

Ulusal sağlık sistemlerinde başarı ve kriz*

Mark G. FIELD

Çev: Dr. Ömer TARIM

SORUN

Sağlık hizmeti, 20. yüzyılın sonlarına doğru sosyal, ideolojik, etik, politik ve ekonomik bir konu olarak çıkmıştır. Çağdaş toplumda, sağlık sorunlarından söz etmek neredeyse moda haline gelmiştir; fakat bir kriz olduğu da gerçektir. Bu sorun, birçok iplikten oluşan bir kumaştır: AIDS epidemisi, A.B.D.'de artan "malpractice" davaları, toplumun bazı kesimlerine sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, maliyetlerin durdurulamayan artışı, artan yaşlı nüfusun sağlık sorunları, hastaneler, ve sağlık hizmetlerinde artan bürokrasi, uzmanlık ve üst ihtisas dallarının çoğalması, vb. sayılabilir. Bütün bu sorunlar, daha önce tedavi edilemeyen hastalıkların çözümlendiği, "Tıbbi mucizeler" in yaratıldığı ve teknolojik gelişmeler, genetik mühendisliği gibi büyük ilerlemelerin gerçekleştirildiği bir dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu başarılar mı acaba krize neden olmaktadır? Başarı ve kriz arasındaki bu çelişki, bu paradoks, sağlık ve sağlık hizmetinin duygusal yükü fazla konular olması nedeniyle daha da önem kazanmaktadır. Bu konu yaşam, ıstırap, fiziksel bağımlılık, sakatlık ve ölümle ilgilidir. Bir an için, ümitsiz hastanın yaşam desteğine son verme kararını, bir anlamda kimin ölüp kimin yaşayacağı kararını vermek durumunda kalan hekimin hukuksal olmasa bile ahlaki sorumluluğunu ve çelişkilerini düşününüz

Sağlık sisteminin önemi, hekimin gücü ve saygınlığı, hastanelerin rolü ve maliyeti nedeniyle bütün tıp ortamı, akademik çevreler, hükümet, basın ve yasal organlarca incelenmekte ve eleştirilmektedir. Maliyetler, hizmet başına ödeme veya vergilerle karşılanıyor olsun, ödediğimizin karşılığını alıyor muyuz? Bazı sağlık personelinin ihmali, suistimali ve kabalığı, insan ilişkileri ve kişisel desteğin önemli olduğu bir alanda teknolojinin yarattığı yabancılaşmaya ne demeli? Bazıları da istatistiklere dayanarak, sağlık sisteminin pahalılığa karşın genel toplum sağlığına katkısının çok az olduğunu iddia etmektedirler. Örneğin tüberküloza bağlı morbidite ve mortalitenin belirgin düşüşü, BCG aşısının keşfinden daha önce başlamıştır ve tıptaki ilerlemelere bağlı değildir. Özellikle yoksullar için, yaşam koşullarının iyileştirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde daha etkilidir. Gerçekten yapılması gereken, gelir düzeyi düşük olanlara daha iyi barınma, iş ve eğitim olanakları, beslenme ve spor yapma olanakları sağlanması; sigara ve alkol bağımlılığı ile mücadele edilmesi-

dir. Bu düşünceye göre, bu tür önlemler, tomografi gibi etkinliği şüpheli, ulaşılabilirliği sınırlı teknolojilerden daha önemlidir.

Bazıları daha da ileri gitmektedir. Örneğin, katolik bir papaz olan Ivan Illich, "Medical Nemesis" adlı kitabında, sağlık sistemini bütünüyle suçlamaktadır. Tıp ortamının hastalık, ıstırap ve ölümle etkin olarak başedeemediğini söylemekle kalmayıp, aynı zamanda hekim (ve özellikle de hastanenin) sıklıkla sağlık ve yaşam için zararlı olabileceğini iddia etmektedir. Hastaneler, hastalar için uygun yerler değildir: hastanede kişinin kendini savunabilecek durumda olması gereklidir. Bunlar, ölmekte olan hastaları gören bir papazın sözleri olarak görülebilir de bazı gerçek payları da vardır. Bu düşünceler, 16. yüzyılda, o zaman çok etkili ve güçlü bir kurum olan kiliseye saldıran Martin Luther'in fikirlerini anımsatmaktadır. Luther, kilisenin çoktüğünü ve çürüttüğünü; papazların güçlerini kötüye kullanarak mutluk ve kurtuluşa varmak için çalışmadıklarını, bu nedenle insanın kilise ve papazları atlayarak Tanrı'yla doğrudan ilişkiye girmeleri gerektiğini söylemiştir. Illich aynı mantığı kullanmaktadır; İnsan hastane ve doktorları devre dışı bırakarak kendi bedeni ve sağlığı ile doğrudan ilişkiye geçmelidir, çünkü doktorlar çoğu zaman bunu yapamazlar ve daha kötüsü, zarar verebilirler. İlginçtir ki "Medical Nemesis" in yazıldığı İspanyolca'da "Salud", hem kurtuluş, hem de sağlık anlamına gelmektedir. Tıptaki dramatik ilerlemelere karşın, sağlık sistemi ve tıba yöneltilen eleştiri, şüphecilik ve nefret nispeten yenidir. Bunlar çağdaş sağlık hizmetinin önemi ve etkinliğinin göstergeleridir.

19. yüzyıl ve ötesinde, doktorlar tavır ve davranışları nedeniyle, bir saldırı hedefinden çok bir alay ve gülme konusuydu. Sağlık hizmeti, önemli bir konu olarak bile görülüyordu.

Doktorun geçici bir rahatlama sağlamak ve bazı (zararsız olduğu umulan) tören ve manipülasyonlarda yer almak dışında yapabileceği fazla bir şey yoktu. Hastaneler, yoksulların barınak olarak sığındığı veya hastaların ölmek için gittiği yerlerdi. Sağlık hizmeti gayri safi milli hasılanın ve aktif işgücünün küçük bir bölümünü almaktaydı. Bu durum, 19. yüzyılın sonu ve 20. yüzyılın başında köklü olarak değişti: Tedavi olanaklarının gelişmesi ve bilimsel gelişmenin sağlık alanında uygulanabilmesi hastaların tedavisinde devrime neden oldu. Tıbbın hastalıkla mücadele ve yaşamı uzatma yeteneğini güçlendirdi. En büyük ölüm nedeni olan enfeksiyon hastalıkları kontrol altına alındı. Ancak 1910-1912'den sonra L. J. Henderson, rastgele bir hasta herhangi bir hastalık durumunda rastgele bir doktora başvurduğu zaman, fayda görme şansının %50 den fazla olduğunu belirtti. Buna karşın, tıbbın etkinliğindeki artış, maliyetlerdeki enflasyon, ve bazı çelişkilerle cevabı kolay olmayan soruları da beraberinde getirdi. Bu sorular bulunacak cevaplar, yalanları bilim ve tıbbın gerçekliğinin dışında tutmalıdır. Bunlar çoğunlukla yargıya, etik ve dini düşüncelere ve hukuki saptamalara bağlıdır. Örneğin, insanın üremesi konusunda yapılan araştırma ve gelişmeler, ("Tüp Bebek" tekniğiyle anne olmak gibi) birçok hukuki ve duygusal soruna yol açmaktadır.

Aynı zamanda, tıbbın daha önce çaresi olmayan bir çok hastalığı aldedebilmesi sonucu, birçok ülkede sağlık hizmetlerinden sosyal sınıfı ve gelir düzeyi ne olursa

(*) Aynı adlı kitabın giriş makalesidir.

olsun, herkesin eşit olarak faydalanabilmesi ideolojisini yaratmıştır. Sağlık hizmetinin "demokratikleştirilmesi", sağlığın insanın çok önemli bir parçası olduğu ve onun artık tüketilen bir meta, bir öncelik, hatta lüks değil bir gereksinim ve hak olduğu fikrini yansıtmaktadır. Böylece sağlık, bir zaman aralığından sonra, daha önce evrensel bir hak değil sınıfsal bir ayrıcalık gibi algılanan, sonradan bugünkü önemine kavuşan eğitimle birlikte değerlendirilmeye başlanmıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar, bazılarının göre sağlığı lüks bir otomobil gibi değerlendirmek mümkündür: Eğer satın alabilirseniz, tabii. Toplumun herkeşe sağlık hizmeti sağlama yükümlülüğü herkese bir Cadillac verme yükümlülüğünden fazla değildi. Artık bu görüş, aşırı muhafazakarlar dışında kaybolmuştur. Kaybolmasının bir nedeni de, sağlığın ve sağlıklı insanların endüstriyel üretim ve askeri gücün önemli bir parçası olduğunun anlaşılmasıdır. Buna karşın, kişilerin sağlık güvencesine kavuşmaları ile ona gerçekten ulaşabilmeleri ayrı bir hikayedir. Çoğu zaman, bu topluma verilen bir garanti veya politikadır. Ancak hiçbir hükümet, bu boşluğu dolduracak bir sağlık sistemi geliştirme durumunda değildir. Mevcut sistemi şekillendirip kullanarak bu garantiyi sağlamalıdır. Özellikle, hükümetlere şüphelerle bakan bağımsız bir tıp mesleğiyle uğraşmak zorundadır. O zamana kadar önemli ölçüde bağımsız olan hastaneleri düzenlemeli ve bazan da yasalarla kontrol etmelidir.

Asıl sormak istediğim soru, bu kavramlar, bu sorunlar ve çelişkilerin endüstriyel-kentsel toplumların çoğunda olup olmadığıdır; eğer varsa nasıl irdelenmişler ve düzenlenmişlerdir. Bu nedenle, uluslararası bir yaklaşımla, birçok ülkeden meslektaşlarıma, bu alanda kendi uluslarının karşılaştığı sorunlar hakkında yazmalarını istemeye karar verdim.

YAKLAŞIM

Karşılaştırma, bilimsel yöntemin kalbinde yer alır. Böylece, bir sistemin özellikleri başka bir sistemle karşılaştırılarak incelenebilir ve değerlendirilebilir. Bu yöntem, her toplumun durumu ve sorunlarının yeni bir perspektifle incelenmesine olanak sağlar. Ayrıca yol gösterici olabilir. Karşılaştırmalı anatomi, fizyoloji veya teoloji varsa neden karşılaştırmalı sağlık sistemi olmasın?

İki tip karşılaştırmalı analiz vardır. Daha sık kullanılan, bir sorunun ülke çapında horizontal veya "cross-national" olarak incelenmesidir. Aynı sorunlar ve konuları farklı ülkelerde inceler, benzerlikler ve farklılıkları saptar, her ülkedeki farklı cevapları ve olasılıkları öğrenebiliriz. Bu yazının ağırlık merkezi budur. Buna karşın başka karşılaştırma boyutları da vardır: vertikal veya tarihi yöntem. Bu perspektifte, sağlık sistemi veya zaman içindeki mortalite ve morbiditenin, değişimi veya tarihsel gelişimi incelenir. Bu yaklaşım, herhangi bir toplumda olayların neden o şekilde geliştiğini anlamamıza olanak sağlar. Bununla birlikte, bu yaklaşım, horizontal yöntemle birleştirilerek sağlık sisteminin ve morbidite/mortalitenin karşılaştırmalı evrimi incelenebilir. Örneğin, her toplumda ve sağlık sisteminde olayların, aşamaların, önceden saptanabilen bir sırası var mıdır? Gelişme süresi sistematik midir? Bu gelişme fiz-

yolojideki gibi zamanla artan bir farklılaşma ve adaptasyon süreci midir? Bunlar yanıtlanması güç sorulardır ve biz biliyoruz ki örneğin morbiditenin evrimi genellikle toplumların daha çağdaş, sanayileşme ve kentleşme konusunda daha ileri düzeylere gelmesiyle paralellik gösterir. "Uygarlık hastalıkları"ndan veya batı hastalıklarından söz ediyor ve onları yaşam biçimindeki değişikliklere, (örneğin posalı besinlerin daha az tüketilmesi) ve çağdaşlaşma ve sanayileşme ile gelen çevre değişikliklerine bağlıyoruz. Bu bir ölçüde bize bazı şeyleri önceden tahmin etme yeteneği vermektedir: sağlık düzeyi ve yaşam beklentisi (ortalama yaşam süresi) yükseldikçe, yaşlı popülasyonda kanser ve kalp hastalıklarının oranı artmakta, enfeksiyon hastalıklarının önemi azalmaktadır.

Özellikle, sorunların daha keskin biçimde ortaya çıktığı endüstri toplumları seçilmiş ve bazı ortak yanları yanında farklılıkları da olan toplumlar incelenmiştir. Sağlık sistemleri fazla ilgi çekmeyen İsviçre, İspanya, Yeni Zelanda ve Japonya gibi ülkelerde araştırmaya alınmıştır. İlk sekiz makale ulusal sağlık sistemleri ile ilgilidir. Son makale uluslararası yaklaşımla eğitici özellik taşımaktadır.

Sağlık sistemleri Şema 1'de sınıflandırılmış ve makalelerde sunulan sağlık sistemlerinin hangi sınıfa ait olduğu belirtilmiştir. Parantez içindeki sağlık sistemleri bu kitapta bahsedilmeyen ancak son makalede sözü edilen sistemlerdir.

Bazı istatistiksel ve tanımlayıcı bilgiler kaçınılmaz olarak verilmekle birlikte asıl olarak önemli ve çözülmemiş sorunların ortaya konmasına ağırlık verilmiştir. Bu sorunlarla, sadece sağlık hizmetlerini etkilediği için değil, genel olarak toplumu etkilediği için ilgilenilmiştir. Hem sağlık sistemi, hem de toplumda önemli değişikliklere neden olacak kritik konuların incelenmesine özellikle önem verilmiştir.

SORUNLAR

Yazarlardan istediğim yazıda, bazı konuların üzerinde durdum. Yazılarında bu konuları esas almalarını rica ettim. Hepsinden her konuyu kapsamalarını veya kendilerini bu konularla kısıtlamalarını beklemedim. Bunlar yol gösterici ve öneri niteliğindeki konulardı:

1) Sağlık Sisteminin Evrimi: Zaman içinde, artan sayıda sorunla ilgili kabul edilmeye başlanmıştır: zeka geriliği, sapıklık, kumar, obesite, çocuk-adölesan sorunları vb. Tıbbın alanının bu şekilde genişlemesi sağlık sistemlerini nasıl etkilemiştir? (Örneğin bu sadece tıbbın etki alanının genişlemesi mi, yoksa aksine bir çok sorunun sıklıkla tereddütleri olan tıp mesleğine yüklenmesi miydi? Bütün suçların, sapıklıkların "hastalık" olarak kabul edildiği bir toplumda, bunun sonuçları ne olabilir?)

2) Politikanın sağlık sistemi üzerindeki artan rolü ve yeniden özelliştirmeye süreci: Bu, birinin isteneni sağlamadığı durumda diğerinin devreye girdiği diyalektik bir süreç mi? (Örneğin, Sovyet tipi duragan sistem ile A.B.D.'deki özel sistem, İngiltere'deki "Thatcherism" ve sağlık sistemini depolitize etmeye çalışan Yugoslavya'nın karşılaştırılması ile hangi sonuçlara ulaşılabilir?)

3) Teknolojinin çekiciliği ve moral etkiler: Tıp ilerledikçe, hekim cehaletin masumluğundan bilginin suç-

ŞEMA 1: Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması

Sağlık sistemi	Tip 1	Tip 2 Toplumcu	Tip 3 Sigorta/Sosyal Güvence	Tip 4 Milli Sağlık Sistemi	Tip 5 Sosyalizasyon
Genel Tanım	Sağlık Hizmetinin kişisel tüketim metaı olması	Sağlık hizmeti asıl olarak bir tüketim metaı veya hizmeti	Sağlık hizmeti sigortalanmış bir tüketim metaı veya hizmeti	Sağlık hizmeti devlet tarafından desteklenen bir tüketim metaı veya hizmeti	Sağlık hizmeti devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmeti
Hekimin konumu	Yalnız (kişisel) hizmet verir	Yalnız ve çeşitli organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Yalnız ve tıbbi organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Yalnız ve tıbbi organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Devlet memuru ve tıbbi organizasyonların üyesi
Profesyonel birliklerin rolü	Güçlü	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf veya yok
Olanakların mülkiyeti	Özel	Özel ve kamu	Özel ve kamu	Çoğunlukla kamu	Tamamen kamu
Ödemeler	Doğrudan	Doğrudan ve dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tamamen dolaylı
Politikanın rolü	Minimal	Minimal/dolaylı	Merkezi/dolaylı	Merkezi/doğrudan	Tamamen
ÖRNEK		İsviçre ABD	(Kanada) (Fransa) Japonya, Yeni Zelanda İspanya, Yugoslava	İskoçya (İngiltere)	SSCB

luluğuna doğru geçmektedir. (Örneğin, renal dializin icadı hekimi daha önce görülmeyen sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Daha önceleri hekim, son dönem böbrek hastalığında, bu gün kanser karşısında olduğu gibi çaresizdi. Bu konuyla yakından ilgili olarak teknolojinin kullanımı etik, hukuk, din, ve ahlak gibi konularda yeni sorular ortaya çıkarmıştır).

4) Artan maliyetler (sağlık sistemi içinde ve dışında) ve paylaşma sorunu. Milli servetin ne kadarının sağlık sistemine ve diğer söktörlere aktarılacağı ve sağlık sistemi içinde nasıl paylaşılacağı konusu. (Ne kadarının koruyucu ve tedavi edici hizmetlere ve hangi dallara ayrılacağı; ne kadarının temel ve uygulamalı bilimlerdeki araştırmalara harcanacağı; ne kadarının sağlık personeli ve hangi sağlık personelinin eğitiminde kullanılacağı.)

5) Sağlık hizmetine artan talep konusunda neler yapılabilir? Bu hizmete olan gereksinimi belirleyebilir miyiz? Ya da bir çok konunun tıpla ilgili görülmesi bu talep artışında ne kadar etkili olmuştur? Sağlık hizmetlerinin daha yaygın olarak sunulması mı talebin artmasına neden olmuştur? (Gereksinim ve talep kültüre mi bağlıdır? Talebin doğal bir sınırı var mıdır?)

6) Hekim ve diğer personelde (örneğin hemşireler) giderek artan uzmanlaşma ve üst ihtisas yapma eğilimi, sıklıkla yeni teknolojilerin beslediği yeni uzmanlık dallarının ortaya çıkması ve uzmanların verdiği küçük sonuçların entegre edilmesindeki sorun hakkında neler söylenebilir? (Genel dallarda uzmanlaşma yönünde karşıt bir eğilim var mıdır? Bazı yeteneklerin kaybedilmesi, bazı fonksiyonların alt kademelere devredilmesi ve sağlık personelinin uzayan hiyerarşisi konusunda ne söyleyebiliriz?)

7) Yukarıdaki şıkla yakından ilgili olarak artan oranlarda teknolojik, farklılaşmış ve bürokrasiye boğulmuş hastane atmosferinde hastanın depersonalizasyon ve yabancılaşma sorunu vardır. (Öyleyse sağlık sisteminin bu şekilde düzenlenmesinin anlamı ne?)

8) Sağlık sisteminin giderek daha pahalı ve bürokratik olmasıyla, sağlık sisteminin doğmasına menajer mantığının uygulanması ve özellikle hasta-hekim ilişkilerindeki sorunlar hakkında ne söylenebilir? (Hastalığın yarattığı gerilimle karşı karşıya kalan hastanın duygusal gereksinimleri, akılcı bürokratik ve teknolojik rutinleri yerine getirme pahasına, ne ölçüde ihmal edilmektedir?) Ve eğer hastaların duygusal gereksinimleri sağlık personeli tarafından ihmal ediliyorsa hastalar başka hangi kaynaklardan duygusal destek sağlayabilir ve bunun sonuçları ne olabilir?)

9) Esneklik Konusu: Sağlık sistemi gerekli esnekliği ve beklenmeyen acil durumlarda sürati ne ölçüde sağlar? Bütün toplumu aşlamak nisbeten kolay olabilir, ancak aşısı olmayan bir hastalığın ani epidemisi esneklik ve adaptasyon yeteneği ile ilgili sorunlar yaratabilir. (Sağlık sistemi giderek bürokratik ve rijit hale geldikçe, özel vakalara nasıl yaklaşılacak, hemen karar verilmesi gereken yaşamsal konularda nasıl davranılacaktır?)

10) Sağlık sistemini toplumun kontrol derecesi: ABD'deki feminist protestolardan, İngiltere ve Avusturya'daki çeşitli kontrol kurumlarına, Yugoslavların "kendi kendini idamesi" ve Sovyetler Birliği'nin halkın kendi sağlık sistemini desteklediği iddiasına kadar...

SAĞLIK SİSTEMİ

"Sağlık sistemi" deyimi, bu konuyla ilgili bütün resmi çabaları, yasaları, personel ve kurumları, ekonomik

kaynakları, araştırma çalışmalarını (temel ve uygulamalı) devlet veya toplumun hastalık, erken mortalite, sakatlık, bunların önlenmesi ve rehabilitasyonu konusundaki çalışmaları ve diğer sağlık sorunlarını içine alan genel bir deyimdir. Bu nedenle, "sistem" sözü organize bir yapı veya aktiviteyi değil, sağlık sorunları ile ilgili bütün eylemleri kapsamaktadır. Bu deyim kullanılması, toplumun, sosyal bir sistem olarak algılanması ile paraleldir. Bu anlamda kullanılacak bir başka sözcük de "sektör" olabilir. Sağlık sektörünün, kesin sınırlarının belirlenmesi, tanımlamaya bağlı ampirik bir işlem olmasına karşın (neyi kapsayıp neyi kapmadığı) nelerden oluştuğunu, belli bir kesinlik ve tutarlılıkla uluslararası ölçülerde saptamak olasıdır.

Felsefi yönden, şüphesiz pratik olarak sosyal yaşamın her yönünün sağlığı etkilediği söylenebilir: Örneğin gelir düzeyi, sosyal sınıf, barınma, beslenme, temiz su ve kanalizasyon durumu, ulaşım ve haberleşme sistemi sayılabilir. Buna, ailelerin sağlığa katkısı, sağlıkla ilgili gelenekler, yanlış davranışlar da eklenebilir. Sonuçta, biraz absürd bir indirgemeye toplumun kendisinin sağlık sistemi olduğu söylenebilir. Buna karşın inceleme kolaylığı açısından, sağlık sistemini, hizmet ettiği toplumdan ayırmak daha yararlıdır. Ayrıca, buradaki yaklaşımın makroskopik olduğu ve ele alınan birimin ülke olduğu kaydedilmelidir. Ülke, çağımızda, kendi hukuk sistemi, para ve savunması ve bir toplumu millet yapan diğer özellikleri ile en büyük politik birimdir. Belki, İskoçya sağlık sistemi tam anlamıyla bağımsız bir politika olmaması nedeniyle bir istisna olabilir. Temel varsayımımız, her ülkenin, kendi yaşamı için, kendi toplumunun sağlığı ve insan kaynağını korumak için sağlık sistemi ile ilgilenmek zorunluluğudur. Gerçekten de, kamu (veya vergiyle desteklenmiş) sağlık hizmeti ile özel sağlık sisteminin karşılaştırılması gibi bütün karşılaştırmalı incelemeler de sağlık sistemine politikanın etki derecesi temel unsurdur.

SAĞLIK SORUNLARININ SOSYAL ÖNEMİ

Sağlık sorunlarından bahsederken önce bazı tanımlamalar yapılmalıdır. Sağlık sorunları deyince temelde morbidite ve mortaliteyi kastediyorum. Bunlar, her toplumda kişinin sosyal işlev ve rolünü yerine getirmesini engelleyen kavramlardır. Ağır hasta olan bir anne çocuğuna bakamaz. Endüstride, hastalık nedeniyle işe gidemeyen günler üretim kaybı olarak milyonlarca dolara malolmaktadır. Önemli bir yöneticinin hastalık ve sakatlığı ise milli bir acil duruma dönüşebilir. Bu nedenle benim yaklaşımı, çok eleştirilen "fonksiyonel -strüktürel" ("işlevsel -yapısal") ekoldür. Bu görüşün çıkış noktası, sağlık sistemi, hekim ve hastanenin gereksinim olduğu için ortaya çıktıkları savıdır. Böylece, sağlık sistemi bir gereksinime cevap verme veya bir sorunu çözme işlevini yerine getirmektedir. Bunu yapmak için de bazı yapısal düzenlemeler gereklidir. Buna karşın hastalık ve onunla ilgili kavramlar her zaman özellikle hastalar tarafından bu işlevsel perspektifle görülmemektedir. Hastalık, ağrı ve rahatsızlıkla birlikte kişinin kendini nasıl gördüğünü ve saygınlığını da etkileyen yoğun bir kişisel ve subjektif deneyimdir. Hastalığın, hastanın rolünü yerine getirememeye ögesine "işlevsel", diğer etkilere ise "duygusal" (expressive) tanımı getirilebilir. Sağlık sistemleri hastalığın her iki yönüyle de

başetmek üzere kurulmuştur: toplumlar daha çok işlevsel yönüyle, kişiler ise duygusal yönüyle ilgilidir. Bu iki öge, sistemin hedefini oluşturmaktadır ve "beş d" olarak açıklanabilir: Death (ölüm), disease (hastalık) disability (sakatlık), discomfort (rahatsızlık) ve dissatisfaction (doyumumsuzluk). Bu hedeflerle başa çıkabilmek için, tıp 6 silah geliştirmiştir: tanı, tedavi, koruma (önlem) rehabilitasyon, gözlem (izlem) ve sağlık eğitimi. Morbidite (5 d) ile uğraşacak olan sağlık personeli, bu 6 silahı (tıp sanatı) kullanarak ve yeterli desteklerle, 5 d'nin yarattığı kişisel ve sosyal tehlikeleri değiştirmeye ve önlemeye çalışır. Pekiyi, sağlık personeline sağlanacak bu destek ne olmalıdır? Sağlık sisteminin işlevini yerine getirebilmesi için toplumdan, en azından aşağıdaki öğeleri almalıdır:

1) Yasal düzenleme (Sağlık sistemi ve personelinin yaptıklarından hangilerinin doğru ve uygun olduğu, yasa ve tüzüklerle belirlenmelidir)

2) Ekonomik destek. (Toplumun ulusal gelirinin ve harcamalarının ne kadarının sağlık sistemine gittiği önemlidir)

3) Personel (Sağlık sisteminin bütün basamaklarında çalışan personelin sayısı, mesleği ve niteliği ile bu personelin toplam insangücü içindeki yüzdesi.)

4) Son olarak, tıp sanatı, yani sağlık personelinin sağlık sorunlarıyla uğraşırken kullandığı bilgi, teknik ve teknolojiler sayılabilir.

Bu son evrensel öge, sağlık sistemlerinin evrimindeki dinamizmde en önemli kaynak ve aynı zamanda da her toplum ve kültüre özgü bir gerilim kaynağıdır. Ayrıca, bu kaynak kültürel olması ve bir anlamda sonsuz olması nedeniyle diğer üç kaynaktan farklıdır. İnsan gücü, ekonomik kaynaklar ve yasal düzenlemeler hiçbir zaman sonsuz değildir. Sağlığa harcanan her para, diğer bir sektöre yapılacak yatırımın daha az olması anlamına gelir. Buna karşın, yeni bir şey bulunması, yeni bir bilginin eklenmesi ile bu bilgi değerinden halen bir şey kaybetmeden tekrar tekrar kullanılabilir. Son dönem kronik böbrek yetmezliğinin izlemi ve tedavisi öğrenildikten sonra, bu bilgi defalarca uygulanabilir (tabii ki uygulama için gerekli insan gücü ve para sınırlıdır).

SAĞLIK SİSTEMİNE İKİ AYRI YAKLAŞIM

Horitontal yaklaşımı ele alırken iki teorik yaklaşım önerilebilir: Birincisi konverjans fikridir. Bu, bir çeşit yumuşak "teknolojik determinizm"dir. Buna göre, sanayileşme, dünyadaki bütün sosyal yapıların zamanla benzeşmesine neden olacak evrensel bir güçtür. Bu gücün etkilerine bütün ideoloji, kültür, gelenek ve değerler teslim olacak veya bu etkilerden payını alacaktır. Örneğin, dünyadaki fabrikalar aynı cihazları kullandığı için yapıları ve gereksinimleri birbirine benzemektedir (gelişmiş makineler, üretim zinciri, disiplin, hiyerarşi, zaman düzenlemesi, vb.). Bu nedenle, endüstri toplumlarında, zamanla sosyal organizasyon ve kişilerin, özellikleri giderek daha fazla birbirine benzemeye başlayacaktır. Eğer bu hipotez doğruysa, bazı şeyler öngörülebilir; bütün sosyal sistemler tenceredeki fasulyeler gibi olmayacak, ama benzerlikler, farklılıkların kaybı pahasına artacaktır. Aynı irdeleme sağlık sistemleri için de yapılabilir. "Tıbbi üretim" in giderek artan oranlarda teknolojik ve evrensel olmasıyla bu sistemi yürütecek

sosyal organizasyonlar ve gereksinimler de birbirine benzeyecektir. Sonuç olarak, hastanelerin aynı temel teknolojiyi ve aynı teknoloji ile sağlanan tıbbi yöntemleri (örneğin ameliyathanenin steril koşullarının sağlanması) kullanmaları, evrensel bir düzene doğru gitmektedir. Organizasyonların artan rasyonalizasyonu, maliyetlerin kontrolü arzusu, sabit maaşlı hekim çalıştırma eğilimi gibi konuların sağlık personelinin nasıl etkileyeceği konusu hala açık değildir.

Diğer teorik yaklaşım ise sağlık sistemi ve tıp uygulamasının, iki ana faktör ve onlar arasındaki gerilimden etkilendiğini öne sürer. Bunlardan biri, her ortamda geçerli, evrensel tıbbın uygulamalı bir bilim olarak teknolojik yönüdür. İkincisi ise kültürel veya ulusal değişkenliği: toplumun kültür, gelenek, ideoloji, sınıf ilişkileri, pozitif ve idari yapısı, ekonomik kaynaklarına göre evrensel tıp sanatının adapte edilerek uygulanması. Bir Fransız hastanesi, yüzeysel olarak, Amerikan veya İngiliz hastanesine benzeyebilir. Buna karşın Fransız kültür ve gelenekleri hastanenin kapısının dışında kalmaz; hastanenin bütün yönlerini, hatta belki hastanın başındaki bir şişe kırmızı şaraba kadar etkileyebilir. Dünyada, her ülkede, hatta ileri sanayileşmiş ülkelerde bile, sağlık sistemlerinin farklılığı, sözü edilen evrensel ve özel (yöresel) faktörlerin etkileşiminden kaynaklanır. Toplumların sağlık sistemlerinin konverjans hipotezine göre aynı noktada birleşip birleşemeyecekleri tartışma konusudur. Halen çarpıcı benzerlikler olmasına karşın, önemli farklılıklar da vardır.

MAKALELER

Bu bölümde, kitapta yer alan makalelere genel olarak bakmak ve özel noktalara işaret etmek istiyorum.

Yugoslavya'da sağlık sisteminin yapısı İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bu ülkenin geçirdiği politik ve ideolojik değişimlere paralel olarak değişmiştir. Başlangıçta Sovyetler Birliği'nin merkezci (devletçi) ve bürokratik modeli uygulanırken, Moskova'dan ayrıldıktan sonra daha demokratik, daha az merkezci ve daha az devlete bağımlı bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. Bu politikanın geliştirilmesi, ulusal hedeflerin izlenmesi ve bölgeler arasında bir eşitliğin sağlanması ile mümkün olmuştur. Aynı şeyler, bir ölçüde, Sovyetler Birliği'ndeki sağlık sistemi için de söylenebilir. A.B.D.'de ise girişimci ideolojiye dayanan işadamları ruhuyla gelişen bir sağlık sistemi vardır. Daha önce de belirtildiği gibi, bir toplumun sağlık düzeyi genel ekonomik, sınıfsal, bölgesel faktörlere bağlıdır. Sovyetler Birliği'nde son 20 yılda bebek ölümlerindeki artış, yaşam standartlarının düşmesi (olasılıkla savunma harcamalarının artışına bağlı) ve sağlık sistemindeki yavaş bozulmayla ilgilidir.

İsviçre'de sağlık sistemi, tamamen, merkezcilikten uzaktır; bu ülkede sağlık bakanlığı veya bakana eşdeğer bir bakanlık bile yoktur. Buna karşın Sovyetler Birliği'nde sağlık sistemi tamamen merkezci bir anlayışta ve devlet tarafından yürütülmektedir. Tamamen merkezi olarak bazı ulusal hedeflere ulaşmak üzere yürütülen bir sistemin özellikle büyük bir ülkede, geniş bir bürokrasi yaratması kaçınılmaz görünmektedir. Bu bürokrasi çoğu zaman ulaşmaya çalıştığı amaçlara değil, kendi varlığı ve işlemleriyle daha çok ilgilenir. Yöneti-

min etkinliği, amaçlardan çok araçlar, hizmetin feda edilmesi pahasına daha çok ilgi çekerler. Çok önemli konulardan biri de güç ve kontrol konusudur. Sağlık sistemine katılan pek çok öge vardır; yöneticiler, meslekler, toplum (ve vergi ödeyenler) ve sağlık hizmetini alanlar. Sistemi demokratikleştirmek amacıyla, Yugoslavya'da olduğu gibi, halkın profesyonel uygulamaları bir ölçüde kontrol yönünde bazı girişimler olmuşsa da genellikle başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Aynı zamanda, sağlık hizmeti ve personelinin bir çeşit lokal kontrol altına sokma çabaları, farklı bölgelerde eşitsizliğe neden olmakta ve ulusal politikalara ters düşmektedir.

İlerleyen teknolojinin, çağdaş sağlık sisteminin en önemli yönü olduğu hemen herkes tarafından kabul edilmektedir. Teknolojik gelişmenin sonuçları henüz ayrıntılı olarak irdelenmemiştir, ancak aşağıdaki konular gözönüne alınmalıdır:

1) Çoğu zaman, tıp teknolojisi emek- ve kapital- yögundur. Sanayideki teknolojinin aksine, işgücünün yerine kapital koyarak maliyetleri korumaz, fakat maliyetleri artırır.

2) Bir teknolojinin (diagnostik veya terapötik) geliştirilip etkinliği kanıtlandıktan sonra insan yaşamı ile ilgili olduğu için, maliyetine bakılmaksızın alınıp kullanılma eğilimi vardır. Belli bir sorunla daha önce başedemeyen hekim, şimdi cehaletin masumluğundan mümkün olanın suçluluğuna geçer: Örneğin dializis icadından sonra ömür uzatılabilmektedir. Bu nedenle, bu teknolojinin satın alınması için baskılar yoğun olacaktır. Buna karşın, genellikle azınlık için pahalı teknolojinin satın alınması, çoğunluk için kullanılabilir olacak daha basit tedavi yöntemlerinin feda edilmesiyle mümkün olacaktır.

3) Pahalı teknolojiyi kullanmak üzere eğitilmiş hekimler, bu olanağın olmadığı bir ortamda çalışırken strese girmektedirler. Bu nedenle Yeni Zelanda; kendi eğittiği uzmanlarını Avustralya ve ABD'ye kaybetmektedir.

4) Şu noktanın da altı çizilmelidir ki teknoloji, sağlık sistemini etkileyen bağımsız ve otonom bir güç değildir; ülkeler tıbbi teknolojiyi istemezlerse kullanmayabilirler.

5) Tıbbi teknoloji, tedaviyi "depersonalize" ettiği için yabancılaşmaya neden olabilir.

Maliyet sınırlaması, istisnasız, bütün sağlık sistemlerini etkileyen bir konudur. Sağlık sisteminin giderek daha pahalılaşması ve sağlık hizmetine olan talebin artmasıyla, maliyetler de yükselmiştir. Bununla birlikte, bu maliyetleri karşılamaya çalışan ülkeler, sağlık sisteminin yerine getirmesi beklenen hizmetten çok, mali yönüyle ilgilenmeye başlamışlardır. Araçların amaçlara tercih edilmesi ve bürokrasi, sağlık hizmetlerinin finansmanı için bazı yöntemler geliştirmiştir. Genellikle, sağlık hizmetinin finansman yöntemi, sağlık hizmetinin nasıl sunulduğunu etkilemektedir. Hizmet başına ödeme sisteminde, sağlık personeli genellikle gerektiğinden fazla hizmet verme eğilimindedir, çünkü hizmetin hacmi ve personelin geliri paraleldir. Buna karşın, personel sabit maaşla çalışıyorsa daha az hizmet verme eğiliminde olacaktır.

Birçok toplumda, amaç gereksinimi olana sağlık hizmetini ulaştırmak veya gereksinimi olanın bu hizmete ulaşmasını sağlamaktır. Buradaki sorun, hizmete ula-

şılmasına engel koymaksızın süistimal edilmesini, aşırı veya gereksiz kullanılmasını önlemektir. Maliyet sınırlaması ayrı bir sorun ortaya çıkarmaktadır: "Hem toplum, hem de sağlık sistemi boyutlarında" fırsat maliyetleri" sorunu. Sonuç olarak her toplum, milli gelirin ne kadarını sağlığa ayıracağı ve bu yönden nereden fedakarlıklar edeceği; ayırdığı bu payın da sağlık sistemi içinde nasıl paylaşılacağına karar verir: klinik hizmetler, toplum sağlığı, eğitim veya personel, araştırma (temel veya uygulamalı), vb. Sovyetler Birliği gibi bir ülkede, bu kararlar, sağlık bürokrasi piramidinin tepesindeki küçük bir grup tarafından verilir ve bütçe yoluyla zorlanır.

ABD ve İsviçre gibi merkezi olarak yürütülmeyen sistemlerde ise kararlar, genel anlamda merkezi bir otorite tarafından kontrol edilemeyen kişisel ve kurumsal tercihlerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Buradaki asıl sorun yapılacak tercihlerdir, çünkü personel ve finansman kaynakları hiçbir zaman sonsuz değildir.

Bu nedenle paylaşım ve planlama sağlık sisteminin konusuna girmiştir.

Dünyada artık, sağlık hizmetine ulaşabilmek bir öncelik veya lütf değil, bir hak olarak görülmektedir. Yönetim tarafından sağlanan "ulaşabilmek" konusu, hemen beraberinde bu ulaşımda eşitliği getirmektedir. Genellikle istenen, özellikle sağlık hizmeti vergiyle destekleniyorsa, herkes için eşitlikler. Bu, gerçekte, hayal edilen bir hedefdir. Her toplum özellikle sanayi toplumu, katmanlara ayrılmıştır. İngiltere'de bile, bakım çoğunlukla eşitsizdir ve parası olan özel sağlık sigortası yaptırabilir, daha iyi yataklarda yatabilir. İspanya'da da, herkes eşit olarak sağlık hizmetine ulaşabilse de, yüksek sosyo-ekonomik sınıf her zaman daha iyi hizmet alabilir. Anderson'a göre, A.B.D., ulusal sağlık hizmeti veya sigortası geliştirecek olsaydı, toplumun % 40'ı, da-

ha iyi olduğu veya daha iyi muamele göreceklere inandıkları için özel sağlık sigortasını seçerlerdi. Sovyetler Birliği'nde bile, sağlık hizmeti katmanlara ayrılmıştır ve elit tabakanın bakımı da (diğer ülkelerdeki özel sağlık hizmetinin karşılığı) sosyalleştirilmiştir; yani ücretsizdir ve devlet tarafından karşılanır.

HANGİ YAKLAŞIM EN DOĞRUDUR?

Daha önce önerdiğimiz iki teorik yaklaşımın yani konverjans teorisi ve evrensel-yöresel faktörlerin kombinasyonu teorisi incelenmelidir.

Son aşamada, konverjans teorisi doğru olabilir. Ancak gerçek bir konverjans değil, fakat sağlık sistemlerinin (toplumlar gibi) giderek daha fazla ortak eleman içermesi nedeniyle bir benzeşmeden sözedilebilir. Buna karşın, halen veriler geniş anlamda kültürel faktörlerin en az tıbbın evrensel karakterinden kaynaklanan yapısal benzerlikler kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sonuç olarak, her sağlık sisteminin tıp sanatının evrensel yönü olan bilgi ve teknoloji ile her toplum ve kültürün kendine özgü özelliklerinin kombinasyonu ve bazan da diyalektik çelişkisi ile evrimleştiğini söyleyebiliriz. Bugün dünyadaki sağlık sistemlerinde gördüğümüz bu eşitsizlik ve değişiklik, farklı kültürlerin özgüllüğünden kaynaklanmaktadır. Bu özellik, örgütlenme biçimlerinde ve hatta tıbbi teknolojinin bir toplumdan diğerine aktarılmasında sınırlar yaratmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, bunu tıbbi bilgi, uygulama teknikleri; gelenekleri, kültürleri, yaşam biçimleri nedeniyle bunları kabul edemeyecek durumda olan ülkelere yaymaya çalışırken öğrenmiştir. Bu, tıp ve sağlık hizmetinin ikilemini vurgular; bu sadece bilgi, teknik ve sanat kombinasyonu değil; topluma mal olmuş bir uygulamaya, insanlarla bir ilişki yolu, hekimlerin sanat ve bilimlerini nasıl icra edeceklerini belirleyen bir ortamdır. Bu nedenle sağlık sistemini incelemek kişiye sosyal olaylar konusunda bir görüş kazandırmaktadır.

Şema: 2

