

Sağlıkta vizyon: Politikaların seyri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesinde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ve Üroloji Klinik Şefliği görevlerinde bulundu. Aydın halen İstanbul Medipol Üniversitesi rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Amacım tıpta uygulanan teknolojik gelişmelere eleştirel yaklaşmak ve bunların arka planını tartışmak değil. Sadece bugün sağlık sektörümüzün nerede durduğunu netleştirmek açısından bazı hususlara değinmek istiyorum. Neticede sektörü, hizmet alan ve hizmeti sunan ilişkisi düzleminde, hasta güvenliği ve kalite unsurlarından bağımsız olmayan tanı ve tedavi süreçleri bağlamında, bu es-

nada kullanılan teknolojik cihazlar ile ilaçlar noktasında ve bütün bunlar için kullanılan finans kaynağı ve insan kaynağı bütünlüğü içinde yani sürdürülebilirlik çerçevesinde görmeye çalışıyorum. Aslında bütün bu farklı aktörler arası ilişkilerin organizasyonu sağlık sistemini oluşturuyor. Sistemleri etkileyen en önemli unsur ise temel politik tercihlerdir. Yani bütün bu karmaşık ilişkilerin geleceğe yansımaları politik tercihlerdeki süreklilikle ilişkilidir. Temel tercih değişikliği aktörler arası ilişkileri büyük oranda değiştirebilir.

Seksenli yıllardan sonra ülkemizde liberal politikaların öne çıktığını biliyoruz. Ekonomik tercihlerin de bu yönde olduğunu ve gittikçe gelişen bir piyasa ekonomisinin var olduğunu söylemeye gerek yok. Günümüz dünyasında artık tam serbest ya da tam devletçi sistemlerden söz edebilmek mümkün değil. İngiltere ve İtalya gibi bir kısım devlet ağırlıklı sistemler âdemi merkezîyet anlayışı yönünde kendilerini geliştirirken, liberal uygulamaların ağırlıkta olduğu ülkelerde de sosyal politikaları geliştirici, düşük gelir gruplarını koruyucu tedbirler aranmaktadır.







Fotoğraf: Ömer Çakkal

Ülkemizde her geçen gün birey kimliği ön plana çıkmakta, bireysel özgürlükler hatırlanmakta, temel insan hakları talebi, demokrasi özlemi dile getirilmektedir. Artık bugün yapılacak işi çeşitli engeller koyarak sonraya bırakma, sağlık talebinde bulunan kişinin mağduriyetinden dolayı ona yeterli değeri vermeme, gerektiğinde o mağduriyetini hiyerarşik bir ilişki gerekçesi haline getirme, yani üstten bakma, kaba davranma gibi davranış biçimleri gittikçe azalmak ve yok olmak zorundadır. Hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki rekabet bu azalmayı hızlandıracaktır.

Sağlık politikasında liberal unsurları koruma konusunda Amerika neredeyse dünyada yalnız kalmış durumdadır. Son dönemde Başkan Obama'nın yapmak istediği sağlık reformunun içeriği incelenirse bu durumdan uzaklaşma gayreti hemen fark ediliyor. Aslında yapılmak istenen dünyada olandan farklı bir şey değil. Ne var ki, piyasa dinamikleri sayesinde gücü elinde bulunduranların, Amerika'da sağlık sisteminin sosyal karakter kazanmasına daha epey bir zaman direnç göstereceği anlaşılıyor. Yine de bundan sonra da Amerikan seçimlerinde sağlık reformu arayışlarının ve yeni vaatlerin önemli yer tutacağını söylemek için kâhin olmaya gerek yok. Buna rağmen sağlıkla ilgili gelecek tahminleri, küreselleşme ve özelleşme gibi bugünkü eğilimlerin devam edeceği varsayımını göz ardı etmemelidir. Bugün gelinen noktada bu eğilimlerin alternatifinin olmadığı anlayışı ağır basmaktadır. Bu yöndeki gelişmelerin sağlık ve sosyal alanda hakkaniyetin sağlanmasına olumsuz etki etme riski taşıdığını göz ardı edemeyiz. Ancak her akım alternatifini kendisi üretme potansiyeli taşımaktadır. Yirmibirinci yüzyılın başında Birleşmiş Milletler Genel Kurullarında ele alınan "Bin Yılın Hedefleri" gibi toplum politikalarının gerçekleşmesi, ülkelerin ve uluslararası güçlerin bu yöndeki ısrarlı gayretlerinin devam etmesi, bunu sağlayacak ekonomik gelişme ve sosyal dayanışmanın var olması, beklentilerin yönünü değiştirebilir.

Sağlık, toplumun tamamını doğrudan ilgilendiren ve refah düzeyi ile çok yakın

ilişkide olan bir sektör olduğundan sosyal politika arayışları bu alanda kendini göstermektedir. Neticede farklı ülke örneklerine baktığımızda sağlık sistemleri iki aşırı uç arasında, ülkelerin temel tercihlerine, önceliklerine ve ekonomik gücüne göre farklılık gösteren bir noktada kendine yer edinmektedir. Ülkemizde de durum çok farklı değildir. Ekonomide piyasa şartları yerleştikçe sağlık alanında daha fazla hissedilen kontrol mekanizmaları devreye sokulmuştur. Bir anlamda birbirine zıt yönlerde hareket eden politikalar sosyal devlet vurgusu olan ülkemizde sağlık sistemimizin kendi yerini bulmasına yol açmıştır.

Gelecek tasarımları yapabilmek için muhtemel değişimleri öngörmek gerekiyor. Yukarıda ülkenin temel politik tercihlerinin sistemdeki aktörler arası ilişkileri büyük oranda değiştireceğinden söz etmiştim. Küresel ilişkilerin yoğunluğu arttıkça sistemler arası farklılıklar azalmaktadır. İletişim ağları, hızlı bilgi alışverişi ile neredeyse sınırların yıkılmış olması, toplumların beklenti düzeylerini etkilemektedir. Artık kapalı toplumların uzun süre yaşama şansı mümkün görünmüyor. Dünyaya açıldıkça küreselleşme, yani bir anlamda benzeşme kaçınılmaz oluyor. Dolayısı ile gelecekte ülkemizin temel tercihlerinin çok değişeceğini sanmıyorum. Ancak uygulanan politikalar ve yaygın kabullerin dünyada yaygın değişikliğe uğramasından etkilenmememiz edemeyeceğimiz açıktır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri

Ülkemizde 1946'da temeli atılan, 1960'larda şekillenen ve aile hekimliğine dayalı son dönem sağlık politikaları ile yeni bir dinamizm kazanan birinci basamak sağlık ağı gelecekte gittikçe artan oranda önem kazanacaktır. Zira sağlık harcamalarının kontrolünde zorlanan sosyal güvenlik sistemleri kontrol edebilecekleri kapılar arayacaktır. Bunun en pratik ve kolay yeri, sağlık sistemine giriş kapısı olan birinci basamak sağlık hizmetleridir. Süreç içinde bu hizmet ağının şekil değiştirmesi şaşırtıcı değildir.

Bugün ülkemizde kurgulanan "aile hekimliği" modelinde doktorla birlikte yeterince sağlık personelinin (aile sağlığı elemanı) müteşekkil bir takım öngörülmektedir. Ancak personel kıtlığı nedeniyle sözleşme hekim ve hemşire ile yapılmaktadır. Ayrıca doktorun tıbbi sekreter gibi elemanlar çalıştırılması teşvik edilmektedir. Yasal alt yapı mevcut olmasın rağmen, personel yetersizliğinden kaynaklanan uygulamadaki bu kıstlama, gelişen şartlar ve imkânlarla birlikte değişime gösterecektir.

Gelecekte aile hekimleri tanı ve tedavi ile uğraşmaya devam edeceklerdir. An-

çak birinci basamak hizmetlerinde çocuk, geriatri, psikiyatri ve romatoloji uzmanlarının konsültasyon yoluyla veya doğrudan rol aldığı örnekler gelişecektir. Daha çok uzmanlaşmış hemşireler görev alacak, evde bakım hizmetleri yaygınlaşacaktır. Hatta ekibe klinik eczacılar ve sosyal hizmet uzmanları katılabilecektir. Belki bugün hastanelerde olduğu gibi, her merkezde hastaları yönlendiren, danışmanlık yapan ve destek grupları ile ilişki kurmalarını sağlayan bir hasta hakları sorumlusu bile bulunacaktır.

Bazı ekip elemanları doktor gözetiminde reçete yazabilecek ve belli alanlarda hasta takip ve tedavisini üstlenebilecektir. Bütün bunlar doktorun zamanını daha fazla tasarruf etmesine, hastalarına daha fazla vakit ayırmasına, onlarla ilgilenmesine, kronik hastalarını takip etmesine, korucu hekimliğe ve rehabilitasyona daha fazla eğilmesine fırsat tanıyan gelişmeler olacaktır. İnsan kaynakları yönetiminde doğrudan doktor sayısını artırma girişimleri yerine bu şekilde ekip elemanlarını çeşitlendirme ve uzmanlaştırma girişimi daha kolay, daha verimli ve daha gerçekçi bir yol olacaktır.

Çağrı merkezleri, telefon ve internet yardım hatları gelişse de, hastaların doktorlarla yüz yüze görüşme hızı düşmeyecektir. Ancak hastalar fiziksel şikâyetlerinin yanı sıra, gelişmiş dünyada görüldüğü gibi gittikçe artan oranda mental ve sosyal problemlerle doktora başvuracaklardır. Bu yüzden aile sağlığı takımı üyelerinin bu konularda deneyimli olmaları gerekecektir. Doktor, hemşire veya diğer sağlık personelleri hastaları dinlemek için daha fazla vakit ayırmak zorunda kalacaklar ve hizmetler daha fazla bilgilendirme ve yönlendirme yönüne kayacaktır.

Eğer birinci basamak hizmetleri, sosyal güvenlik kurumlarından hak ettiği desteği alır ve beklendiği yönde gelişirse, sistem içinde hastane hizmetlerinin dominansının önüne geçip eşit partnerler halini alacaktır. Bilişim ve iletişim araçlarının yardımıyla bazen hastane doktorları, birinci basamak takımları ve sosyal güvenlik sorumluları, hastayı bir arada değerlendirebilecek ve belki de bunu esas alan hasta takip sistemleri geliştirilecektir.

Vatandaş beklentisi ve katılımı

Ülkemizde her geçen gün birey kimliği ön plana çıkmakta, bireysel özgürlükler hatırlanmakta, temel insan hakları talebi, demokrasi özlemi dile getirilmektedir. Vatandaşların devletten, toplumdan ve ilişki içinde oldukları hizmet sektöründen beklentileri de bu çerçevede olmaya devam edecektir. Dolayısı

ile artık bugün yapılacak işi çeşitli engeller koyarak sonraya bırakma, sağlık talebinde bulunan kişinin mağduriyetinden dolayı ona yeterli değeri vermemesi, gerektiğinde o mağduriyetini hiyerarşik bir ilişki gerekçesi haline getirme, yani üstten bakma, kaba davranma gibi davranış biçimleri gittikçe azalmak ve yok olmak zorundadır. Hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki rekabet bu azalmayı hızlandıracaktır. Aksi yönde davranış sergileyen, geleneksel davranış biçimini sürdüren kişi ve kurumlar sistemde gittikçe mevki kaybetmek zorundadır. Zira gelecekte insanlarımız sağlık hizmeti alırken bu gün olduğundan daha fazla alternatiflere sahip olacaklardır. Hastalar artık pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talepkar tüketiciler konumundadır. Hizmeti talep eden hasta, hizmete katılımı da talep edecektir. Zira artan farkındalık bunu zorunlu kılmaktadır. Hastanın karara ortak olması, kendi üzerinde yapılacak müdahale hakkında detaylı bilgi sahibi olması ve gerektiğinde tedavi alternatifleri arasında kendi tercihi kullanması gerekir. Hasta bunu talep etmese bile sağlıktaki ilerlemeler, riskli durumlarda ortaya çıkan hukuki durumlar, hasta tatmini gibi hususlar bu katılımı gerekli kılmaktadır. Bu katılımcılık, hastanın kendi bedenindeki tasarrufu ve risklerini kabullenmesini kolaylaştıracak, tedavisinden daha kolay sonuç alınmasına, sonuca uyum göstermesine de fayda sağlayacaktır. Hatta bu, tedavi sonrası hasta hekim iletişimsizliği ve malpraktis suçlamalarının da büyük oranda önüne geçebilecek bir husustur. Ancak hastanın sürece dâhil olması sadece karar noktasında olmayacaktır. Zira bu durum tek taraflı bilinçsiz bir talebe ve hatta istismara dönüşebilir.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması da benzer bir duruma yol açmaktadır. Bu yüzden hastanın sürece maddi katılımı yani bir anlamda elini taşın altına sokması da kaçınılmaz olacaktır. Bu husus doğrudan parasal bir gelir olmaktan ziyade sistemin bozulmasını ve kötüye kullanılmasını önleyici bir araç olması bakımından önemlidir. Bu ayrıntıyı politika yapımcıların gözden kaçırmaması gerekir, zira hastanın hizmete maddi katılımı sisteme gelir kaynağı gibi görülür, bunun gereği haline getirilirse, bu sefer hastanın istismarı başlamış olur. Bu itibarla hastaların hizmetlere maddi katılımı, sürekli izlenerek aracın amaca hizmet ettiği derecede korunacağı veya bu yönde ayarlamaların yapılacağı dinamik bir uygulama olmalıdır. Zamanla, sağlık hizmetlerinde dengeler sarsıldıkça bu konunun daha iyi analiz edileceğini ve farkı alanlarda ve değişen oranlarda katılım araçlarının tartışılacağını tahmin ediyorum.

Katılımcılığın bireysel bir çaba olmak-

Avrupa'da şimdiden hasta haklarının takipçisi olan organizasyonlar gittikçe artmakta ve güçlenmektedir. 1999'da İngiltere'de, hastaların bekleme zamanını takip edebilen yegâne hasta organizasyonu Sağlık Koleji iken, önümüzdeki yıllarda Avrupa mevzuatı çerçevesinde sağlık hizmeti sunanların, detaylı performanslarını ve her aşamada hastalarının karşılaştığı sorunları ilan etmek zorunda kalmaları, şaşırtıcı bir gelişme olmayacaktır.

tan öte örgütlü bir yapı kazanması muhtemeldir. Hastalar gittikçe daha fazla organize duruma geçecektir. Avrupa'da şimdiden hasta haklarının takipçisi olan organizasyonlar gittikçe artmakta ve güçlenmektedir. Bu örgütler aynı zamanda sağlık hizmetlerinin performansını hasta perspektifinden gözlemlemektedirler. 1999'da İngiltere'de, hastaların bekleme zamanını takip edebilen yegâne hasta organizasyonu Sağlık Koleji iken, önümüzdeki yıllarda Avrupa mevzuatı çerçevesinde sağlık hizmeti sunanların, detaylı performanslarını ve her aşamada hastalarının karşılaştığı sorunları ilan etmek zorunda kalmaları, şaşırtıcı bir gelişme olmayacaktır. Hatta bu bilgilerin hastalar tarafından kullanılmasını temin için gerekirse devletten finans desteği alınabilecektir. Artan bu beklentiler ve örgütlü yapıya bürünen talepler, anlaşılmak ve yönetilmek zorundadır. Bu durum sağlık hizmetlerindeki bugünkü sürdürülebilirlik konusunun daha fazla tartışılmasına yol açacaktır.