

Aşırı talebin toplum sağlığına etkileri

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanlık eğitimini tamamladı. 2001'de Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2012-2014 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yapan Dr. Taşdemir halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde çalışmalarını sürdürmektedir.

Dr. İsmail Erkam Tüzgen



Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2012 yılında mezun oldu. Aynı yıl Hakkâri'de meslek hayatına başladı. Toplum Sağlığı Merkezi hekimliğinden sonra İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü görevlerini birlikte yürüttü. 2014 yılında Beşiktaş'ta İlçe Sağlık Müdürü olarak çalıştı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık Yönetimi alanında doktora eğitimini sürdürmekte olan Dr. Tüzgen, halen İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısıdır.

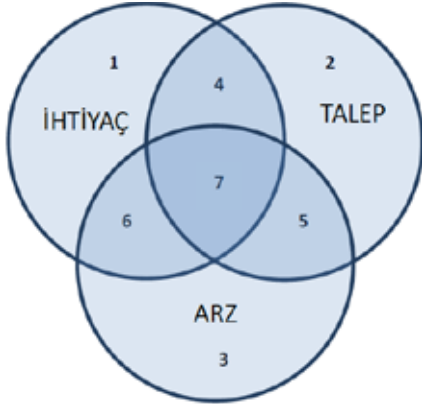
İhtiyaç, insanların fayda göreceği; talep, almak isteyeceği; arz ise bizatihi sunulan "şey"dir. Sağlık ihtiyaçlarının uygun şekilde hizmet talebine dönüşmesi ve bu talebin sistematik olarak karşılanması beklenir. Ne var ki çoğu zaman teori pratiğe uymaz. İnsanlar her zaman ihtiyaçlarını

tam ve doğru olarak algılayamayabilirler, algıladıkları ihtiyaçlarını talebe dönüştüremeyebilirler. Dahası, ihtiyaç olmayan hizmetleri talep edebilirler. Arz edilen bazı hizmetler de ihtiyaca ve talebe uygun olmayabilir. Hizmetler için herkes bedel öder, ama bu bedel çoğu zaman cepten çıkmaz.

Bu durum ihtiyaç-talep-arz sürecini daha karmaşık hale getirir. İhtiyacı belirlemek devlet için de zordur ve maalesef çoğu zaman ihtiyaç yerine öyle böyle arz ve talep değerlendirmesiyle yetinilir. Oysa arz talebin göstergesi olabilse de ihtiyacın olamaz.

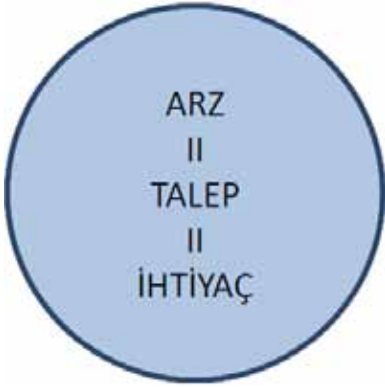


Şekil 1: İhtiyaç, talep ve arzın ilişkisi



Kaynak: Birmingham Üniversitesi web portalı

Şekil 2: İhtiyaç, talep ve arzın ideal ilişkisi



Şekil 1'deki numaralandırılmış alanları şu şekilde açıklayabiliriz:

- 1: Talebe dönüşmeyen ve karşılanmayan ihtiyaç
- 2: İhtiyaç olmayan ve karşılanmayan talep
- 3: İhtiyaç ve talep olmadan arz edilen hizmet

2 ve 5'in büyüklüğü ölçüsünde "aşırı talep" var demektir. En olumsuz 2 ve 5'in toplamının maksimuma ulaştığı ve 2'nin maksimum düzeyde 5'e dönüştüğü tablodur. Her halükarda ihtiyacın iyi tanımlanması, talebin yönetilmesi ve arzın değiştirilmesi ile 2 ve 5'i kısıtlamak, 1 ve 4'ü geliştirmek, 6'yı ihmal etmemek, kısaca 7'yi maksimize etmek gerekir. İhtiyacın tamamının talep edildiği ve bu talebin tamamının karşılandığı, yani üçünün bir olduğu durum idealdir ve örneği yoktur. Daha ihtiyacın tam tespit edilemediği şartlarda bu tablonun gerçekleşmesi beklenemez.

İhtiyacı belirlemenin çok önemli, bir kadar da zor olduğunu yukarıda söylemiştik. Bunun teknikleri ve yöntemleri vardır. Ancak çoğu zaman ihtiyaç belirleme çalışması yapılmamakta, yapıldığında da "göz kararı" yapılmaktadır. İhtiyaç iyi belirlenmediğinde etkili, verimli ve



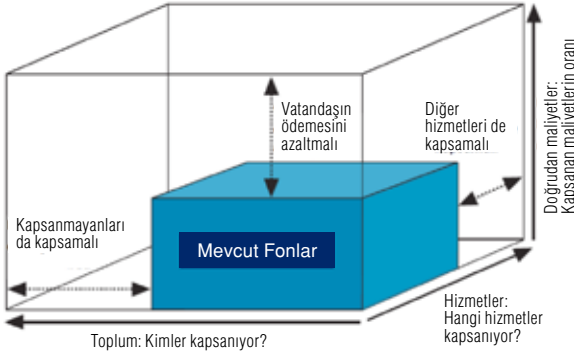
hakkaniyetli hizmet sunumundan söz etmek zorlaşır. Toplumun, ihtiyaçlarının farkında olması ve onları talep etmesi elbette istenen bir keyfiyettir. Koruyucu sağlık hizmetlerine herkesin ihtiyacı vardır ama bu genellikle talebe dönüşmemektedir. Fakat bazı hizmetler talep edilirse de arz edilmek durumundadır. İhtiyaç olduğu halde talep edilmeyen hizmetlerin arzında birtakım sıkıntılar yaşanabilir. Başta sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi olmak üzere çeşitli yol ve yöntemler kullanılarak ihtiyacın talep edilmesini sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır. Bu gibi değerlendirmeleri genellikle toplumun tamamı için toptan yaparız. Biraz ayrıntıya indiğimizde şöyle bir tabloyu fark edebiliriz: Toplumun bazı kesimleri için 5 numaralı alan büyüdükçe diğer bazı kesimler için 6 ve 7 küçülmektedir. Yani bazıları ihtiyacı olmayan hizmetlere erişebilirken, diğer bazıları ihtiyacı olana erişememektedir. Bu durum "ahlaki tehlike" olarak adlandırılmaktadır.

Bir adım ileri giderek, mesela obeziteye veya hipertansiyona yönelik hizmet arzına dayanılarak bireysel tedbirlerin alınmamasını da ahlaki tehlike olarak görebiliriz.

İhtiyaç, arz ve talebin genel sağlık kapsamıyla ilişkisi

Şekil 2'de gösterilen ideal durumu Dünya Sağlık Örgütü'nün; toplumun tüm bireylerinin ihtiyaç duyduğu geliştirici, önleyici, tedavi edici, rehabilite edici ve palyatif tüm sağlık hizmetlerine ekonomik bakımdan zorlanmadan ulaşımı olarak tanımladığı "genel kapsam" veya "genel sağlık kapsamı" (universal health coverage) ile ilişkilendirebiliriz. Genel kapsam, toplumun tamamının kapsanmasıyla sınırlı değildir; mümkün olduğunca -ihtiyaç olan- tüm sağlık hizmetlerinin vatandaşın para alınmaksızın verilmesini de içermektedir.

Şekil 3: Genel kapsamın üç boyutu



Kaynak: The World Health Report (2010)

Şekil 3'teki ideal tablo; her üç boyutta hiç boşluk kalmaması, mevcut fonların toplumun bütün fertlerine bütün hizmetlerin ücretsiz olarak arzını mümkün kılmasıdır. Fakat bunun örneği yoktur. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) 1948'de kurulurken amacı "Herkesi ve her hizmeti kapsayan, beşikten mezara bedava sağlık hizmetleri" şeklinde ifade edilmişti. Ancak zamanla bu amaca ulaşmanın mümkün olmadığı, böyle bir hizmetin sürdürülebilir olmadığı görüldü. Şekil 1'deki bütün hareketler Şekil 3'teki "mavi" prizma içinde cereyan etmek durumundadır. Şekil 1'deki her türlü olumsuzluk "mavi" prizmanın büyümesini, yani kapsayıcılığın artmasını engelleyecektir. Yukarıda belirtilen amaca ulaşılması için öncelikle Şekil 1'in Şekil 2'ye dönüşmesi ve sonra da yeterli kaynak bulunması ütopiyalarının gerçekleşmesi gerekir. Velhasıl, yapılması gereken Şekil 1'i Şekil 2'ye olabildiğince dönüştürmek ve Şekil 3'teki prizmayı olabildiğince "mavi"yle doldurmaktır.

Aşırı talebin sağlık etkileri

Her ne kadar ölçülüp biçilip ortaya konmuş olmasa da, ülkemizde son dönemde sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve kullanımın aşırına kaçtığı şeklinde yaygın bir kanaat vardır. Dosya kapsamındaki diğer yazılarda aşırı talebin nedenleri, tezahürleri ve çözüm yollarına dair ayrıntılı bilgiler bulunmaktadır. Burada aşırı talebin sağlığa etkilerine yoğunlaşılacaktır. Şekil 4'te görüldüğü üzere, aşırı talep aşırı tanı ve tedavi işlemlerine yol açmaktadır. Bunun da pek çok olumsuz sonucu olmaktadır. Bir taraftan maliyet artmakta, öte yandan kalite düşmektedir. Normal şartlarda maliyet artışının kaliteye olumlu yansımaları beklenir. Ancak burada sistemi zorlayan "aşırılıklar" kaliteyi düşürmekte, kalitesizlik maliyetleri sisteme ilave yük oluşturmaktadır.

Aşırı talebin sağlığa başlıca etkileri; tıbbi hatalar, ilaç direnci, istenmeyen etkiler, komplikasyonlar vb. olarak sıralanabilir. Sağlığa etkileri dışında ve fakat ilişkili olarak çoğu kimsenin tecrübe

ve şikâyet ettiği kısa muayene süreleri ve "doktor doktor gezmeler" şeklinde tezahürleri de bulunmaktadır. ABD'de toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30'unun (yaklaşık 800 milyar dolar) aşırı kullanıma bağlı olarak israf edildiği tahmin edilmektedir. Sağlık güvencesi olmayan yaklaşık 40 milyon kişi vardır. İsrif azaltılabilirse milyonlarca kişinin sağlık hizmetlerine erişmesi mümkün hale gelecektir. Boyutu farklı olmakla birlikte bu sorun her ülke için söz konusudur. Bir araştırmaya göre ülkemizde insanların yarısından çoğu sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanıldığını düşünmektedir. Tetkik ve tedavilerin riskleri gerekliliğinden bağımsızdır, yani gereksiz işlemin riski daha az değildir. Fayda karşılığında risk almanın bir anlamı, mantığı ve hatta gerekliliği olabilir. Ancak gereksiz işlemlerin getirdiği risklere razı olmanın makul açıklaması olamaz.

Burada vereceğimiz bazı örnekler / istatistikler önlenemeyen bazılarıysa önenebilir durumlara dairdir. Mevcut istatistikler daha ziyade hastane kaynaklıdır. Maalesef çoğu zaman olduğu gibi ABD başta olmak üzere Batı ülkelerinin istatistiklerini kullanıyoruz.

Gereksiz yatışlar

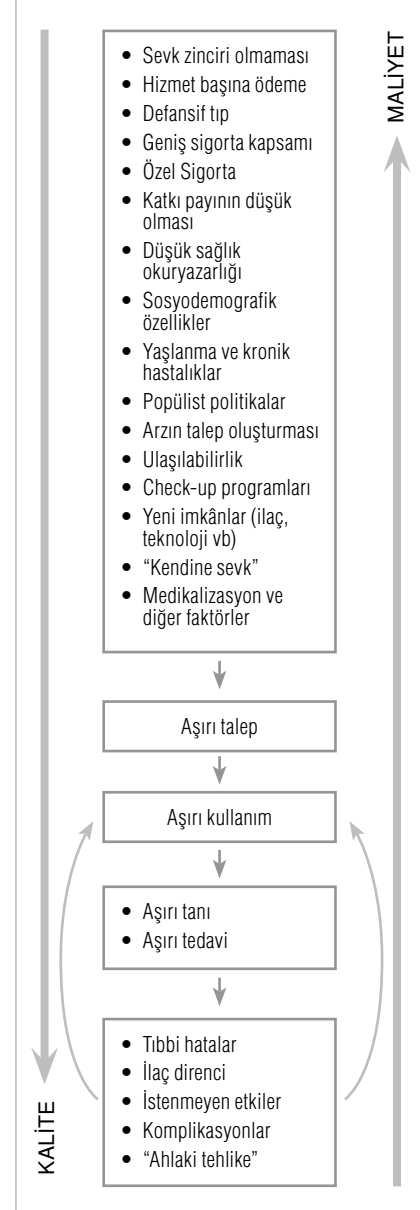
ABD'de farklı yıllarda yapılmış araştırmaların sonuçları benzer bulunmuştur: Kabaca hastane yatışlarının dörtte biri gereksiz olarak değerlendirilmektedir. Tabii, yatmakla iş bitmiyor, aksine başlıyor. Gereksiz bir yatışta yapılan pek çok gereksiz işlem olacaktır. Bu da milyonlarca kişiyi potansiyel iatrojenik (hekimin neden olduğu) olay haline getirmektedir.

Radyolojik tetkikler

Roentgen, Becquerel ve Curie'nin keşifleri muhteşemdi ve zararları görülene kadar herkes masum sandı ve gerek tıpta gerekse diğer alanlarda uzun süre fütursuzca kullanıldı. Radyasyon görünür olmadığı gibi, zararlı etkileri de göz ardı edildi. Zamanla zararlar bilinir oldu, ancak teknik ve cihazlar çeşitlendi (anjyografi / floroskopi, bilgisayarlı tomografi, PET-CT, nükleer tıp vb); invazif yöntemler geliştirildi. Fakat ne geçmişe yönelik ne de günümüzde gerçekleşen zararlar tam olarak tespit edilebilmiş değildir, bu mümkün de değildir. Ancak bugün riskin azaltılmış olduğunu da söyleyemiyoruz.

Dünyada yılda yaklaşık 3,6 milyar adet röntgen filmi çekilmekte, 37 milyon nükleer tıp tetkiki yapılmakta ve 7,5 milyon radyoterapi uygulanmaktadır. Bunların önemli bir kısmının gereksiz olduğuna dair yayınlar vardır. Radyolojik tetkiklerin radyasyon yanında yanlış pozitif sonuçları izleyen gereksiz tetkikler ve tedaviler

Şekil 4: Nedenden sonuca aşırı talep süreci



gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Zaman içinde cihaz sayısının artışına paralel olarak radyolojik tetkiklerin kullanım sıklığı artmıştır ve buna bağlı olarak hastaların maruz kaldığı radyasyon da artmıştır. Cihazların yaşı, bakım ve kalibrasyonu, kullanan personelin yetkinliği gibi hususların kontrol altında tutulması kolay değildir. Alanın otoriteleri önlem alınmasını tavsiye etmektedir.

Gereksiz cerrahi işlemler

Gereksiz yatışlarda yapılan gereksiz işlem kalemlerinden biri de cerrahi girişimlerdir. Biri daha eski olmak üzere iki istatistik verelim: ABD'de 1974'te 11,900 ölüm ve 3,9 milyar dolara mal olan 2,4 milyon gereksiz ameliyat yapıldığı hesaplanmıştır. 2001'de ise 7,5 milyon gereksiz ameliyatın faturasının 37.136 ölüm ve (1974'ün parasıyla) 122 milyar dolar olduğu bildirilmiştir. İspanya'da yapılmış bir çalışmada ise cerrahi işlemlerin %20

-25'inin gereksiz olduğunu ortaya koymuştur. İstatistiği olmayan ülkelerde daha az sorun olduğunu kimse söyleyemez.

Hastane enfeksiyonları

ABD'de 1975'te bin hasta gününde 7,2 olan hastane enfeksiyonu sayısı 20 yılda %36'lık artışla 9,8'e yükselmiştir. Yatış başına rakamlar pek değişmese de yatış süreleri kısaldığından ve daha fazla sayıda kişi hastaneye yattığından dolayı enfeksiyon sayılarında da artış yaşanmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının 1995'te 88.000 ölüme (her 6 dakikada 1 ölüm) ve 4,5 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmiştir. Bu maliyetin artık çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir, zira antibiyotik direnci akıl almaz boyutlara ulaşmıştır.

Antibiyotik kullanımı ve direnci

ABD'de viral enfeksiyonlar için yılda 20 milyon antibiyotik reçete edildiği tahmin edilmektedir. Ülkemiz ise antibiyotik kullanımında Avrupa'da 40 ülke arasında ilk sıradadır. Son yılların en önemli olumlu gelişmelerinden olan sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimin artmasının en olumsuz sonuçlarından biri gerek miktar gerekse maliyet olarak antibiyotik kullanımının aşırı derecede artmasıdır. Kullanılan ilaçların yaklaşık %40'ı antibiyotiktir. Tarım ve hayvancılık sektörlerinde de antibiyotikler yaygın şekilde kullanılmaktadır. Antibiyotiklerin yanlış ve yersiz kullanımı nedeniyle mikroorganizmalarda direnç gelişmekte, gerektiği durumlarda antibiyotikler etkili olmadığından bazı hastalar kaybedilebilmektedir. Öte yandan yıllardır yeni antibiyotik geliştirilmemektedir. Böyle giderse yakın zamanda basit enfeksiyonların dahi tedavisi zorlaşacaktır.

Tıbbi hatalar

Avrupa Birliği vatandaşlarının %23'ü tıbbi hatalardan doğrudan etkilendiğini, %18'i hastanede ciddi bir hataya maruz kaldığını, %11'i yanlış ilaç verildiğini iddia etmiştir. Bir çalışmada Türkiye'de toplumun %10'u kendisinin veya aile bireyinin tıbbi hataya maruz kaldığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının %69'u kendisinin veya bir yakınının tıbbi uygulama hatası ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu hataların %37'si "majör", %33'ü "minör" olarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %57'si "Meslek yaşantınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusunu "Evet" olarak cevaplamıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %34'ü önlenemez tıbbi uygulama hatasının çok sık ve %48'i orta sıklıkta olduğunu inanmaktadır.

ABD'de çeşitli yayınlarda tıbbi hatalara



bağlı ölüm sayısının yılda 100-400 bin olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere Sağlık Dairesi'nin 2000 yılı raporunda hastanelerde yılda 850 bin istenmeyen olay (yatışların %10'u) yaşandığı tahmin edilmiştir. İspanya, Fransa ve Danimarka'da da benzer istatistikler vardır. Batı istatistiklerindeki en düşük hastane ölüm riski olan 0.002'yi esas alarak, Türkiye'de geçen yıl hastaneye yatan yaklaşık 12,5 milyon kişiden en az 25.000 kişinin istenmeyen olaylardan kaybedildiğini hesaplayabiliriz. Şunu da unutmamalıyız ki, istenmeyen olayların çok azı bildirilmekte, kayda geçmektedir. Bu konudaki istatistiklerin güvenilirliği düşüktür.

Son söz niyetine...

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe payı düşüktür. Bu küçük pay ile dahi büyük işler yapılabilir. Aşırı talebin ve dolayısıyla harcamaların hastaneye yönelmiş olması ve aşırı talebin sağlığa olumsuz etkilerinin çoğunun tedavi hizmetlerinde gerçekleşmesi çözümün şifrelerini vermektedir. Aşırı talebin kontrol altına alınması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile orta-uzun vadede etkili, verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumu başarılabılır. Hızla yaşanan ve bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek arttığı bir Türkiye'de ikinci bir seçenek maalesef bulunmamaktadır.

Kaynaklar

Brownlee, S., Saini, V., Cassel, C., *When Less Is More: Issues Of Overuse In Health Care*, Erişim: 10.04.2015 <http://healthaffairs.org/blog/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care/> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

Burns, M., Dyer, M.B. and Bailit, M., (2014), *Reducing Overuse and Misuse State Strategies to Improve Quality and Cost of Health Care*, Robert Wood Johnson Foundation.

http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (Erişim tarihi: 30.04.2015)

ELM Ho. *Overuse, Overdose, Overdiagnosis... Overreaction?*, *Biomed Imaging Interv J* 2010; 6(3):e8

<http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/03/24/modern-medical-errors.aspx> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/>

http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://ekmud.org.tr/ekmud-18-kasim-2014-7-avrupa-antibiyotik-farkindalik-gunu-basin-aciklamasi.ekmud/>

<http://news.nationalpost.com/health/inside-canadas-secret-world-of-medical-errors-there-is-a-lot-of-lying-theres-a-lot-of-cover-up> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.berkeley.edu/news/media/releases/99legacy/11-16-1999b.html> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/PHEB/HCNA/intro/index.aspx> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201409.pdf> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.economicsonline.co.uk/Market_failures/Healthcare.html (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvanlik.pdf (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.who.int/ionizing_radiation/about/med_exposure/en/ (Erişim tarihi: 30.04.2015)

https://en.wikipedia.org/wiki/Choosing_Wisely (Erişim tarihi: 30.04.2015)

Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. *Overuse of Health Care Services in the United States: An Understudied Problem*. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-178. doi:10.1001/archinternmed.2011.772.

Rebecca Smith-Bindman et al, *Use of Diagnostic Imaging Studies and Associated Radiation Exposure for Patients Enrolled in Large Integrated Health Care Systems, 1996-2010*, *JAMA*, June 13, 2012-Vol 307, No. 22

Rebhan, D.P., *Health Care Utilization: Understanding and Applying Theories and Models of Health Care Seeking Behavior*, <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/healthcareutil.pdf>

Segal, J.B., Nassery, N., Chang, H.Y., Chan, K., Bridges, J.F., (2015), *An Index for Measuring Overuse of Health Care Resources with Medicare Claims*, *Med Care*, 53(3), pp230-6.

The World Health Report, 2010 <http://lowinstitute.org/learn/overuse-101/> (Erişim tarihi: 30.04.2015)