkelerinin çoğunluğunda sağlık sistemleri ile amaçlarını şekillendiren ve geçerli fikirler eşitlikçi (-egalitarian) görüşten kaynaklanan fikirlerdir. Bu fikirler kısaca ihtiyacı olan her bireyin sağlık hizmetine ulaşabilmesinin sağlanması ve hizmet kullanımının ödeme gücünden ziyade ihtiyaca göre belirlenmesi ilkeleri çerçevesinde özetlenebilir. Bu yaklaşım doğrultusunda, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanında görülen farklılıklara rağmen, hakkaniyet konusunda üç benzer yaklaşımdan söz edilebilir.

İlk olarak *kaynak dağılımı* konusu gündeme gelmektedir. Dağılım sosyal adalet ve eşitliğe dayandığı gibi, görev (caring) ve fedakarlıktan (altruism) da kaynaklanabilir. Bu iki kavramın politik amaçlar açısından farklı yansımaları ve anlamları vardır. Sosyal adalet ve eşitlik kişi hakkı olarak görülmesi gereken şeyleri ifade ederken, sağlık politikası açısından sağlık hizmetleri sunumunun maliyetlerden etkilenmemesi gerektiği ve gelir ve refah seviyesi ne olursa olsun her bireyin sağlık hizmetlerini kullanma hak-kına sahip olması anlamına gelir (10). Buna karşılık görev ve fedakarlıktan kaynaklanan kaynak tahsisi kişilerin tercihleriyle ilgilidir. Kişiler, diğer insanların sağlık hizmetleri kullanımının doğuracağı fayda nedeniyle ödeme yapmaya hazır ve gönüllüdürler. Bu nedenle belirli bir kesim (zenginler) toplumun (daha fakir) diğer kesimlerinin sağlık bakımı elde edebilmeleri amacıyla bir takım kaynaklardan fedakarlık etmeye hazırdır. Bu fikir hakkaniyet ve sosyal adaletle ilişkisinden ziyade verimlilikle ilişkilidir ve toplumdaki mevcut gelir dağılımı, sağlık ve fedakarlık tercihlerinin dağılımı ile ilgilidir (2, 10, 12).

Hakkaniyet temel olarak belirlenen minimum seviyede bir takım hizmetlerin sunumundan ziyade sosyo-ekonomik gruplar ve coğrafi alanlar arasında belirli parametrelerin, örneğin ulaşılabilirlik, kullanım ve sağlık seviyesinin eşitlenmesini içerir. Wagstaff ve arkadaşları bu iki yargının politik yansımalarını incelemişlerdir (10). Birincisi belirli bir düzeyin altına kimsenin düşmemesi amacıyla yönelik politikalara işaret ederken, diğeri toplumdaki bir takım eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yöneliktir.

Üçüncü ortak görüş ise nihai çıktı yani sağlık yerine sağlık hizmeti sunumu ve sürecinin değerlendirilmesine işaret eder. Bireylerin sağlığını, sağlık bakımından başka, beslenme, barınma, çevre, temiz su kullanımı, eğitim vb. gibi etkileyen pek çok faktörün olması, herkese eşit sağlığı amaçlayan sağlık politikalarının kabul edilebilirliğini engeller. Buna ek olarak kişilerin doğuştan sahip oldukları kalıtsal özellikler ve zamanla doğal koşullardaki kötüleşme

sağlıkta eşitliği neredeyse imkansız kılar (13, 14). Sağlıkta eşitlik ilkesine bir diğer elıştırıcı ise "iyi" sağlığın genel anlamda kabul edilmiş bir tanımının olmayışından kaynaklanır. Aynı zamanda eşitliğin maliyeti çok fazla olabilir. Bunun sonucunda sağlıkta eşitlik mevcut sağlık seviyesinin çok altında bir düzeyde gerçekleşebilir ya da toplumun bazı kesimlerinin sağlık düzeyinde zaman içinde azalmaya neden olabilir (2, 14, 15).

HAKKANİYETİN BOYUTLARI VE LİMİTLERİ

Topluma farklı yaklaşımların hakkaniyet teorileri açısından sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin tanımlanmasından sonraki aşama mevcut teorilere paralel olarak değerlendirmede ortaya çıkacak kısıtların belirlenmesidir (7). Bunlar şöyle sıralanır:

Makro ya da Mikro Düzeyde Değerlendirme

Mikro düzeyde değerlendirmenin tıbbi etik ile ilgisi vardır ve temel olarak kişisel görüşler gözönüne alınır. Yani doktorların hastalara olan davranışları ve hasta tercihleri söz konusudur. Makro düzeyde yapılan değerlendirmeler toplumsal düzeyde yapılır ve coğrafik alan, gelir grupları, sosyal sınıflar, etnik grupları vb. gözönüne alınır.

Hizmet Düzeyinin Belirlenmesi

Sağlık hizmetleri sisteminde hakkaniyetin ölçümünde koruyucu ya da tedavi edici hizmetler ile hizmete ulaşma ve hizmet kullanımı arasındaki ayrımı belirlemek gereklidir. Sistem hizmete ulaşan tüm hastalara eşit şekilde tedavi olma şansı tanırken tedaviye ulaşmada eşit olmayabilir. Benzer biçimde hasta olma şansı tanırken tedaviye ulaşmada eşit olmayabilir. Benzer biçimde hasta olma ya da sakatlanma olasılıklarında yaşa, cinsiyete ya da sağlık bakım sisteminin tamamen kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olan bazı farklılıklar hakkaniyetsiz sayılmazken, difteri ya da çocuk felci olma olasılıkları arasındaki farklılıklar hakkaniyetsiz sayılabilir, çünkü sistem içerisinde koruyucu hizmetler tüm nüfusa eşit olarak dağıtılmamış olabilir.

Değerlendirme Konusu

Hangi spesifik durum, hastalık, ihtiyaç ya da talebin çalışmaya dahil edileceği belirlenmelidir. Makro açıdan değerlendirme yapılacak ise belirli bir hastalık durumundan ziyade *talep* ya da *ihtiyaç* esas alınır. Talep, tüketicilerin ödeme güçleri ve istekleri yönündeki tercihlerle ilgili olduğundan sağlık hizmetlerinde eşitlikçi yaklaşımla bağdaşmaz. Bu nedenle makro kapsamlı analizlerde sağlık ihtiyacının gözönüne alınması gereklidir (7, 11). Sağlık hizmeti ihtiyacı kişisel kararlara mı bırakılmalı (felt need) yoksa sağlık hizmeti sunanlar tarafından profesyonel olarak mı belirlenmelidir (normative need)? Ülkemizde sağlığın Anayasa ile belirlenmiş bir kişisel hak olması, sağlık

hizmeti ihtiyacı kararının kişilerin kendilerine bırakılmayacağı anlamına gelmektedir. Bu doğrultudaki hakkaniyet tartışmalarında ihtiyaç normatif olarak tanımlanır.

Bu da herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyaç olup olmadığı tesbit edilirken sağlık hizmetlerine *ulaşılabilirlikte eşit fırsatların* var olması gerekliliğini doğurur (14, 18).

Kabul Edilemeyecek Eşitsizliklerin Belirlenmesi

Hakkaniyet değerlendirmesinde başka bir boyut mevcut farklılıkların kabul edilebilir ya da kabul edilemez olup olmadıklarının belirlenmesidir. Eşitsizlikler ile farklılıklar aynı anlama gelmez. Eşitsizlikte haklı gösterilemeyen bir takım ayrımlar vardır ve ahlaki ve vicdani bir boyut söz konusudur. Bu, önenebilir ve haksız durumlara işaret eder. Bütün bunlar insan yaşamında sağlığın önemini, sağlık ve sağlık bakımını diğer mal ve hizmetlerden ayıran özellikleri, sağlık ve sağlık bakımındaki eşitsizliklerin gelir dağılımı, barınma vb. eşitsizliklerden daha farklı ve daha az kabul edilebilir olup olmadığı konularını gündeme getirir. Bu konuların açıklığa kavuşturulabilmesi için *sağlık* açık ve net bir şekilde tanımlanmalıdır. Türk Sağlık Sisteminin kabul ettiği amaçlar gözönüne alındığında sağlık; kişilerin kapasitelerini ve fonksiyonlarını tam olarak yerine getirebilmeleri için gerekli bir koşuldur. Sağlık hizmetleri kamu hizmeti niteliğindedir. Dışsallık (externality) yaratması, kullanıcıların bilgi eksikliği ve hizmet sunanların kullanıcılara nazaran bilgilerinin üstün oluşu (imbalance of information) ve sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağına belirsiz oluşu gibi nedenlerle sağlık hizmeti herhangi bir tüketim malı gibi alınıp satılamaz (14, 19, 20, 21).

Farklılık ve Eşitsizlik Ayrımı

Hastalığa yakalanma ya da yaralanma risklerindeki bazı farklılıklar eşitsizlik olarak nitelendirilmez. Çünkü bu farklılıklar sağlık bakım sisteminin kontrolü dışında ortaya çıkar. Bu nedenle farklılıklar ile eşitsizlikleri doğuran faktörler çok iyi incelenmelidir. Bunlar şöyle sıralanır:

* Bu farklılıkların ortadan kaldırılması mümkün müdür? Cinsiyet, kalıtım, doğal kapasite, refah düzeyi vb. gibi bazı farklılıklar doğal ve biyolojik nedenlerle oluşur. Bunun yanında toplumun bazı grupları içerisinde, özellikle kadın ve erkek arasında öyle farklılıklar vardır ki bunların sadece biyolojik farklılıklardan kaynaklandığı söylenemez.

* Ortaya çıkan farklılıklar kişilerin özgür iradeleriyle aldıkları kararların ve tercihlerinin bir sonucu mudur? Sigara ve alkol kullanımı gibi sağlığa zarar veren davranışlar sonucunda oluşan farklılıklar eşitsizlik olarak düşünülemez.

* Sağlığı olumsuz yönde etkileyen kişi kararları eşit kısıtlar altında mı verilmiştir? Gelir yetersizliği ya da eğitimsizlik nedeniyle kişiler sağlıksız koşullarda çalışmak

zorunda kalabilir, bu nedenle sağlığa zararlı davranışları seçebilir ya da refah durumu çok iyi olup merkezden uzak bir yerde yaşamayı seçebilir.

* Bu farklılıklar temelde kişilerin kendi kontrolü dışında gerçekleşen, örneğin çevre koşulları gibi faktörlere mi bağlıdır? (13, 14, 15, 19).

HAKKANİYETİN ÖLÇÜLMESİ

Hakkaniyetin birden fazla boyutu olduğundan herhangi bir sağlık sisteminin hakkaniyet açısından değerlendirilmesinde kullanılacak tek bir kriter de bulunmamaktadır. Hakkaniyet, toplumun değişik grupları arasında; sosyo-ekonomik durum, coğrafi bölgeler, cinsiyet gibi farklılık yaratabilecek bazı parametrelerin eşitlenmesini içerir (6, 22). Bununla birlikte hakkaniyet ile eşitlik aynı anlama gelmez. Sağlık hizmeti ihtiyacı ve sağlığı etkileyen faktörlere karşı kişilerin tutum ve davranışları farklıdır (7). Eşitlikte eşit paylaşım söz konusudur. Fakat eşit olmayan bir paylaşım daha hakkaniyetli ve adil olabilir. Özellikle sağlık bakım hizmetlerinde hasta olma riski yüksek grupların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin daha fazla olması hakkaniyetli sayılır (23). Fakat yine de eşitsizlikler sistemin temel problemleri hakkında gerekli bilgiyi sağlayabilir ve gerekli müdahale alanlarının belirlenmesine yardımcı olur.

Literatürde yer alan kriterleri *dikey* ve *yatay* hakkaniyet olarak iki grup altında sınıflamak yorumlamada faydalı olabilir. Yatay hakkaniyet ve eşit grupların eşit tedavisi ya da riskler ve hastalık durumlarının olumsuz etkilerinin eşitlenmesi olarak tanımlanabilir. Dikey hakkaniyette ise eşitsizliklerin eşitsiz tedavisi, başka bir anlatımla progresif bir anlam yüküldür (2, 5, 24).

Sağlık Hizmetleri Finansmanında Değerlendirme

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet ilkesinin değerlendirilmesi yapılırken ilk olarak sağlık bakım sisteminin nüfusun ne kadarını kapsadığını (coverage) belirlemek gerekir. Hoare ve Mills *kapsamı* "ihtiyaç duyulduğunda bedava, daha az bir ücretle ya da maruz kalınan masrafin daha sonradan tamamı veya belirli bir bölümünün, üçüncü bir kurum (third party) tarafından hastaya geri ödenmesi suretiyle tedavi edilebilmenin garanti edilmesi" olarak tanımlamaktadır (24). Yapılan araştırmalar sağlık sigortasının hizmet kullanımı ve talebi üzerinde önemli etkisinin olduğunu göstermektedir (25, 26). Bu nedenle nüfusun sigorta kapsamındakilerinin yüzdesi önemli bir hakkaniyet göstergesidir.

Eşitlikçi yaklaşıma göre sağlık hizmeti ödeme gücüne göre finansa edilmelidir. Kişilerin ödedikleri sağlık primleri gelirleriyle orantılı olmalıdır. Aynı zamanda bu miktarın toplam gelir içerisindeki payı düşük gelir gruplarında yüksek gelir gruplarına nazaran daha az olmalıdır. Bu dikey hakkaniyetin finansman açısından yorumudur (2,7, 9, 10).

Finansal yükü kimin üstlendiğini belirlerken primlerle ödeme gücü arasındaki ilişkinin progresif olup olmadığı önemlidir, yani primlerin kişilerin gelirleri oranında artıp artmadığı dikkate alınır. Toplumun daha zengin kesimlerinin finansmandaki payı fakirlere nazaran daha fazla mıdır? Progresif finansman genellikle (belirli gruplara vergi indirimleri ve muafiyeti, gelir arttıkça vergi artırımı gibi) vergilendirme yoluyla elde edilir. Progresivite ölçümünün bir yolu gelir gruplarının toplam gelirden aldıkları pay ile sağlık finansmanında yüklendikleri payın karşılaştırılmasıdır. Fakat bu yöntemle progresivitenin derecesi belirlenmez. Bunun için, gelir dağılımı ile birlikte vergi dağılımının bir arada değerlendirildiği endeksler geliştirilmiştir (10). Bu tür ilişkilerin gösteriminin sağlık hizmetleri finansman sisteminin hakkaniyet açısından değerlendirilmesindeki önemine karşılık, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ödeme gücü, gelir ve vergi dağılımının veri eksikliği nedeniyle belirlenmesinde problemlerle karşılaşmaktadır. Diğer önemli bir nokta da finansman mekanizmasının kimin, hangi hizmetten ne kadar ve hangi yolla faydalanacağını belirlemesidir (23, 27). Bunun anlamı finansal sistemdeki herhangi bir değişikliğin ödeme şekilleriyle hizmet sunumunu, sistemin yaratacağı teşvikler ve antiteşvikler (katkı payları, bekleme listeleri, vb.) yoluyla da kullanıcıları etkileyeceğidir. Bu nedenle finansal sistemin analizi hizmet sunumunu da içermek durumundadır.

Hizmet Sunumunda Hakkaniyetin Değerlendirilmesi:

Mooney, hakkaniyeti yatay anlamında yorumlayarak, sağlık hizmeti sunumunda hakkaniyetin sağlanması için aşağıdaki sıralamayı yapmıştır (12, 28).

Kişi başına eşit sağlık harcaması: Sağlık bakımı bütçesinin farklı bölgelere dağılımında bölge nüfusu dikkate alınır. Bu kriter bölgeler arasında hasta olma riski ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarındaki farklılıkları dikkate almadığı gibi, hizmet alma ve hasta başına maliyet farklılıklarını da dikkate almaz (7).

Kişi başına eşit girdi (kaynak): Sağlık kaynakları bölgeler arasında nüfus ve fiyat düzeylerine göre dağıtılır. Böylece kaynakların eşit satın alınabilmesi garanti edilmiş olur ve fiyat seviyesi daha yüksek bölgelere daha fazla kaynak aktarılması sağlanır (8, 11). Bu tanımda da bölgeler arası sağlık ihtiyacındaki farklılıklar dikkate alınmamakta ve tahsis edilen kaynakların bölge nüfusunun tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yeteceği öngörülmektedir. Sağlık bakım kaynaklarının nüfusa oranı; 10.000 kişiye düşen hastane yatağı, 10.000 kişiye düşen doktor gibi kriterler sadece bölgelerarası karşılaştırmalarla sınırlıdır, kişilerin gerçekten doktorla temas edip etmediği dikkate alınmaz. Dahası sağlık kaynaklarının dağılımı gelir grubu gibi önemli bir kriterle göre belirlenmez.

Eşit ihtiyaca eşit girdi (kaynak): Kaynak dağılımında nüfusun sağlık hizmeti ihtiyacı, yaş ve cinsiyet farklılıkları gözönüne alınır. Eşit ihtiyaca eşit girdi hizmet kullanımı

ve etkinliğinden ziyade hizmet sunumuyla ilgilidir. Ayrıca her sağlık hizmeti ihtiyacı için yapılacak tıbbi harcamalar standardize edilmiştir ve hizmet sunum maliyetinin yüksek olduğu bölgelerde bu kriter bölüşümde hakkaniyeti sağlamayacaktır (2, 11, 12).

Eşit ihtiyaca eşit ulaşılabilirlik (accessibility): Bu kriter her hastaya göre farklı oluşan sağlık hizmeti maliyetini hesaba katar. Eşit ulaşılabilirlik; para ve zaman (ulaşım, bekleme, tedavi zamanı, vb.) açısından hastanın maruz kalacağı eşit maliyet olarak tanımlanır (10, 12). Bu kriteri esas alan yaklaşımlara yöneltilen eleştiriler ulaşılabilirliğin tanımlanmasına ve ölçümüne yöneliktir.

Ulaşılabilirliği güçleştiren faktörlerin başında gelir düzeyi, coğrafi faktörler (sağlık hizmetine uzaklık, ulaşım kaynaklarının elde edilebilirliği), muayene ve tedavi için bekleme zamanı ve kullanıcıların sağlık hizmeti hakkında bilgi sahibi olmaları gelmektedir. Bu nedenle ulaşılabilirlikte eşitlik ölçümü oldukça zordur ve mutlak birimlerle ölçülemez, fakat göreceli olarak karşılaştırma yapılabilir. Bunun için bölgesel eşitsizlikler ya da sosyal sınıflar arasındaki farklılıklar incelenebilir (11).

Yine de bu tanım arz yönlüdür ve kişilerin tercihleri arasındaki farklılıkları dikkate almadığından sağlık hizmetlerinin eşit kullanımı (utilization) ile sonuçlanmayabilir.

Eşit ihtiyaca eşit kullanım: Bu tanım sağlık hizmetleri talebi ile arzını kapsar ve sağlık hizmetlerini daha az kullanmaya eğilimli kesimlere öncelik tanır (8). Tanımda eşit ihtiyaca eşit talep öngörülse ve belirli hastalık durumları için gerekli tıbbi müdahalelerin standardize edilmesini gerektirse dahi, kullanımı diğer kriterlere göre daha kolaydır (11).

Karşılanan marjinal ihtiyaçların eşitlenmesi: Sağlık hizmeti ihtiyaçlarının bölgesel olarak eşitlenmesine dayanır, böylece tüm bölgelerin eşit düzeyde marjinal ihtiyacı karşılaması sağlanacaktır.

İhtiyaçlar önceliklere göre sıralanır ve kaynaklar dağılımı marjinal ihtiyaçları eşitleyecek şekilde gerçekleştirilir. Bu kriterlerin kullanımındaki en önemli güçlüklerden biri karşılanan marjinal ihtiyacın belirlenmesindeki güçlüklerdir (12).

Sağlığın eşitlenmesi: Amaç bölgeler ve sosyal gruplar arasında sağlık seviyesinin eşitlenmesidir.

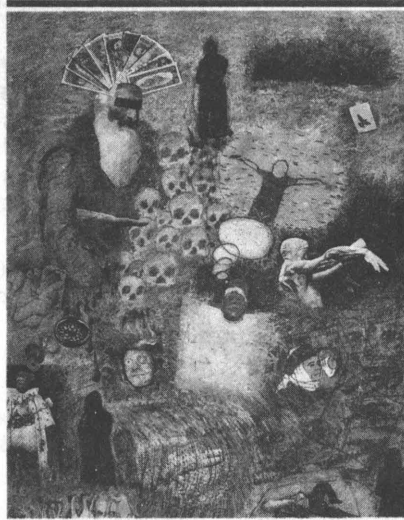
Bu kriter en az sağlıklı olanı kayıracak şekilde kaynakların dağılımını içerir. Fakat yukarıda belirtilen önlenemedeğiştirilemeyen sebeplerin varlığı, sağlığın ölçümündeki güçlükler, sağlık düzeyinin yeniden dağılımının imkansızlığı ve sağlık bakımı dışındaki faktörlerin sağlığı etkilemesi nedeniyle sağlık sistemlerinin herkese eşit sağlığı hedeflemesi gerçekçi olmayacaktır (2, 13, 14, 15).

KAYNAKLAR

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1992) **2001 Üçüncü Bin Yıla Hazırlanıyoruz, Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara.
- 2- Cam, D. and Gerard, K. (1994), **Economics of Health Care Financing: The Visible Hand**. MacMillan.
- 3- Normand, C.E.M., (1993) Health Economics Lecture Notes. 9.
- 4- Mills, A. and Gilson, L., (1988), **Health Economics for Developing Countries**. A Survival Kit. EPC Publication No:17, London.
- 5- Zschock, D.K., (1979), **Health Care Financing in Developing Countries**. American Public Health Association International Health Programs Monograph Series No. 1, Washington.
- 6- Pereira, J., (1993), "What Does Equity in Health Mean?", **Journal of Social Policy**, 22, 1, 19-48.
- 7- Musgrove, P., (1986), "Measurement of Equity in Health", **World Health Statistics Quarterly**, 39, 325-335.
- 8- Gilson, L. (1988), **Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned? A Discussion Paper**. EPC Publication, London.
- 9- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A and Rutten, F., (1993), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care**. Oxford University Press, Oxford.
- 10- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. and Paci, H., (1991), "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons" in McGuire, A., Fenn, P. and Mayhew, K. (eds.) **Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery** içinde, Oxford University Press, Oxford.
- 11- Mooney, G., (1987), "What Does Equity in Health Mean", **World Health Statistics Quarterly**, 40, 296-303.
- 12- Mooney, G., (1983), "Equity in Health Care: Confronting the Confusion", **Effective Health Care**, Vol. 1, No.4, 179-184.
- 13- Whitehead, M., (1992), "The Concepts and Principles of Equity and Health", **International Journal of Health Services**, Vol. 22, Iss. 3, 429-445.
- 14- Le Grand, J., (1987), **Three Essays on Equity**. Discussion Paper no.23 Welfare State Program Suntory

- Toyota International Center for Economics and Related Disciplines, Number WSP/23, London.
- 15-Le Grand, J., (1991), **Equity and Choice: An Economics and Applied Philosophy**. Harper Collins Academic, London.
- 16-Culyer, A.J. and Wagstaff, A., (1992). **Need, Equality and Social Justice** Center for Health Economics, Health Economics Consortium, University of York, Discussion Paper 90, York.
- 17-Culyer, A.J. and Wagstaff, A., (1992). **Need, Equity and Equality in Health and Health Care**. Center for Health Economics, Health Economics Consortium, University of York, Discussion Paper 95, York.
- 18-McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1992), **The Economics of Health Care, An Introductory Text**, Routledge&Kegan Paul, London.
- 19-Klein, R., (1988), "Acceptable Inequalities" in Green, D.G. (ed) **Acceptable Inequalities? Essays on the Pursuit of Equality in Health Care** içinde, Goron Pro-Print Co. Ltd. Churchill Industrial Estate, Lancing, West Sussex, The IEA Health Unit, London.
- 20-Culyer, A.J, (1991), **Health, Health Expenditures and Equity**. Center for Health Economics, Health Economics Consortium, University of York, Discussion Paper 83, York.
- 21-Black, Sir D., Morris, J.N., Smith, C., Townsend, P., (1982), **Inequalities in Health, The Black Report**, Penguin Books.
- 22-Rutten, F. (1993), Van Doorslaer, E., Wagstaff, A and Rutten, F. (eds.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care** içinde, Oxford University Press, Oxford.
- 23-Car-Hill, R.A., (1994) "Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms", **Social Science and Medicine**, Vol 39, No 9, p.1189-1201.
- 24-Hoare, G. and Mills, A., (1986), **Paying for the Health Sector**. EPC Publication No:12, London.
- 25-Maynard, A., (1979), "Pricing, Demanders, and The Supply of Health Care", **International Journal of Health Services**, Vol. 9, No.1, 121-133.
- 26-McPake, B. (1993), "User Charges for Health for Health Services in Developing Counties: A Review of the Economic Literature", **Social Science and Medicine**, 36(11), 1397-1405.
- 27-Cumper, G., (1986), **Health Sector Financing. Estimating Health Expenditures in Developing Countries, A Discussion Paper**. EPC Public. No. 9, London.
- 28- Mooney, G., (1992), **Economics, Medicine and Health Care**. 2nd Ed., Harvester Wheatsheaf, England.

TIP TARİH METAFOR



Tolga Ersoy

