

Sağlıkta aşırı hizmet kullanımı ve değer temelli yaklaşım

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Aşırı sağlık hizmeti kullanımı, hastanın klinik durumuna göre tıbbi olarak faydası olmayan veya potansiyel zararı faydasından daha fazla olan test, tedavi, ilaç veya prosedürlerin uygulanmasıdır. Bu durum, basit bir vitamin takviyesi reçete etmekten, karmaşık ve riskli bir cerrahi operasyona kadar geniş bir yelpazeyi kapsayabilir. Bir hastanın durumu için uygun olandan daha yüksek hacimde veya maliyette bakım sağlanmasıyla karakterize edilir. Bu kavram, yetersiz kullanım (gerekli bakımı sağlayamama) ve kötüye kullanım (yanlış veya parçalı bakım sunumu) gibi sağlık hizmetlerindeki diğer kalite sorunlarından farklıdır. Her üç kalite sorunu da önemli miktarda sistemik israfa ve hasta refahının tehlikeye girmesine neden olur.

Sağlık sistemleri bireylerin sağlığını korumak, iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için vardır. Sağlık sistemi olmasa sağlık korunamaz, hastalar iyileştirilemez, yeti yitimi durumunda kalan kişilere destek olunamaz, hatta birçok durumda insanca ölünemez. Ancak, kaynakların sınırlı olduğu bir dünyada, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli kullanılması büyük önem taşır. Bu bağlamda, aşırı sağlık hizmeti kullanımı hem hastalar hem de sistem ve toplum için ciddi sorunlar yaratmakta olup, sağlık hizmetlerinin üç temel ilkesinden biri olan etkililik ilkesine doğrudan zarar vermektedir. Diğer ikisi ise verimlilik ve hakkaniyettir ve etkililik

ilkemizin çiğnendiği, yerlebir edildiği aşırı kullanımın aynı zamanda verimliliği ve hakkaniyeti de kökünden sarstığı kolayca anlaşılabilecek durumdur.

Aşırı Kullanımın Başlıca Nedenleri

Aşırı sağlık hizmeti kullanımının altında yatan nedenler karmaşıktır ve hem sağlık çalışanları hem de hastalarla ilgili kısımları vardır. Bu karmaşık sorunlar yumağını temelde aşağıdaki faktörlere bağlayabiliriz:

- **Savunmacı tıp:** Hekimler, olası bir malpraktis davasından kaçınmak amacıyla, tıbbi olarak gerekli olmasa bile ek testler veya tedaviler isteyebilirler.
- **Bilgi eksikliği:** Hem hastalar hem de bazı sağlık çalışanları, en güncel tedavi kılavuzları veya kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilir.
- **Finansal teşvikler:** Bazı sağlık sistemlerinde, hekimler ve hastaneler, uyguladıkları hizmetin sayısına/miktarına göre ödeme alırlar. Bu durum, daha fazla test veya prosedür yapmaya teşvik ediyor olabilir.
- **Hasta baskısı:** Hastalar, kaygı veya yanlış bilgilendirme nedeniyle, spesifik bir test, ilaç veya tedavi için hekimlerine baskı yapıyor olabilir.
- **Hizmet sunumundaki koordinasyon eksikliği ve aşırı tekrarlar:** Hastalar, farklı uzmanlara yönlendirildiğinde aynı testlerin tekrar tekrar yapılması gibi durumlar yaşanabilir.

Aşırı Kullanımın Sonuçları

Aşırı hizmet kullanımı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde olumsuz sonuçlar doğurur. Aşırı testler, hastaları radyasyon gibi zararlı etkilere maruz bırakabilir, invaziv uygulama ile yapılan testler de kanama, enfeksiyon vb. riskler taşımaktadır. Aşırı cerrahi operasyonlar enfeksiyon ve diğer komplikasyon risklerini artırabilir. Aşırı ilaç kullanımı yan etkilere yol açabilir. Bunlar hastalara yönelik zarar potansiyelini oluşturmaktadır. İşin bir de ekonomik tarafı vardır. Sağlık sistemlerinde en büyük sorunların başında aşırı harcamalar gelmektedir. Elimizdeki hizmet kapasitesi ve finansal kaynaklar, bize bir yol göstermeyecek tetkik, tahlil ve tedavilere harcadığında, acil ve gerekli hizmetlere ayrılacak kaynak kalmaz. Bir başka önemli zarar da zaman kaybı ile doğmaktadır. Aşırı randevular, testler ve tedaviler için harcanacak zaman da birçok kişinin işine gücüne gidememesi, hastane kapılarında test sonuçlarını beklemesi, kanser gibi zaman yitirilmeden müdahale gerektiren durumlarda hizmetin sürüncemede kalması gibi ciddi sakıncalar doğurmaktadır. Bu durum, iş gücü kaybına ve kişisel mağduriyetlere yol açabilir. Aşırı hizmet kullanma/kullanılma işlemlerinin sonunda gideceği yer sağlık hizmetlerinin ve genel olarak sistemin güvenilirliğinin azalmasıdır. Bu nokta bir kısır döngü hâline gelir. Sisteme ve hizmetlere güvenini kaybetmiş hizmet kullanıcılar, bir hekimin muayenesini, tanısını, istediği testleri ve eğer ameliyat



söz konusu ise ameliyat endikasyonunu başka hekimlere de doğrulatmaya çalışır ve aynı sağlık sorunu için tekerrü eden aynı işlemler zinciri başlar. Hizmetin aşırı kullanımı, bir kat daha aşırı hizmet kullanımı doğurmuş olmaktadır. Sonuç; çekilen ızdırap ve endişeler ile birlikte uzayan süreç ve katlanan maliyetler olarak karşımıza çıkar. Sağlıkta aşırı hizmet kullanımı bu karmaşık hâliyle tüm paydaşların iş birliğini gerektiren ve başka türlü çözülemeyecek olan bir sorundur. Bu sorunun üstesinden gelmek, sadece sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda bireylerin daha güvenli, daha etkili ve daha kaliteli sağlık hizmeti almalarına olanak tanıyacaktır. Bu konuda atılacak her adım, daha sağlıklı bir gelecek için büyük bir kazanımdır.

Aşırı Kullanımın Ekonomik Yönü

Aşırı kullanımın boyutlarının hangi ülkede nereye kadar uzandığı tam olarak belirlenmemektedir. ABD’de yapılan analiz çalışmaları bu sorunun yalnızca yıllık yüz milyarlarca dolara mal olan finansal bir yük olmakla kalmadığını, aynı zamanda önlenemez komplikasyonlara, psikolojik sıkıntıya ve hatta ölüme yol açarak hasta güvenliğine doğrudan bir tehdit oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu

sorunu meydana getiren başlıca etkenler olarak ödeme modelleri, malpraktis korkularıyla motive edilen defansif tıp ve yaygın hasta inancı olan “daha fazlası daha iyidir” yaklaşımı öne sürülmektedir. Yeni yeni yaygınlaştırılmaya başlanan bazı ödeme modelleri hizmetlerin odak noktasını hacimden kaliteye ve hasta sonuçlarına kaydırarak aşırı hizmet kullanımını belirgin şekilde azaltacak bir çözüm olarak sunulmaktadır. Başarılı uygulamalar, önemli maliyet tasarrufları, hastane yatışlarında ve tekrar yatışlarda azalma ve hasta memnuniyetinde iyileşme sağlamıştır. Ancak, eksiksiz bir çözüm için daha geniş bir bakış açısı gerekir. Beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel sağlıkla ilgili eğitim ve davranış değişiklikleri yoluyla bireyleri güçlendirerek, iyileştirici sağlık müdahalelerine olan temel talep azaltılabilir. Dolayısıyla, sürdürülebilir ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemine giden yol iki yönlüdür: sistemin finansal teşviklerini yeniden düzenlerken aynı zamanda sağlık farkındalığını artırmak ve önleme/geliştirme kültürü oluşturmak üzere toplumsal hamleler yapmak gerekmektedir.

Yaygın Nitelik ve Çarpıcı Maliyetler

Aşırı kullanım bireysel bir sorun değildir; sağlık sistemi genelinde yaygın etkileri

vardır. ABD’li hekimler, tüm tıbbi bakımın yaklaşık yüzde 20’sinin aşırı olduğunu tahmin etmektedir. Bu rakam, reçeteli ilaçların yüzde 22’sini, testlerin yüzde 25’ini ve prosedürlerin yüzde 11’ini içermektedir. Bu düzeydeki aşırı harcamanın muazzam bir ekonomik ölçeği vardır. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yıllık israf harcamalarının yüz milyarlarca dolardan 1,9 trilyon doların üzerine çıktığı tahmin ediliyor. Tıp Enstitüsü, aşırı hizmetlerin tek başına sağlık hizmetleri maliyetlerine yılda 210 milyar dolar yük bindirdiğini ve bunun israf harcamalarının başlıca nedeni olduğunu bildirmektedir. Diğer analizler ise aşırı ve yanlış kullanımdan kaynaklanan kaçınılmaz maliyetlerin yılda yaklaşık 600 milyar dolar olduğunu tahmin etmektedir. Bu mali yük yalnızca sistemin tamamına değil, aynı zamanda bazı kemoterapi ilaçları gibi aşırı tedavilerden kaynaklanan “finansal toksisite” olarak adlandırılan durumu yaşayabilecek bireysel hastalara da yüklenmektedir.

Aşırı kullanımın sonuçları mali israfın çok ötesine kadar uzanmakta, aynı zamanda hasta güvenliği ve refahı için doğrudan bir tehdit oluşturmaktadır. Hastalar, aşırı ameliyatlara ve invaziv prosedürlere ilişkili komplikasyonlardan doğrudan zarar görme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin çalışmalar, spinal füzyon

ameliyatlarının yüzde 50'sinin ve diz protezlerinin yüzde 34'ünün aşırı olabileceğini ve her yıl enfeksiyon ve kan pıhtısı gibi binlerce önlenabilir komplikasyona yol açabileceğini göstermiştir. Hastalar ayrıca, yaklaşık 350 röntgene eş değer olabilen tekrarlanan BT taramalarından kaynaklanan radyasyon gibi aşırı risklere de maruz kalmaktadır. Bu maruziyet artan kanser oranlarıyla bağlantılıdır.

Ayrıca, aşırı kullanımın zararları arasında genellikle göz ardı edilen önemli psikolojik ve duygusal sonuçlar da yer almaktadır. Aşırı testlerin “kartopu etkisi”, rutin olarak yanlış pozitif sonuçlar üretir ve bu da hastalar üzerinde derin ve uzun süreli psikolojik etkilere yol açabilir ve bir dizi aşırı test ve invaziv prosedürü tetikleyebilir. En derin farkındalık, aşırı kullanımın finansal maliyetinin, hasta güvenliği ve halk sağlığı açısından çok daha derin bir krizin belirtisi olduğudur. Para sadece israf edilmez; hastalara aktif olarak zarar verebilecek bakıma harcanır. Bu sistemik başarısızlığın tehlikeli, nüfus düzeyinde dalgalanma etkileri vardır. Örneğin klinik olarak faydasız olan ve yıllık 1 milyar dolardan fazla maliyeti olan viral enfeksiyonlar için antibiyotiklerin aşırı kullanımı, antibiyotik direncinin gelişimini doğrudan körükler. Bu sadece kaynakların verimsiz kullanımı değildir. Toplum sağlığı için büyük bir tehdit oluşturan bu durum, ciddi enfeksiyonların tedavisini tüm toplum için daha zor ve pahalı hâle getirmektedir. Düşük değerli bakımın bireysel olarak uygulanması, toplum için geniş kapsamlı ve uzun vadeli olumsuz durumlarla sonuçlanır.

Dünyada ve Türkiye’de Durum

Tablo 1’de ABD’de yapılan çalışmalara göre aşırı hizmet kullanımının boyutları analizine ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Hangi ölçüte bakarsak bakalım, aşırı kullanımın var olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumun ortaya koyduğu kalite sorunlarına da işaret edilerek meselenin sadece ekonomik kayıplar ve zaman israfından ibaret olmadığına da dikkat çekilmektedir. Bu tür çalışmaların en yaygın yapıldığı ülke olması bakımından ABD’yi ilk olarak ele almak doğru yaklaşımdır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına ilişkin veriler ancak 2000’li yıllardan itibaren araştırma konusu yapılmaya başlamış ve aşırı kullanım verileri günden güne artışın olduğunu bize göstermiştir. Bunda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan kolaylık yanında, özel girişimcilerin bu

Tablo 1. ABD’de aşırı kullanımın ekonomik ve insani maliyetleri (Speer M. Et al. 2020)

Aşırı kullanımın insani ve ekonomik maliyetleri	Parasal maliyetler	Hastalara zararlar
Genel israf	Aşırı kullanım ve yanlış kullanımla ilgili olarak yılda 600 milyar dolarlık kaçınılabılır maliyet	Bütçeden sağlığa daha az pay ayrılmasının sonuçları
Aşırı hizmetler	Yılda 210 milyar dolar kayıp	Önlenabilir komplikasyonlara yol açma
İlaç kötüye kullanımı	Yılda 52,2 milyar dolar kayıp	Binlerce opioid’den aşırı doz ölümüne sebep olma
Antibiyotiklerin aşırı kullanımı	Yılda 1,1 milyar dolar kayıp	Viral enfeksiyonlara karşı etkisizdir; tehlikeli enfeksiyonlara neden olabilir.
Görüntüleme işlemlerinin tekrarları	Yılda 11,95 milyar dolara kadar çıkan kayıplar	BT taramalarından kaynaklanan aşırı radyasyon maruziyeti, artan kanser oranlarıyla bağlantılıdır.
Aşırı cerrahi işlemler	Yılda 75-100 milyar dolar kayıp	Omurga füzyon ameliyatlarının %50’sine kadar ve diz protezlerinin %34’ü aşırı olabilir ve bu da enfeksiyonlara, kan pıhtılarına ve kalp sorunlarına yol açabilir.

Tablo 2. 2023 Türkiye sağlık hizmeti kullanım istatistikleri

Gösterge	Değer / Miktar	Açıklamalar / Notlar
Poliklinik başvuru sayısı	~850 milyon	2023’te poliklinik başvuruları bu düzeye çıkarılmış; randevu bulamama, hastaların poliklinik yerine acile yönelmesinin bir nedeni olarak belirtiliyor.
Acil servis başvuru sayısı	~150 milyon +	2023’te hastanelerin acil servislerine yapılan başvuru sayısının 150 milyonu aştığı açıklanmış.
Kişi başına hekime müracaat sayısı (tüm sektörlerde)	~11,4	İkinci + üçüncü basamağı da içeren hekim başvuruları kapsamında; 2022’ye göre artış göstermiş.
Aile Hekimliği birinci basamak başvuruları	~416,8 milyon	2022’de ~332,9 milyon iken 2023’te ~416,8 milyon olmuş; birinci basamak hizmetlerine yönelme de artmış görünüyor.
Hastane (Sağlık Bakanlığı) başvuruları	~537,5 milyon	2022’de ~496,4 milyon iken 2023’te ~537,5 milyon; hastane hizmetlerine başvuru da yüksek.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2023

tarihten sonra yaptığı yatırım ve atılımların hizmet kullanımına yansımalarının da payı büyüktür. Nihayet endüstrinin sağlık hizmetini kullanmayı teşvik eden tutumu esas belirleyici olmaktadır. Devlet kuruluşlarının aşırı kullanımı da yine endüstrinin kazancı hanesine yazılmaktadır. Hizmet kullanımına ödenen paralardan ziyade, kullanılan malzeme ve cihazlar, ilaçlar burada kritik noktayı teşkil eder.

Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı için yüzlerce gösterge ileri sürülebilir. Ancak en iyi yansıtabilmesi açısından, diğer ülkelerle kıyaslama şeklinde antibiyotik kullanımı, antibiyotik/reçete oranı, kişi başına yılda doktora başvuru oranı, acil servis başvuru sayısı ve oranı, son 12 ayda hastane hizmetlerini kullanma oranı gibi göstergeler genellikle kullanılanlardır ve bunlar bize genel durum hakkında yeterli fikir verebilmektedir. Hemen hemen herkesin fikir birliği içinde

olduğu bir gerçek şudur: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı büyük boyuttadır. Bunun nedenleri çeşitlidir. Hizmetlerde verimsizlik ve etkili hizmet üretememe sorunları en önde gelen nedenleri oluşturmaktadır. Özellikle acil servislerin kullanımında, gereksiz başvuruların yüksek olduğu görülmekte, hastaların poliklinik düzeyinde çözülebilecek aile hekimliği ya da birinci basamak hizmetleri yerine acil hizmetlere başvurmaları sistem üzerinde büyük yük oluşturmaktadır. Kişi başına düşen yılda doktora müracaat sayısı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD, Organization for Economic Cooperation and Development) ortalamalarının çok üzerindedir. İlaç kullanımı ve reçetelerde aşırıya kaçma eğilimi vardır. Özellikle antibiyotik reçetelerinin yüksek olması ve kullanım miktarının OECD’ye kıyasla fazla olması dikkat çekmiş ve buna Sağlık Bakanlığı kısıtlama getirmiştir.

Yine de yüksek kullanım çözümleri tam kıvamına getirilememiştir, bu durum mikropların direnç geliştirmesi gibi sağlık açısından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Kent/kır yerleşimi, Batı-Doğu bölgesi yerleşimi, ekonomik düzey, eğitim düzeyi gibi değişkenler sağlık hizmetlerine başvuru biçimlerinde ve sıklığında belirleyici olduğundan, bu farklılıklar sistemin bütününde “verimsiz kullanım” ile “gereksiz kullanım” potansiyelini artırmaktadır.

Tablo 2’de Türkiye’nin 2023 yılı istatistiklerine dayanarak bazı göstergelere yer verilmiştir.

Polikliniklerde kapasitenin doygunluk noktasına gelmesi, acil servis başvurularının 150 milyonu aşması, kişi başına hekime yılda başvuru oranının 11,4 olması, aile hekimlerine de başvuruların giderek artması ve bu muayenelerin aslında tekerrür muayeneleri olması (Bu ifade Sağlık Bakanlığı toplantılarında dile getirilmektedir.), hastanelere başvuruların 550 milyona dayanması ve yılda yaklaşık 40 milyon artış göstermesi bize durumu anlatmaktadır.

Aşırı kullanım bizim ülkemizdeki kadar çok olmasa bile hemen her ülkede var olan ve acil çözüm bekleyen bir sorun olmaya devam etmektedir. Tablo 3’te seçilmiş bazı göstergeler ile dünyadaki durumu göz önüne serebiliriz.

Tablo 3’te görüldüğü gibi dünyada da hizmetlerin etkililiği ilkesi açısından durum parlak değildir. Tablodaki göstergelere bakıldığında kişi başı doktor görüşmesi tek başına kötü değildir; ancak birinci basamak triyajı ve kılavuz uyumu zayıf, gereksiz başvuru ve tetkiklerle aşırı kullanıma döner. Sezaryen ameliyatları tıbbi endikasyonla yaşam kurtarıcıdır; ancak birçok bölgede yüzde 10-15 eşliğinin belirgin üstüne çıkılması tıbbi gerekçe olmaksızın artışı düşündürür. Antibiyotik kullanımı, küresel tüketim artışı ve bölgesel yüksek DID değerleri, uygunsuz reçete ve direnç baskısı riskini güçlendirir. Görüntüleme sayıları (özellikle bel ağrısında klinik rehberler “rutin uygulamada görüntüleme yok” demesine rağmen, birçok ülkede yüksek oranlar rapor edilmektedir. Astım/KOAH/KKY/Diyabet yatış oranlarının yüksekliği, birinci basamakta önlenabilir boşlukları

Kaynakların sınırlı olduğu bir dünyada, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil kullanımı büyük önem taşır. Bu çerçevede, aşırı sağlık hizmeti kullanımı yalnızca hastalar için değil, tüm sistem ve toplum açısından ciddi sorunlar doğurmakta, sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri olan etkililik ilkesine doğrudan zarar vermektedir. Diğer iki temel ilke ise verimlilik ve adalettir.

ve hizmetin yanlış kapıdan alınmasını göstermekte ve kaçınılabılır yatışlar olarak ifade edilmektedir.

Tablo 3. Dünyada sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı-öne çıkan göstergeler

Gösterge (küresel/uluslararası)	2023’e en yakın değer	Aşırı kullanım yorumu / kıyas ölçütü	Kaynak
OECD’de kişi başı yıllık hekim görüşmesi	OECD ort.: ~6 (ülkeler arası ~3–15+ arası; Kore 15+ ile en yüksek)	Çok yüksek temas sıklığı, birinci basamakta gereksiz başvuruların olası göstergesi kabul edilir.	(www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report)
Sezaryen oranı (küresel)	~%21 (1990’da %7 → bugün ~%21; 2030’da ~%29 öngörü)	WHO “tıbben gerekçeli sezaryen” için yaklaşık %10–15 eşliğini referans alır; birçok bölgede bu eşğin üstü aşırı kullanım sinyali olarak ele alınır.	(www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access)
Antibiyotik tüketimi (67 ülke)	20.5 DDD/1000 kişi/gün (2016–2023’te %5,5 artış)	Geniş spektrum antibiyotiklerin yaygın kullanımı gereksiz reçete riskini artırır; bölgeler arasında büyük farklar vardır.	(www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2411919121)
Antibiyotik tüketimi (WHO 2022, 60 ülke)	Medyan 18,3 DID; Güneydoğu Asya 26,6 DID, Doğu Akdeniz 23,0 DID	Yüksek DID, uygunsuz kullanım ve direnç riskini artırır.	
“Düşük değerli bakım”ın (low-value care) harcamadaki payı (ABD örneğin, uluslararası literatürde sık referans)	~%10–20 (çeşitli sistematik incelemelere/dayalı tahmin)	“Net yararı olmayan” test/tedavilerin yaygınlığını gösterir; birçok ülkede benzer bulgular raporlanmaktadır.	(http://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776516)
Bel ağrısında gereksiz görüntüleme	Birçok ülkede %20+ hastaya görüntüleme; bazı LMIC çalışmaları %70’e varan aşırı BT kullanımı bildiriyor.	Kılavuzlar “komplike olmayan bel ağrısında rutin görüntüleme yok” diyor; yine de yaygın aşırı kullanım var.	(http://bjsm.bmj.com/cgi/content/full/54/11/642)
Kaçınılabılır hastane yatışları (OECD göstergesi)	Astım/KOAH/KKY/Diyabet için 100.000’de yaş-cinsiyete standardize oranlar (ülkelere göre geniş aralık)	Birinci basamak güçlü ise oranlar düşer; yüksek oranlar aşırı/yanlış kapı kullanımı ve birincil bakım zafiyeti göstergesi sayılır.	www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report

*DID: 1000 kişi başına bir günde düşen tanımlanmış günlük doz; **DDD Tanımlanmış günlük doz.

Bazı gelişmiş ülkeler ile Türkiye'ye benzeyen birkaç ülkenin (ABD, Almanya, Fransa, Japonya, İngiltere, Türkiye, Tayland, Brezilya, Güney Afrika Cumhuriyeti) birlikte ele alınıp bahsedilen dört gösterge ile karşılaştırılmış ve Tablo 4'te özetlenmiştir.

NOT: Referans eşiği değerleri:

- C/S: ≤ 15 iyi
- Antibiyotik: OECD ort. $\approx 15-18$ DID
- Hekim başvuru: OECD ort. ≈ 6
- Kaçınılabılır yatış: OECD ort. $\approx 70-90$ değerleri

Tablo 4'e bakıldığında Türkiye ve Brezilya'nın sezaryen oranlarında açık ara en yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir. Türkiye aynı zamanda hekim başvuru sıklığında da üst sıralardadır. Japonya düşük sezaryen oranlarına sahip olmasına rağmen hekim muayenesi başvurularında yüksek düzeyi ile dikkat çekmektedir. Güney Afrika Cumhuriyeti özel sektörde yüzde 75'e varan sezaryen ameliyatı oranı ile üst düzeye ulaşmış durumdadır ve kamu-özel farkının büyük olması göze çarpmaktadır. Fransa ve Birleşik Krallık C/S ve antibiyotik kullanımında görece yüksek değere ulaşmıştır ve Birleşik Krallık'ta sezaryen ameliyatı oranı artışı hızlıdır. Tayland'da kaçınılabılır yatışlar ve sezaryen ameliyatı oranı yüksektir ve birinci basamak zafiyeti var gibidir.

Aşırı Hizmet Kullanımını Önleme Yolları

Aşırı sağlık hizmeti kullanımını yok etmek (bu mümkün olmadığından azaltmak) için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Bu yaklaşım, hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları kapsamalıdır.

• **Eğitim ve Farkındalık:** Sağlık çalışanları, kanıta dayalı tıp ve güncel tedavi kılavuzları hakkında sürekli olarak eğitilmelidir. "Daha az daha iyidir (Less is more)" felsefesi yaygınlaştırılmalıdır. Hastalara yönelik bilgilendirici kampanyalar, onların sağlık okuryazarlığını artırarak doğru kararlar vermelerine yardımcı olabilir.

• **Klinik Rehberler ve Kılavuzlar:** Hekimlerin doğru kararlar vermesine yardımcı olacak, bilimsel verilere dayalı, şeffaf ve güncel klinik rehberler oluşturulmalı ve bu rehberlere uyum teşvik edilmelidir. Hızla elde edilen ve eskilerini yok eden tıbbi bilgi en güncel hâliyle hizmetlere uyarlanmalı ve her zaman en kuvvetli kanıtlara uygun hizmet verilmelidir.

• **Finansal Modellerin Değişimi:** Hizmet başına ödeme yerine, hasta sonuçlarına veya genel sağlık çıktısına dayalı ödeme modelleri teşvik edilmelidir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi yaklaşımına sağlığa özgü yaşam kalitesi anlayışı eklenmiş olmalıdır. Bu, nicelikten çok niteliği ödüllendirecektir. Bu motivasyon, sonunda bizim nihai hedeflerimizden birisi olan hastalığa değil sağlığa odaklı olmak ve hastalıktan değil sağlıktan kazanç sağlayan bir endüstri kurmak rüyamıza büyük ölçüde hizmet eden teşvik olacaktır.

• **Hasta-Hekim İletişiminin Güçlendirilmesi:** Hastaların soru ve endişelerini açıkça ifade edebilmeleri ve hekimlerin de tedavi seçeneklerini, riskleri, faydaları net bir şekilde açıklamaları sağlanmalıdır. Ortak karar

verme süreci, hasta ile hekimin birlikte en uygun tedavi planını belirlemesini sağlar ve hastanın tedaviye uyumunu güçlendirir.

• **Teknoloji ve Veri Kullanımı:** Elektronik sağlık kayıt sistemleri, hastaların tıbbi geçmişine hızlı ve doğru bir şekilde erişim sağlayarak aşırı tekrarlanan testleri önleyebilir. Veri analitiği, aşırı hizmet kullanımının en yaygın olduğu alanları belirlemeye yardımcı olabilir.

Sağlıkta Değer Nedir, Değer Temelli Sağlık Hizmeti Nedir?

Genellikle "Değer = Sağlık Sonuçları / Maliyet" şeklinde basit bir formülle özetlenir. Ancak bu formülün içinde olan her iki bileşen de birçok geniş kapsamlı kavram ve yaklaşımları barındırmaktadır. Değer temelli hizmet, hastalar için sağlık hizmeti kalitesini iyileştirme ve sorunları başlamadan önce önleme fikri etrafında şekillenirken, bir yandan da maliyetleri kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Önlemeye odaklanma; pahalı tıbbi testler, etkisiz ilaçlar ve aşırı prosedürleri ayıklamamıza katkı verecektir. Değere dayalı bir sistemde, hastaneler ve doktorlar gibi hizmet sunan odaklara "hizmet başına ücret" modeli yerine hasta sonuçlarına göre ödeme yapılır. Başka bir deyişle, sonucu, hastaların daha sağlıklı olmasına yardımcı olduğu sürece ücreti hak eder. Değer temelli hizmet reaktif değil proaktiftir. Sorunları ortaya çıkmadan önce önleyerek hastalar için sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirme yaklaşımını benimsemektedir. Pahalı tıbbi testleri, etkisiz ilaçları ve aşırı prosedürleri azaltmak için önlemeye odaklanma; değere dayalı hizmetin arkasındaki temel ilkedir. Böyle bir sistemde, sağlık hizmeti sunucularına "hizmet başına ücret" modeli yerine hasta sonuçlarına göre ödeme yapılır. Değer temelli hizmet, hastalar için sağlık hizmeti kalitesini iyileştirme ve sorunları başlamadan önce önleme fikri etrafında döner, entegre bir ekip yaklaşımını vurgular. Değere dayalı hizmetin faydaları, daha düşük maliyetler, daha yüksek hasta memnuniyeti, daha az tıbbi hata, daha iyi bilgilendirilmiş hastalardır.

Maliyet azaltma: Önleme ve iyileştirmeye odaklanarak, değere dayalı bakım, koşullar daha kolay yönetildiğinden veya kaçınıldığından, daha az tıbbi ziyaret, test ve prosedür ve daha uygun fiyatlı

Tablo 4. Aşırı kullanım için dört gösterge açısından seçilmiş ülkelerin durumu

Ülke	C/S (%)	Antibiyotik (DID)	Hekim başvuru / kişi	Kaçınılabılır yatış (100k'de)	Yorum
ABD	32,3	$\approx 11-12$	4,0	~ 140	C/S yüksek, yatışlar yüksek
Almanya	30,9	≈ 11	9,5	~ 90	Yüksek temas, C/S yüksek
Fransa	21,2	≈ 18	6,3	~ 80	Antibiyotik yüksek
Japonya	21	≈ 14	12,7	~ 50	Çok sık başvuru
Birleşik Krallık	38,9	≈ 18	5,0	~ 70	C/S çok yüksek
Türkiye	56,6	$\approx 42,7$	11,4	~ 160	Aşırı yüksek tüm göstergelerde
Tayland	40-41	≈ 20	2,3	~ 170	C/S ve yatışlar yüksek
Brezilya	≈ 56	≈ 22	2,9	~ 150	C/S çok yüksek
Güney Afrika	28,8 (kamu) / 75 (özel)	17,9	2,5	~ 180	Özelde aşırı C/S, yatışlar yüksek



ilaçlar gerektirdiğinden sonuçta daha az harcama ile sonuçlanır. Hastaneye yatışlar ve tıbbi acil durumlar azalır ve kronik hastalık yönetimine daha az para harcanır.

Daha fazla hasta memnuniyeti: Değere dayalı hizmet programları, nicelikten çok değere ve kronik hastalık yönetimi yerine önlemeye odaklanarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirir. Bu, daha yüksek bir hasta memnuniyeti ile sonuçlanır.

Tıbbi hataların azaltılması: Sağlık hizmetlerine değer temelli bir yaklaşım, genellikle etkisiz veya zararlı tedavilerin sonucu olan tıbbi hataların azaltılmasına yardımcı olur.

Bilgiye daha iyi erişim: Tek bir yerde paylaşılan veriler, hastaların daha iyi bilgilendirilmesine yardımcı olur ve daha az harcama yapıp önleyici tedbirler almalarını sağlar.

Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemini etkili bir şekilde yeniden şekillendirirken, gerçek anlamda sürdürülebilir bir gelecek kurabilmek için, öncelikle hizmete olan aşırı ve önlenebilir talebi azaltmak üzere çaba sarf edilmelidir. Bu,

bireysel sorumluluğa doğru kültürel bir değişimi ve dört temel sütuna dayanan proaktif bir sağlıklı yaşam anlayışını gerektirir: beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel/sosyal sağlık. Bu sütunlar izole kavramlar değildir; birbirine bağlı, sinerjik bir nedensellik ağı oluştururlar.

Sağlık Hizmetlerinin Aşırı Kullanımı ve Değer Temelli Sağlık Hizmeti İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı sonuçta sağlık harcamalarında israf, hasta güvenliği riskleri ve sistem kaynaklarının verimsiz kullanımı sorunlarını karşımıza getirmektedir. Bu sorunlar özellikle hekim kararlarının sorgulanmasına yol açan sağlık hizmetlerinde etkililik ve klinik rehberlerin ortaya çıkarılması ile; sağlık ekonomisi disiplininin ülkelerde izlenen politika ve sistem mantığı içine yerleşmesi ile irdelenmeye başlamış ve değişik çözüm önerileri uygulamaları küçük çaplı iyileştirmelerden öte geçememiştir. Son yıllarda değer temelli sağlık hizmeti denilerek bu iyileştirme çabaları genel bir formata oturtulmuş hâldedir. Değer temelli sağlık hizmeti denildiğinde kapsama, verilen hizmetin ne gibi sağlık sonucu doğurduğu öncelikle ele alınmakta, bunun yanında yapılan

Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemini etkili bir şekilde yeniden şekillendirirken, gerçek anlamda sürdürülebilir bir gelecek kurabilmek için, öncelikle hizmete olan aşırı ve önlenebilir talebi azaltmak üzere çaba sarf edilmelidir. Bu, bireysel sorumluluğa doğru kültürel bir değişimi ve dört temel sütuna dayanan proaktif bir sağlıklı yaşam anlayışını gerektirir: beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel/sosyal sağlık.

kapasite kullanımı israfı, zaman israfı, emek israfı, malzeme israfı konuları da dâhil edilerek en az atık, en az zaman, en az işlem algoritması ve en az emekle en çok sağlık çıktıyı elde etmenin yolları araştırılmaktadır. Bunun elde edilebilmesi için gereksiz işlemlerden kaçınma, kanıta dayalı uygulamalar, hasta odaklı bakım (akıbet ölçümü, memnuniyet) ve ödeme modellerinde hizmet hacmi değil sağlık akıbetini odağa almak gerekmektedir. Ülkemiz için ana hatlarıyla bir öneri paketi sunmak gerekirse aşağıdaki şekilde öneri getirmek doğru olacaktır: Bu öneri paketi aşağıda beş basamakla özetlenmektedir:

1. Ödeme ve teşvik sistemlerinin yeniden tasarlanması: Mevcut “hizmet hacmine dayalı” (fee-for-service) ödeme modeli, ne kadar çok işlem/test yapılırsa o kadar gelir yarattığı için aşırı kullanımı teşvik eden tabiatı vardır. Bu nedenle değer temelli ödeme, paket şeklinde ödemeler ve global bütçe ile sağlık hizmeti ödemeleri devam ettirilmelidir.

2. Klinik uygulama ve kılavuz uyumunun güçlendirilmesi: Kanıta dayalı olmayan işlemler, savunmacı tıp veya alışkanlık nedeniyle yapılabildiğinden, en akılcısı klinik rehberlere uyumun zorunlu hâle getirilmesidir. Tıpta hiçbir şey kesin olmadığından klinisyenin özerk karar alması halinde bunu çok iyi gerekçelendirmesi ve aylık/yıllık ortalamalarda rehberlerden sapış oranlarının belirli bir yüzdeyi geçmemesi sağlanmalıdır.

Ayrıca klinik karar destek sistemleri ile hekime anlık uyarılar, “Bu test gerekli değil!” gibi geri bildirimler yapılmalıdır. Düşük değerli hizmetlerin hekimlere ve halka duyuruları çok iyi yapılarak bu hizmetlere olan gereksiz taleplerin önüne geçilmelidir. Ancak, sunucunun kabarttığı talep şeklinde bu düşük değerli hizmetlere körükleme yapıyorsa bunun önüne geçmek kolay olmayacaktır. Halka sağlıkla ilgili korku ve endişe saçacak kitle iletişimlerinin önüne geçilmelidir.

3. İzleme, geri bildirim ve şeffaflık: Hekimler ve sağlık kuruluşları kendi kullanım oranlarını nadiren karşılaştırmalı olarak ele alır. Bu konuda eksiklik giderilmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır. Ulusal hizmet kullanım göstergeleri oluşturmak, performans panoları ile kuruluş ve hekim bazlı



geri bildirim vermek çözüm olabilir. Aşırı kullanım raporlarının kamuya açıklanması da sosyal baskı yoluyla azaltma yolunda bir çözüm olabilir.

4. Hasta ve toplum katılımının artırılması: Hastalar sık tetkik/test isteyebilmekte ve “çok hizmet = iyi hizmet” algısı ile talepte bulunmaktadır. Bunun önüne geçmek için sağlık okuryazarlığını artıran kampanyalar, ortak karar verme süreçlerinin oturtulması ve hasta memnuniyeti ölçütlerinin yalnızca “çok işlem yapılmasına” değil, “uygun ve güvenli bakım” üzerine kurulması gerekmektedir.

5. Hukuki ve mesleki ortamın düzenlenmesi: Savunmacı tıp yaklaşımı (dava açılır endişesi) gereksiz tetkikleri artırır. Tıbbi hata hukuku ve tazmin sistemlerinde reform (cezalandırıcı değil öğrenmeye dayalı yaklaşım) benimsenmeli; mesleki rehberlik ve sürekli eğitim ile hekimler desteklenmelidir.

Sağlık hizmetlerinin geleceği, sistemik reform ve bireysel sağlık arasında bir seçim değil, ikisinin bir sentezidir. Yüksek değerli bir sağlık sistemi, yalnızca ödeme modellerini verimliliği ve kaliteyi ödüllendirecek şekilde yeniden yapılandırmakla kalmayıp aynı zamanda her bireyin kendi sağlığının eş yöneticisi olma konusunda güçlendirildiği bir kültürü de teşvik eden bir sistemdir.

Bu politika araçları birlikte uygulanırsa aşırı kullanım azalacak, kaynak israfı önlenecek, kalite ve güvenlik artacak, değer temelli sağlık sistemi hedefine ulaşılacaktır.

Uygulama Engelleri

Değer temelli hizmet, aşırı kullanım paradoksuna bir çözüm sunarken, yaygın olarak benimsenmesi yolunda önemli engellerle karşı karşıyadır. Bu zorluklar aşılmaz değildir, ancak stratejik planlama ve değişime karşı direncin net bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Bu engellere de kısaca değinmek yararlı olacaktır.

Finansal belirsizlik: Değer temelli hizmete geçiş, teknoloji, veri analitiği ve bakım koordinasyon altyapısına önemli miktarda ön yatırım yapılmasını gerektirir. Bu yatırımların yatırım getirisi (YG) genellikle belirsiz ve uzun vadeli ve bu da sağlayıcılar için güçlü bir caydırıcı etken olmaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastaların direnci: Onlarca yıldır süregelen yerleşik fatura bazlı uygulamaları önemli bir atalete yol açmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları, nitel ölçümlerin anlamlı klinik sonuçları doğru bir şekilde yansıttığına ve gelirlerini etkileyebilecek yeni bir finansal modele genellikle karşı çıkarlar. Hastalar da bir zorluk teşkil eder çünkü genellikle proaktif, önleyici hizmete alışkın değillerdir ve sağlık okuryazarlıkları veya sisteme güvenleri sınırlıdır. Hasta olduklarında reaktif olarak hizmet aramaya başlarlar. Kendi sağlıklarında aktif katılımcılar olmalarını gerektiren bir modele karşı koyabilirler.

Veri entegrasyonu zorlukları: Sağlık kuruluşları, farklı elektronik sağlık kayıtları tutarsa, ayrı sistemlere dağılmış büyük miktarda hasta verisi ortaya çıkar. Bu birlikte çalışabilirlik eksikliği, bir hastanın sağlığının eksiksiz ve bütünlük bir resmini elde etmeyi zorlaştırarak hizmette boşluklara, eksik bilgilere ve tekrarlanan hizmetlere yol açar. Güçlü bir veri entegrasyonu olmadan, kuruluşların değer temelli hizmet programlarının sonuçlarını takip etmesi ve yatırım getirisini ölçmesi zorlaşır. Bu durum sürekli uygulama için liderlik desteğinin eksikliğine yol açabilir.

Stratejik Öneriler

Bu engellerin üstesinden gelmek için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Derin bir

psikolojik paradoksun devrede olduğunu kabul etmemiz gerekir. Tıbbi sonuçları iyileştirme ve maliyetleri düşürmedeki belgelenmiş başarılar olmasına rağmen, en çok fayda sağlanacak kısım hizmeti sunanlar ve hastalardır. Ama - genellikle en zor kısım burasıdır çünkü kökleşmiş alışkanlıkları ve finansal bağımlılığı değiştirmek çok zor olmaktadır. Bu sorunu çözmek için kişisel refah, profesyonel memnuniyeti ve daha tatmin edici bir hizmet sunucu-hasta ilişkisi kurmak gerekir. Bu açıdan değer tanımımızı açıkça ortaya koymaya odaklanılmalıdır. Bu odak noktaları neler olabilir?

Politika ve finansal teşvikler: Politika yapıcılar, değer temelli sağlık hizmetlerinin benimsenmesi için gereken teknolojik yatırımları sürdürmek için istikrarlı, uzun vadeli çerçeveler oluşturmalı ve sübvansiyonlar sağlamalıdır.

Teknolojik yatırım: Sağlık kuruluşları, farklı platformlardaki verileri birleştirebilen, sonuçları izleyebilen ve koordineli bakımı destekleyebilen sağlam, birlikte çalışabilir BT sistemlerine yatırım yapmalıdır. Veri analitiği ve raporlama araçları, hasta popülasyonlarını yönetmek ve yeni modelin finansal ve klinik faydalarını göstermek için çok önemlidir.

Eğitim ve katılım: Hem sunucuları hem de hastaları değer temelli sağlık hizmetlerinin faydaları ve önleyici bir zihniyetin önemi konusunda eğitmek kritik öneme sahiptir. Bu, yeni yetiştirilmekte olan sağlık insan gücünü uygunluk kriterleri konusunda eğitmeyi ve hastaların ortak karar alma ve eğitim yoluyla sağlıkları hakkında sorumluluk ve daha aktif rol almalarını sağlamayı gerektirir. Amaç reaktif, işlemsel bir modelden proaktif, iş birliğine dayalı bir paydaşlığa geçmektir.

Sağlık hizmetlerinin geleceği, sistemik reform ve bireysel sağlık arasında bir seçim değil, ikisinin bir sentezidir. Yüksek değerli bir sağlık sistemi, yalnızca ödeme modellerini verimliliği ve kaliteyi ödüllendirecek şekilde yeniden yapılandırmakla kalmayıp aynı zamanda her bireyin kendi sağlığının eş yöneticisi olma konusunda güçlendirildiği bir kültürü de teşvik eden bir sistemdir. Bu yazıda sağlık hizmet sisteminin en büyük sorunlarından birisi sayılan aşırı hizmet kullanımı sorunu ile 21. yüzyılda hem maliyet hem de klinik riskler açısından aşırı kullanım sorununa bir çözüm getiren değer temelli sağlık hizmetleri birbiriyle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

BMJ article. BMJ. 2023;390:r1923. <https://www.bmj.com/content/390/bmj.r1923> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Britney JM. The impact of value-based care on reducing healthcare costs: a focus on readmissions and ED visits. 2025 https://www.researchgate.net/publication/389988283_The_Impact_of_Value-Based_Care_on_Reducing_Healthcare_Costs_A_Focus_on_Readmissions_and_ED_Visits (Erişim Tarihi: 16.09.2025).

Burns M, Dyer MB, Bailit M. Reducing overuse and misuse. State Health and Value Strategies. Published 2014. <https://www.shvs.org> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Carroll AE. The high costs of unnecessary care. JAMA. 2017;318(18):1748-1749. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2662877> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

CDC – National Vital Statistics Reports. Centers for Disease Control and Prevention. 2025. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr74/nvsr74-1.pdf> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Destatis press release. Federal Statistical Office of Germany. 2023. https://www.destatis.de/en/press/2023/02/pe23_n009_231.html (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Drees report. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2024. <https://drees.solidarites-sante-gouv.fr/sites/default/files/2024-07/es24> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Health Affairs. When less is more: issues of overuse in health care. Health Affairs Forefront. Published April 25, 2014. <https://www.healthaffairs.org/forefront/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care.038> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Johns Hopkins University. In survey, doctors say unneeded medical care is common, driven by fear of malpractice. Published 2025. <https://research.jhu.edu/jhu/in-survey-doctors-say-unneeded-medical-care-is-common-driven-by-fear-of-malpractice/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Nassery N, Segal J, Chang E, Budes J. System overdose of healthcare service: a conceptual model. Appl Health Econ Health Policy. 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25193241/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

PMC article. PubMed Central. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1224236> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. JAMA. 2019;322(15):1501-1509. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2752664> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Speer M, McCullough JM, Fielding JE, Faustino E, Teutsch SM. Excess medical care spending: the categories, magnitude, and opportunity costs of wasteful spending in the United States. Am J Public Health. 2020;110(12):1743-1748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058700/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

UNICEF Thailand media. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/thailand/media/11311> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).