

Aşırı sağlık kullanımı: Nedenleri ve çözüm önerileri

Prof. Dr. H. Erdal Akalın



1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. ABD'de Illinois Üniversitesi Hastanesi'nde (Chicago), İç Hastalıkları (1971-1974) ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlık Eğitimlerini (1974-1976) tamamladı. 1976 yılında çalışmaya başladığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1994 yılına dek Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi Kurucu Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığının da aralarında olduğu görevlerde bulundu. 1980 yılında doçent, 1988 yılında da profesör oldu. 1994-2007 arasında bir ilaç şirketinde medikal danışman ve genel müdür yardımcısı olarak, 2007-2009 arasında ise Acıbadem Üniversitesi Rektör Yardımcısı olarak görev yaptı. Çalışma alanları antibiyotik kullanımı, direnç mekanizmaları, hastane enfeksiyonları, sürekli tıp eğitimi, sağlık ekonomisi, sağlık politikaları, sağlıkta kalite ve hasta güvenliğidir. 2008-2010 arasında Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yapan Dr. Akalın, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Herkesin bildiği gibi, sağlık hizmetinin ana hedefleri hizmete ulaşılabilirlik (access), kalite (quality) ve maliyet (cost) konularında en iyiyi yakalamaktır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunulan toplumun bu hizmete optimal düzeyde ve zamanda ulaşabilmesi, verilen sağlık hizmetinin belli bir kalitede olması (kanıta-dayalı klinik uygulamalarla belirlenmiş indikatörleri tutturabilme) ve bu uygulamalardaki harcamaların verimli bir şekilde yapılmış olması istenir. Bu üç adımdan her hangi birisindeki aksaklık veya eksiklik tüm sağlık sistemini etkiler. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı "hizmeti ulaşılabilirliği" öncelik olarak belirlemiştir, kanımca. Kalite iyileştirme, programda yer almasına rağmen önemli klinik çıktılarının belirlenmemiş olması, şeffaf olmaması gibi nedenlerle değerlendirilememektedir. Sağlık harcamalarında verimlilik yerine kısıtlama, ekonomik yaklaşım olarak ön plana çıkmıştır. İsrar konusu daha yeni yeni gündeme gelmektedir.

Yapılan pek çok çalışmada Türkiye'de kişi başına sağlık hizmeti başvurusunun Avrupa ülkeleri ve Amerika, Kanada, Avustralya gibi ülkelerin oldukça üstünde olduğu görülmüştür. Yeni yayınlanan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştır-

ması" raporuna göre, son 12 ay içinde hastane hizmetlerini kullanma oranı Türkiye'de %81 iken bu oran Avrupa Birliği üyesi 8 ülkede %27'dir. Bir yıl içinde üç veya daha fazla doktora başvurma oranı bizde %52,7, Avrupa ülkelerinde ise %40,4'dir. Acil servise başvuru oranı Türkiye'de %52,7, Avrupa ülkelerinde %26,6 bulunmuştur. Bütün bu veriler ve buraya koymadığım diğer çalışmaların sonuçları Türkiye'de sağlık hizmeti talebinin çok arttığını göstermektedir.

Aşırı sağlık talebinin sonucu, sağlık hizmetinin aşırı kullanımı (overuse) olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşırı kullanımın nedenlerine bakınca önemli bazı faktörler ön plana çıkmaktadır. Bunlar arasında en önemlileri; hizmet-bazlı ödeme sistemi (bizdeki performans/hak ediş sistemi), defansif tıp uygulamaları, hasta isteklerinin karşılanmaya çalışılması, kanıta dayalı klinik uygulamaların göz ardı edilmesi ve bunlara uyulmamasıdır. Grossman'ın "talep" modeline göre, kişileri ve hekimleri, sağlık hizmeti talebini karşılama ve kullanımını şekillendirmede etkileyen faktörler şunlardır:

1. Kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek gibi),
2. Çevresel ve dış faktörler (fiziki şartlar, ekonomik düzey, sosyal ve kültürel faktörler),

3. Sağlık hizmeti ile ilgili kaynaklara bağlı faktörler (ulaşılabilirlik, sunulan hizmetler ve yaygınlığı, talebin kolay ve sorgulanmadan karşılanması),
4. Ödeme ile ilgili faktörler (özel sigorta, ulusal sağlık sigortası, cepten ödeme oranı).

Yaşamın erken ve geç dönemlerinde sağlık hizmeti talebi artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça talep azalmaktadır. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" raporuna göre toplumumuzun %64,6'sı yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir. Hastanın sağlık hizmeti almak için bir bedel ödemesi veya katkıda bulunması gerekiyorsa bu talebi azaltmaktadır. Ancak bu durumda da kişi daha ciddi sorunlarla sağlık sistemine başvurmaktadır. Özellikle özel sigortanın ağırlıklı olduğu sağlık sistemlerinde bu çok rastlanılan bir bulgudur. Özel sigortaların daha hâkim olduğu sistemlerde talep daha az iken, geniş kapsamlı universal ulusal sigorta sistemlerinde talep belirgin bir şekilde artmaktadır. Gittikçe artan kronik hastalıklı sayısı da sağlık hizmeti kullanımını arttırmaktadır.

Sağlık hizmeti kullanım talebinin artışı sağlık sisteminin aşırı kullanımına da neden olmaktadır. Aşırı kullanım (overuse); verilen sağlık hizmetinin risklerinin yararlarından fazla olduğu

durum olarak tanımlanmaktadır. Sonuçta gereksiz kullanılan ilaçlar, yapılan testler ve girişimler hastalara yarar sağlamamakta, onları gereksiz risklerle karşı karşıya getirmektedir. Çoğu hastaya gereksiz ve/veya yanlış sağlık hizmeti (misuse) uygulanmaktadır. Artan talepler karşılanamayacak hale geldiği zaman da gerekli sağlık hizmetini alması gereken hastalara hizmet vermekte zorluklarla karşılaşmaktadır (underuse). Gereken tetkikler yapılamamakta, doğru tanı konamamakta, tedavi için gerekli cerrahi girişimler gecikebilmektedir. Sonuç olarak demografik yönden sıkıntılar azalmayacak, artacaktır. Yaşam farklılıkları, çevre şartları, daha uzun yaşam kronik hastalıkların ve sorunların artmasına, sağlık hizmeti kullanımının da daha fazla ihtiyaç duyulan bir uygulama olmasına neden olacaktır. Önümüzdeki dönemin en önemli sağlık sorunlarının obesite, diabetes ve demans olacağını da düşünürsek, istenilen hizmetinin artmasının yanı sıra farklı olması da gerekecektir.

Ne yapılmalı?

Verilmekte olan sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için öncelikle hasta-doktor iletişiminin, daha sonra da sağlık çalışanı-doktor, hasta-sağlık çalışanı iletişiminin iyileştirilmesi şarttır. Bugün kontrol hastalarına 15 dakika ayıran ülkelerin sağlık politikacıları bile, bu sürenin yetersiz olduğunu söylemektedirler. Bizde yeni hastalara bile 15 dakika ayrılması mümkün görülmemektedir. En önemli konu önceliğin değiştirilmesidir, yani ulaşılabilirlikten kaliteye dönme zamanı gelmiştir.

Toplumun genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, genel eğitim düzeyine paralel olduğunu unutmamalıyız. Bu eğitim doktordan başlamalıdır. Tüm dünyada hastalar ve toplum sağlık ile bilgi almada en çok doktora güvenmektedir. Bunu yapabilmek için de doktorun hasta ile geçirebileceği yeterli zamanı olmalıdır. Toplum hastalıktan korunmayı, önleyici tedbirleri kullanmalarını ön plana alan bir "kendi sağlığını yönetme" yaklaşımı getirilmelidir. Özellikle kronik hastalıkların önemli bir kısmı yaşam şeklinin değiştirilmesi ile önlenmektedir. Hekim ve sağlık çalışanlarına iletişim, eğitici, liderlik, hasta güvenliği, kalite iyileştirme konularında daha ciddi eğitim verilmelidir.

Bütün bunlara rağmen geleceğin sağlık hizmeti kullanımını optimal hale getirebilmek için sistematik bir yaklaşıma girmek gerekmektedir. Yapılması gereken değişiklikler ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Birinci basamak hizmetlerinin (aile hekimliği) güçlendirilmesi ve uzmanlık dalları ve hastaneler ile entegre edilmesi: Kronik hastalıkların yönetimi de içinde olmak üzere, koordinasyonun iyi eğitilmiş aile hekimleri veya genel iç hastalıkları uzmanlarına verilip, diğer uzmanlık alanları ve hastaneler ile entegrasyonun kurulması sağlanmalıdır. Sevk zinciri, evde bakım, elektronik hasta kaydı, tele-tıp uygulamaları alt yapıları hızla geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

2. Toplumun her üyesinin kendi sağlığından sorumlu olması ve yönetmesi: Daha uzun yaşayan toplum ve onun getireceği sağlık sorunlarının büyük bir bölümü sürekli. Bu nedenle kişinin kendi sağlık sorumluluğunu yüklenmesi ve yönetmesi kaçınılmaz olacaktır. Kronik hastalık yönetiminde, hipertansiyon, diabetes gibi, bu uygulamalar başlamıştır. Yaygınlaştırılması için hasta ve toplum eğitimine ağırlık verilmesi ve sağlık okuryazarlığı konusunun öncelikler arasına alınması gerekmektedir.

3. Hastanelerin sorumlulukları ve hesap verebilirlikleri: Hastanelerin verdikleri sağlık hizmetinin, kalitesine göre değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Öncelikle kalite göstergeleri belirlenmeli ve her hastane bu göstergeler göre hesap verebilir hale getirilmelidir. Geri ödeme sistemleri de bu değerlendirmelere göre "değer-bazlı" (value-based) olarak yeniden gözden geçirilmeli, "sayı-bazlı" (volume-based) geri ödemedenden vazgeçilmelidir.

4. Kanıta-dayalı klinik uygulamaların yaygınlaştırılması: Yapılan çalışmaların çoğu hekimlerin kanıta-dayalı klinik uygulamaları tam olarak uygulamadığını göstermektedir. Ülkemizde rehberlere uyum oldukça düşüktür. Tüm dünyada bu uygulamaların klinik sonuçları iyileştirdiği, hasta güvenliğini arttırdığı, sağlık harcamalarını azalttığını göstermiştir. Kanıta-dayalı klinik uygulamalar, belirli göstergeler ile izlenmeli, hekim ve takım değerlendirmeleri buna göre yapılmalıdır.

5. Araştırma ve eğitim öncelikleri: Temel bilimler ve klinik araştırmalar teşvik edilmeli, birbirleri arasında entegrasyon sağlanmalıdır. İnovasyonun hemen her gün konuşulduğu bir dünyada, artık bizim de lafta değil, uygulamada inovatif bir hale gelmemiz şart olmuştur.

6. Sağlık harcamalarına ayrılan pay: Sağlık hizmetinin maliyeti artmaktadır. Özellikle yeni teknolojiler, maliyeti git-tikçe yükseltmektedir. Bunların optimal ve uygun kullanımı sağlanmalı, ancak kullanımları engellenmemelidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır. Tüm OECD ülkelerinde sağlık harcamaları için ayrılan pay

Verilmekte olan sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için öncelikle hasta-doktor iletişiminin, daha sonra da sağlık çalışanı-doktor, hasta-sağlık çalışanı iletişiminin iyileştirilmesi şarttır. Bugün kontrol hastalarına 15 dakika ayıran ülkelerin sağlık politikacıları bile, bu sürenin yetersiz olduğunu söylemektedirler.

artarken, maalesef ülkemizde yeterince artmamaktadır. Önceliklerin eğitim ve sağlığa verilmesi sağlık politikacıları tarafından tüm dünyada tartışılmaktadır.

Bütün bunlar bugünkü artan gereksiz sağlık kullanımı taleplerini azaltmayacaktır. Ancak belirtilen konuları bugünden tartışmaz ve önlem almaz isek, gelecekte sağlık hizmeti sunmakta, hele hele kaliteli sağlık hizmeti sunmakta çok zorlanacağız.

Kaynaklar

Doing Better by Doing Less: Approaches to Tackle Overuse of Services. Robert A. Berenson and Elizabeth Docteur. Urban Institute, Robert Wood Johnson Foundation, January 2013.

Improving healthcare quality, Fact Sheet, Agency for Healthcare Research and Quality, Pub. No. 02-P032, September 2002.

London healthcare services: How to improve. Anne Rainsberry, Andy Mitchell, Caroline Alexander. London, NHS, 2013.

Meeting the challenge of increased demand on healthcare services. Dan Bristow, Michael Trickey, Lauren Carter, Making prudent healthcare happen. www.prudenthealthcare.org.uk.

Three categories of quality, Overuse, Underuse, Misuse. National Partnership for Women & Families, 2009.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Mine Durusu Tannöver, Hasan Hüseyin Yıldırım, F. Nihan Demiray Ready, Banu Çakır ve H. Erdal Akalın, Sağlık Sendikası Yayınları, Ankara, Aralık 2014.e

When less is more: Issues of overuse in health care. Shannon Brownlee, Vikas Saini, and Christine Cassel, Health Affairs Blog, April 25, 2014.