

# Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak Lancet'te yayımlanan makaleye yönelik haksız eleştiriler

**Prof. Dr. Osman E. Hayran**



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirme konusu zor ve tartışmalı bir konudur. Bu zorluk hem "sağlık sistemi" tanımından hem de "performans" tanımının zorluğundan kaynaklanmakta ve yapılan değerlendirmeler olarak bu tanımların nasıl olduğuna bağlı olarak değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bu konuyu 2000 yılındaki Dünya Sağlık Raporu'nun kapak konusu olarak ele alması bu alandaki güçlükleri aşmanın bir adımıdır.<sup>(1)</sup> Bu raporu izleyen yıllarda pek çok ülkede sağlık sistemleri performansını değerlendirme amaçlı çeşitli yaklaşımların, çerçevelerin ve kriterlerin geliştirildiği görülmektedir. Her ülke, kendi sağlık sisteminin başarısını tanımlamak, ölçmek ve yapılan ölçümleri hem başka ülkeler ile hem de kendi geçmiş ile kıyaslayarak nerede olduğunu ne kadar yol aldığını ya da alamadığını olabildiğince objektif kriterlere dayana-

rak görmek istemektedir. Gerek var olan kaynakların verimli ve etkin kullanımı, gerekse sağlık sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan politikaların belirlenmesi için, bu tür ölçüm ve değerlendirmeler önem taşımaktadır.

Örneğin, sağlık hizmetlerinin değişen demografik yapıyla uyumlu olacak şekilde yeniden nasıl düzenlenmesi gerektiği; parasal kaynakların her zaman sınırlı olduğunu dikkate alarak toplumdaki sağlık önceliklerinin nasıl belirlenmesi gerektiği; eşitsizliklerle mücadelenin nasıl yapılacağı; toplumdaki sağlıkla ilgili beklenti artışının karşılanması için neler yapılması gerektiği; hangi teknolojinin kullanımının daha uygun olduğuna nasıl karar verileceği; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi hizmetlerinin nasıl dengelenmesi gerektiği gibi sorulara doğru yanıtlar bulabilmenin yolu, sağlık sisteminin mevcut durumu ile performansının doğru değerlendirilme-

sinden geçmektedir. Değerlendirmenin en kısa ve basit yolu bazı istatistik göstergeler yardımıyla elde edilen sonuçları ölçmek ve izlemektir. Bu noktada hangi sonuçların ne tür göstergeler kullanılarak ölçülmesi gerektiği sorusu akla gelmekte ve bu sorunun yanıtı da ülkelerin özelliklerine göre farklılık göstermektedir.<sup>(2,3)</sup> Özellikle üst gelir düzeyindeki ülkelerin önemli bir kısmı ile bazı orta ve alt gelir düzeyindeki ülkelerin kendilerine özgü değerlendirme kriterleri kullandıkları ve bunların birbirinden farklı olduğu dikkati çekmektedir.<sup>(4)</sup>

Sağlıklı kıyaslamalar yapılabilmesi için kullanılan kriterlerin ortak olması gerekse de bir kısmının farklı olması kaçınılmazdır. Örneğin, Kanada'daki sistemde hastanelerdeki bazı tanı ve tedavi hizmetleri için bekleme sürelerini izlemek önemli iken, ABD'de hasta güvenliği ve hizmet maliyetlerini, Nijer'de ise ana-çocuk sağlığı göstergelerini izlemek doğal



Lancet'te yayımladıkları makaleye ilişkin olarak, görüşlerine her zaman değer verdiğim Prof. Dr. Hasan Yazıcı'nın getirdiği bazı haksız, ancak bilimsel kaygılar taşıyan eleştirilerden hareketle görüşlerimi belirtmek istiyorum.



olarak daha öncelikli olabilmektedir. Sağlık sistemlerinin hangi kriterlere ve göstergelere göre analiz edileceği, performans izleme ve değerlendirme esaslarının neler olacağı gibi konular ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte iyi bir performans değerlendirmesinin başlıca üç alanda yapılmasının zorunlu olduğu görülmektedir: hasta güvenliği ve memnuniyeti, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık harcamalarındaki değişimler.<sup>(5, 6)</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak Atun ve arkadaşlarının 2013 yılında Lancet'te yayınladıkları, ülkemizdeki sağlık sistemine ilişkin makaleyi bu bilgilerin ışığında değerlendirmekte yarar vardır.<sup>(7)</sup> Sunulan sistem analizi ve değerlendirmelerinde, literatürde bu amaçla sıkça kullanılan kriter ve göstergelere yer verilmiştir. Başlığı ile uyumlu olarak ülkemizdeki sistemin “kapsayıcılık” ve “hakkaniyet” boyutlarına odaklanan değerlendirmelerde, kullanılan çeşitli istatistik ve kriterler doğal olarak tek değil de bir arada yorumlandığı zaman anlam kazanmaktadır.

Bu değerlendirmelerdeki temel sıkıntı ülkemizde güvenilir bir sağlık enformasyon sisteminin son yıllarda kurulmaya başlanmış olması nedeniyle pek çok konuda geçmişe ilişkin güvenilir bilgi sağlanamamasıdır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1994 yılında kullanılmaya başlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması kodlarının 10. Versiyonu (ICD-10) Sağlıkta Dönüşüm Programı başladıktan sonra kullanılmaya başlanmış, ülkemiz sağlık sistemi bu kodların ilk 9 versiyon ile tanışma fırsatı bile bulamamıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık harcamalarının miktarı ve dağılımı, gibi sistem değerlendirmesi açısından önemli olan pek çok konuda rutin ve “güvenilir” veri toplanmaya başlanmasının geçmişi en fazla 15 ya da 20 yıldır. Ülkemizde bir yıl içerisinde gerçekleşen ölümlerin temel-ara-son nedenlerine ilişkin güvenilir veri toplanması ne yazık ki bugün bile mümkün olamamaktadır.

Tüm bu nedenlerle bugün gelinen noktaya hangi aşamalardan geçerek geldiğimizi iddialı bir biçimde ortaya koymak çok zordur. Lancet'teki makalenin yazarları bu zor işi yapma cesaretini göstermişler ve ülkemizin sağlık sisteminin performansını değerlendirme amaçlı, nitelikli ve sonraki çalışmalara da yol gösterici bir ürün ortaya koymuşlardır. Bu nedenle kendilerini takdir etmek gerekir. Tabii ki yapılan çalışmanın çeşitli eksiklikleri vardır, tıpkı incelenen sağlık sisteminin hala kusurlarının, zayıf yanlarının olması gibi. Ancak, bugün için yeryüzünde eleştirilemeyen, kusursuz, mükemmel bir sağlık sisteminin bulunmadığını ve böyle bir sisteme ulaşmanın teorik olarak mümkün olmadığını da akılda tutmak gerekir. Sağlık alanındaki bilgi, teknoloji ve uygulamaların çok hızlı değişmesi, hasta beklentilerinin sürekli artması, küreselleşmenin her alandaki etkileri nedeniyle, her sistemin kendi öznel koşulları içerisinde ve o zaman dilimi için değerlendirilmesi gerekmektedir. Tüm bu saptamalardan sonra, Lancet'te yayımladıkları makaleye ilişkin olarak, görüşlerine her zaman değer verdiğim Prof. Dr. Hasan Yazıcı'nın getirdiği bazı haksız, ancak bilimsel kaygılar taşıyan eleştirilerden<sup>(8)</sup> hareketle görüşlerimi belirtmek istiyorum.

### **Bilimsel bir yaklaşım olarak “yanlışlama” ve ikna edicilik**

Lancet'te yayımlanan makale Türkiye'de 2003-2013 yılları arasında gerçekleştiren Sağlıkta Dönüşüm Programını değerlendirme amaçlı bir “örnek olay” analizi ya da daha tıbbi bir deyişle “olgu sunumu” türünde bir çalışmadır. Sosyal bilimler ve sağlık bilimlerinde sıkça kullanılan bir araştırma türü olan “olgu sunum”ları genellikle tanımlayıcı amaçla yapılmaktadır. Neden-sonuç ilişkisi konusunda önemli ipuçlarına ulaşma imkânı sağlasalar bile iddialı bir ilişki ortaya koymaları beklenmez. Önemli olan olguyu ya da olayı en iyi tanımlayan bulgu ve gözlemleri sistematik bir şekilde analiz etmek ve

okuyucunun bilgisine sunmaktır. Sosyal bilimler alanındaki “olgu sunumu” çalışmaları sırasında, gerek olgunun seçilme biçimi ve nedenlerinin, gerekse yapılan gözlem, analiz ve yorumların yanlı olma olasılığının yüksek olabileceği gerçeğinden hareketle, bilimsel çalışmalarda göz önünde tutulması gereken ilkelerden birisi olan “yanlışlama” ilkesinin gözden kaçabileceği ve elde edilecek sonuçların araştırmacıların kendi önyargılarını “doğrulama” amacına hizmet etme olasılığının yüksek olabileceği çok tartışılan bir konudur. Ancak benzer tartışmalar, olasılıklı yöntemlerle seçilmiş evreni temsil gücü olan örneklerden elde edilen kantitatif araştırma sonuçları için de geçerlidir. Hatta iyi yapılması durumunda olgu sunumlarının “yanlışlama” konusunda diğerlerinden daha üstün olabileceği, bilgi üretmek ve öğrenmek için önemli fırsatlar sunabileceği bile öne sürülmektedir.<sup>(9)</sup> Bu arada, araştırmaları bilimsel yapan çok sayıdaki yaklaşımdan bir tanesi olan ve günümüzdeki egemen bilim anlayışının temelini oluşturan Popper'ci “yanlışlama”nın ne derece doğru ve geçerli olduğu da ayrı bir tartışma konusudur.<sup>(10)</sup> Ancak böyle bir tartışma bu yazının konusu olmadığından ayrıntılara girilmeyecektir.

Her bilimsel çalışma sonucunda ve makalede olduğu gibi, “olgu sunumu” veya “örnek olay” analizi türündeki çalışmaların sonucunu sunan makalelerde de yazar(lar)ın aradıkları gerçekler, gözledikleri durumlar, dikkatlerini çeken ilişkiler vardır ve sundukları bulguların, yaptıkları değerlendirmelerin, tartışma ve yorumların ışığında okuyucuyu ikna etmeleri beklenir. Başka bir deyişle her makale, dayandığı araştırmanın türü ne olursa olsun, bilimsel yöntem açısından doğru, konuyu ele alış açısından ön yargısız olmak, ancak, sonuçları açısından okuyucuyu ikna etme amacını taşımak zorundadır. Lancet'te yayımlanan makale ile yapılmak istenilen de budur. Yazarlar arasında, sunulan olguya, ya da örnek olaya başından sonuna kadar





Lancet yazarları ölüm hızlarını yıllara göre vermişler ve ölüm hızlarındaki azalmaları SDP'nin başarısı olarak yorumlamışlardır. Yazıcı ise, bu ölümlerdeki SDP öncesi görülen azalma hızının program sonrası dönemde yavaşladığını kendi yöntemi ile gösterip yorumlayarak yazarların tersine bir sonuca varmıştır. Bu tür hızlardaki değişimler hesaplanırken belirli zaman aralıklarındaki toplam değişim miktarını Yazıcı'nın yaptığı gibi zaman birimine bölerek hesaplamak yani "mutlak değişim"i bulmak doğru değildir.

Tablo: Yıllara göre <5 yaş, bebek ve yeni doğan ölümlerinde değişim

	<5 yaş † (azalma %)		Bebek† (azalma %)		Yeni doğan † (azalma %)	
1990	102	-	76	-	41	-
1995	74	(27.5)	58	(23.7)	33	(19.5)
2000	52	(29.7)	42	(27.6)	26	(21.2)
2005	31	(40.4)	26	(38.1)	17	(34.6)
2010	20	(35.8)	18	(30.8)	12	(29.4)
2012	18		16		11	

†: Ölüm hızı (bin canlı doğumda)

dahil olmuş olan kişilerin bulunması da çok normal hatta gereklidir, çünkü, bir çalışmayı en iyi sunabilecek olanlar onu yapanlar, katkıda bulunanlardır. Bunu ilgi çatışması olarak görmek, bir anlamda tüm araştırma sonuçlarını araştırmada yer almayan kişilere analiz ettirmek ve yazdırmak gibi bilim ahlakına aykırı bir sonuca yol açar.

### Çocuk/bebek/yenidoğan ölümlerindeki azalmanın ölçülmesi ve yorumu

Yazarlar, Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) başardığı sonuçların göstergeleri arasında 5 yaş altı çocuk, bebek ve

yenidoğan ölümlerindeki değişime yer vermişlerdir. Toplumun sağlık hizmetleri sunumuna en duyarlı kesimi olması nedeniyle uluslararası değerlendirmelerde de sıklıkla kullanılan bu göstergelerdeki değişimlerin, sağlık sistemi dışında pek çok değişkenle ilişkili olması konusu bir yana bırakıldığında bile, nasıl analiz edilmesi ve yorumlanması gerektiği konuları tartışmalı yöntem sorunlarına neden olmaktadır. Yazarlar ölüm hızlarını yıllara göre vermişler ve ölüm hızlarındaki azalmaları SDP'nin başarısı olarak yorumlamışlardır. Yazıcı ise, bu ölümlerdeki SDP öncesi görülen azalma hızının program sonrası dönemde yavaşladığını kendi yöntemi ile gösterip

yorumlayarak, yazarların tersine bir sonuca varmıştır.<sup>(6)</sup> Burada iki nokta üzerinde durmak gereklidir.

Birincisi, Yazıcı'nın hesaplama yöntemi-ne ilişkindir. Bu tür hızlardaki değişimler hesaplanırken belirli zaman aralıklarındaki toplam değişim miktarını Yazıcı'nın yaptığı gibi zaman birimine bölerek hesaplamak yani "mutlak değişim"i bulmak doğru değildir. Onun yerine, her zaman birimi için "görelî değişim"i, yani bir önceki hesap dönemine göre ne kadar bir oranda değişim olduğunu bulmak gerekir. Bu durumda da 2000 yılından sonra ölüm hızlarındaki azalmanın hızlandığı, son dönemde yavaşlarsa bile hala 2000 öncesine göre daha yüksek bir hızla azalmaya devam ettiği görülecektir. Tabloda parantez içerisinde verilen değerler, ölüm hızlarının bir önceki döneme göre değişimini göstermektedir.

Bu durumu daha anlaşılır kılmak için şöyle bir örnek de verebiliriz: Örneğin, hayali bir ülkede altı eşit zaman diliminde ölçülen hızlar sırasıyla 128, 64, 32, 16, 8, 4, 2 şeklinde olsaydı, birbirini izleyen her zaman diliminde hızlar %50 azalma gösterdiği halde, Yazıcı'nın hesaplama yöntemine göre ilk üç zaman dilimi için

hızdaki mutlak azalma zaman dilimi başına= (128-16)/3=37,3; ikinci üç zaman dilimi için ise (16-2)/3=4,7 bulunacak ve "ilk üç zaman diliminde dönem başına %37,3 olan azalma olurken ikinci üç zaman diliminde %4,7 olmuştur" gibi çok hatalı bir yoruma neden olacak idi.

Üzerinde durulması gereken ikinci önemli nokta ise, çocuk/bebek/yenidoğan ölüm hızlarındaki azalma hızının yavaşlamış olmasını, sağlık sistemi adına olumsuz bir sonuç saymanın doğru olup olmadığıdır. Bu yavaşlamayı sistem adına olumsuzluk saymak bir yana, sadece bu ölümlerin trendi açısından bile olumsuzluk saymak mümkün değildir. Çünkü ölüm hızlarındaki azalma hızının yavaşlaması hatta bir süre sonra, -örneğin sıfıra indiğinde eksi olamayacağına göre- duraklaması kaçınılmazdır. Bu nedenle zaman içerisinde bebek ölüm hızlarındaki değişim yorumlanırken söz konusu olabilecek azalma hızının doğrusal bir azalma mı, yoksa eğrisel, giderek artan ya da azalan bir azalma olarak mı ele alınması gerektiği konusu çok tartışmalı bir konu olup net bir yanıtı bulunmamaktadır. Konuyla ilgili olarak 18 gelişmiş ülkede, yirminci yüzyıl boyunca saptanan bebek ölümlerindeki değişimin incelendiği bir çalışmada, bebek ölüm hızlarındaki azalma hızı önce doğrusal olarak ele alınıp analiz edilmiş, daha sonra da başlangıçtaki bebek ölüm hızı yüksek olan ülkelerin daha hızlı, başlangıç hızı düşük olanların ise daha yavaş düşürebileceği varsayılarak analizler yapılmış, ancak, bebek ölüm hızlarındaki azalma trendlerinin ne doğrusal ne de eğrisel olarak bir modele dayandırılmayacağı anlaşılmıştır.<sup>(11)</sup> Gene bu konu ile ilgili bir başka çalışmada, bebek ölüm hızları konusunda güvenilir verileri olan 24 ülkenin 1950-2006 yılları arasındaki bebek ölüm hızlarının zaman içerisinde nasıl bir değişim gösterdikleri incelenmiş ve tüm ülkelerdeki bebek ölüm hızlarının sürekli olarak azaldığı saptanmıştır. Saptanan azalma hızlarının, farklı istatistiksel yöntemlerle analizi yapıldığında, ülke sıralamasında farklılıklar ortaya çıkmakla birlikte, her durumda bebek ölüm hızlarındaki azalmanın başlangıç hızı yüksek olan ülkelerde daha hızlı, başlangıç hızı düşük olan görece gelişmiş ülkelerde daha yavaş olduğu görülmüştür. Örneğin, yapılan bir sıralamaya göre, bebek hızını en hızlı düşüren ülkelerin Slovakya, Portekiz, Bulgaristan, Macaristan ve İspanya, en yavaş düşürenlerin ise sağlık sistemleri daha gelişmiş olan İsveç, Avustralya, Hollanda, İzlanda ve Norveç olduğu görülmüştür.<sup>(12)</sup> Yani bebek ölüm hızlarındaki değişimin sistem performansının bir göstergesi olarak kullanılması durumunda bile, zaman içerisinde gözlenen azalmanın artan bir hızla değil, azalan bir hızla gerçekleşmesini beklemek daha gerçekçidir. Bu noktada hızlardaki azalmanın, farklı

zaman dilimlerindeki hızlar arasındaki farkların ifadesi olan "mutlak" azalma yerine, "görelî" azalma, yani hızların bir önceki zaman dilimine göre ne oranda azaldığı şeklinde hesaplanmış olması gerektiğini bir kez daha vurgulamak gerekir.

Bebek ölümleri toplumların sağlık düzeyini gösteren en duyarlı gösterge olmakla birlikte bu hızların azalma hızını etkileyen ve sistemlerin başarısından bağımsız olan pek çok etken bulunmaktadır. Örneğin, İngiltere'de 19. Yüzyıla ait güvenilir istatistiklere göre enfeksiyon hastalıklarına bağlı çocuk ölümlerinde gözlenen hızlı azalma aşılamanın bilinmediği, antibiyotiklerin henüz keşfedilmediği bir dönemde gerçekleşmiştir<sup>(13)</sup> Sanayi devrimi ve hızlı kentleşmenin yaşandığı bir dönemde ortaya çıkan bu sonucu sağlık sistemindeki gelişmeler ile açıklamak mümkün değildir.

### Toplum ve hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti ölçümleri, sağlık kuruluşlarının özelliklerine ve ölçümlerin yapıldığı yere (poliklinik, servis, ameliyathane, laboratuvar, acil servis, diyaliz ünitesi, evde bakım, gibi) bağlı olarak farklılık gösterebildiğinden her sağlık kuruluşu için, hedeflenen hasta grubuna uygun soru formları kullanılarak ve o gruba temsil etme yeteneği olan, uygun örnekleme yöntemleriyle seçilmiş bir gruptan veri toplanması şeklinde yürütülmelidir. Ancak, bu tür ayrıntılı ölçümlerlerin tüm ülkedeki sağlık kurum ve kuruluşlarının temsil edecek şekilde yapılmasının ne derece gerçekçi ve mümkün olabileceği de işin bir başka yönüdür. Bu nedenle Lancet'teki makalede, tıpkı başka ülkeler için de yapıldığı gibi, sağlık hizmetlerinden olan "genel memnuniyet" in sunulmuş olmasını normal karşılamak gerekir. Bu tür memnuniyet ölçümleri ülkemizde belirli aralıklarla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmakta ve tabii ki uygun, yani, olasılıklı örnekleme yöntemleri ile seçilmiş, evreni temsil eden örneklerden veri toplanmaktadır.

### Acil servislere başvuru artışı

Sağlıkta Dönüşüm Programı sırasındaki bazı uygulamalar sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmıştır. Bu talep artışının ne kadarının gerçek talep, ne kadarının ise sağlık sektörüne özgü "arz tarafından oluşturulan talep" olduğu tartışılabilir. Acil servise olan başvuruların sayısının yılda 90 milyonun üzerine çıkmış olması, -ki Yazıcı'dan başka yazarların da dile getirdiği eleştirilerden birisidir(14)- buna ek olarak 1996 yılında 2,4 olan kişi başına hekime başvuru sayısının 2010 yılında 7-8'e çıkmış olmasının olası nedenlerini çeşitli şekillerde açıklamak mümkündür.

Bu artışlar, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetimindeki yetersizliklerden kaynaklanabileceği gibi, "arz tarafından oluşturulan talep" artışına yani hizmetlerin sunum biçimlerinden kaynaklanan nedenlerle gereksiz yere aşırı kullanımına da bağlı olabilir. Sağlık sektöründe iyi profesyonel yönetici eksikliği ve yönetim sorunlarının varlığı bir gerçektir. Öte yandan, hastanelerde olan doğumlardaki sezaryen oranlarının alınan önlemlere rağmen hala çok yüksek seyrediyor olması, personele getirilen performans kriterleri nedeniyle bazı hizmetlerin öncelik ve ağırlık kazanmış olması gibi bazı bulgular, hizmet sunumunda verimlilik sorunu olduğuna işaret etmektedir. Başvurulardaki artış için yapılabilecek bir başka açıklama ise, daha önce hizmete ihtiyacı olduğu halde çeşitli engeller nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamayan insanların yeni düzenlemeler sayesinde artık rahatlıkla ulaşabiliyor olmasıdır. Nitekim sağlık güvencesi kapsamının genişletilmiş olması, hastane ve aile sağlığı merkezlerinin sayısının artmış olması, sevk zincirinin kaldırılmış olması, kamu sigortalılarının özel sektörden de hizmet alabilmesinin sağlanmış olması, şeklindeki uygulamalar sağlık hizmetlerine ulaşımı çok kolaylaştırmıştır. Bugün için ulaşılan hekime başvuru sayısı OECD ülkeleri ortalamasına yakın bir ortalamadır ve bizim insanımızın onlardan daha sağlıklı olmasını beklemediğimiz sürece bu ortalamayı normal kabul etmek gerekir. Sistemin henüz dönüşüm sürecini tamamlamamış olması nedeniyle, artan başvuruların asıl yapılması gereken birinci basamak sağlık örgütlerine değil de ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşlarına ve acil servislere yapılıyor olması ise mutlaka düzeltilmesi gereken önemli bir sorundur.

Bu konuda eleştirilmesi gereken bir başka nokta, artan hizmet talebini karşılamak amacıyla hekim ve sağlık personeli sayısında yeterli artışın sağlanamamış olması, çalışan koşullarının artan iş yüküne dayanılabilecek şekilde düzenlenmesinde geri kalmış olmasıdır. Ağırlıklı olarak talep cephesinin önceliklerini dikkate alan düzenlemeler ve bunların doğal sonucu olan başvuru artışı, bir yandan sağlık harcamalarının hızla artmasına, bir yandan da sağlık kuruluşlarında hizmet sunucuların görelî olarak yetersiz kalmasına, sonuç olarak da iş doyumsuzluğuna, hizmeti alanlarla sunanlar arasında şiddetle sonlanabilen tartışmalara neden olabilecektir ve olmaktadır. Acil hizmetlerin etkin yönetimi, basamaklar arası sevk zinciri kurulması ile bu başvuru artışını kontrol altına almak, yönetmek mümkündür ve gereklidir.

Her sağlık sistemini eleştirmek mümkündür. Dünyanın hiçbir ülkesinde



mükemmel bir sağlık sistemi olduğundan söz edilemez. Nitekim bu gerçek nedeniyle bir yanda pazar ekonomisinin mucidi ABD olmak üzere sanayileşmiş ülkeler, diğer yanda 70 yıllık sosyalist devletçi tecrübesini terk eden eski Sovyet cumhuriyetleri yıllardır sağlık sistemlerini reforme etmeye, dönüştürmeye çalışmaktadırlar. İnsanların yaşam koşulları değiştikçe, tıp alanında yeni teknolojiler ve bilgiler devreye girdikçe, toplumların demografik yapıları ve epidemiyolojik gerçekleri değiştikçe sağlık politika ve sistemleri de değişmeye devam edecektir. Bu anlamda sağlık alanındaki bu reform, dönüşüm, adına ne denirse densin, yenilenme arayışları kesintisiz sürecektir. Teorik olarak “uzmanlar” açısından en ideal sistem bile kurulsa mutlaka bunu eksik bulan başka uzmanlar çıkacak, aldığı hizmetten memnun kalmayan hastalar her zaman bulunacaktır. Bu da değişim ve gelişim adına iyi bir şeydir.

#### Kaynaklar

- 1) WHO. *The World health report 2000: health systems: improving performance*, Geneva, 2000.
- 2) WHO. *Health system performance assessment: a tool for health governance in the 21st century*. WHO\_EURO, 2012.
- 3) WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO, 2010, Geneva.
- 4) Tashobya CK, Silveira AC, Ssengooba F, Nabyonga-Orem J, Macq J, Criel B. *Health systems performance assessment in low-income*

*countries: learning from international experiences. Globalization and Health 2014, 10:5.*

5) Berwick D et al. *The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-769.*

6) American College of Physicians. *The Role of Performance Assessment in a Reformed Health Care System. Philadelphia: American College of Physicians; 2011: Policy Paper.*

7) Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet. 2013;382:65-99.*

8) Yazıcı Hasan, *Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma makalesi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 30. sayı, sayfa:10-13*

9) Flyvbjerg B. *Five Misunderstandings About Case-Study Research. Qualitative Inquiry, 2006; 12 (2): 219-245.*

10) Feyerabend P.K. *Yönteme Hayır: Bir anarşist bilgi kuramının ana hatları. (Çeviren: Ahmet İnam) 2. Baskı. Ara Yayıncılık, İstanbul, 1991.*

11) Bishai D, Opuni M. *Are infant mortality rate declines exponential? The general pattern of 20th century infant mortality rate decline Population Health Metrics 2009, 7:13 doi:10.1186/1478-7954-7-13.*

12) Caporale GM, Gil-Alana LA. *Infant Mortality Rates: Time Trends and Fractional Integration. Economics and Finance Working Paper Series Working Paper No. 11-06, Brunel University, 2011.*

13) Hannay DR. *Lecture Notes on Medical Sociology. Blackwell Scientific Publications, 1988: 36.*

14) Pala K. *Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet. 2014; 383:28.*

Her sağlık sistemini eleştirmek mümkündür. Dünyanın hiçbir ülkesinde mükemmel bir sağlık sistemi olduğundan söz edilemez. Bu anlamda sağlık alanındaki bu reform, dönüşüm, adına ne denirse densin, yenilenme arayışları kesintisiz sürecektir. Teorik olarak “uzmanlar” açısından en ideal sistem bile kurulsa mutlaka bunu eksik bulan başka uzmanlar çıkacak, aldığı hizmetten memnun kalmayan hastalar her zaman bulunacaktır. Bu da değişim ve gelişim adına iyi bir şeydir.