

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA “MÜŞTERİ HASTA” ve ETİK SORUNLAR

Orhan GÖKÇE*
Yasin BULDUKLU**

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastayı merkeze koyan yaklaşımlar, rekabetin ve mevzuata ilişkin diğer düzenlemelerin etkisiyle onun bireyselliğine ve tercihlerine geçmişte olduğundan daha fazla ilgi göstermeyi gerekli kılmıştır. Hizmet unsurlarının tasarlanmasında ve sunumunda hastanın ilk öncelikli hale gelmesine verilen önem, bazı sağlık hizmeti sunucuları tarafından rekabet avantajı amaçlı olarak daha da ileri götürülmeye başlanmıştır. Hastanın aldığı hizmetin de belirleyicisi olması, beraberinde maliyet ve etik gibi önemli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada da sağlık hizmeti sunumunda hastaya sınırsız olanaklar sunulması ya da diğer hizmet alanlarında görüldüğü gibi onun müşteri olarak kabul edilmesinin genel hizmet maliyeti, fırsat adaleti ve etik ilkeler çerçevesinde, literatür bağlamında irdelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Müşteri Hasta, Hasta Odaklı Bakım, Sağlık ve Etik.

*Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

**Yrd. Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi

"CUSTOMER PATIENT" and ETHIC PROBLEMS IN DELIVERY OF HEALTH SERVICES

ABSTRACT

Approaches putting the patient in the center in delivery of health service sentailed to Show more interest than the past for individuality and preferences of it with the effect of competition and other arrangements regarding legislation. The importance given for making the patient firstly preferential in design and delivery of service elements was started to be more advanced by some health service providers for the purpose of competition advantage. Since it is a determinant of the service patientgets, it brings along the occurrence of important problems such as costandethics. In this study, delivery of limit less opportunities to the patient in delivery of health service or general service cost of accepting the patient as a customer as is in theother service are as isexamined in the context of literature with in the framework of opportunity justice and ethic principles.

KeyWords: Customer Patient, Patient Centered Care, Health Services and Ethics

Jel Kod: I15

GİRİŞ

Hasta, sağlık kurumlarının var olmasındaki temel unsurdur. Kamuya ait sağlık kurumları için hasta ayrı anlamı ya da anlamları ifade ederken; özel sağlık kuruluşları için farklı çağrışımları yapmaktadır. Benzer şekilde sağlık hizmeti kullanıcıları için de özel hastaneye bakışla, kamu hastanelerinin algılanış biçimleri birbirinden farklıdır. Her ne kadar algılanış ya da hastaya bakış, sağlık kurumunun mülkiyet biçimine göre değişiklik gösteriyor olsa da her geçen yıl uygulanan politikalar, her iki sektörün hastaya yaklaşımında var olan farkın kapanmaya başladığını göstermektedir. Kamu hastanelerinde uygulanmaya başlanan performans yönetim sistemi, hasta hakları birimlerinin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik düzenlemeler ve BİMER uygulamaları bu farkın kapanmasında öne çıkan etkenler olarak göze çarpmaktadır. Artık her iki teşebbüs türü içinde hasta tatmini önemli bir konudur. Diğer taraftan farktaki bu kapanma beraberinde özel sağlık kuruluşlarının yanı sıra kamu sağlık örgütlerinde de hastanın giderek müşteri gibi algılanması tartışmalarını da beraberinde getirmiştir.

Hastayı ve sağlık hizmeti sunumunda hastayı odak noktası olarak gören, onun istek ve beklentilerini karşılamayı amaçlayan hasta merkezli hizmet sunumu giderek yaygın biçimde ülkemizde ve dünyada benimsenmektedir. Hastanın bu denli merkezde yer alması, beraberinde hastaya müşteri gibi bakılması sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu dönüşüm

beraberinde hem sağlık hizmeti sunumunda kaynak sorununu, hem de sağlık hizmeti sunucularının etik dışı davranışlarını beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada hasta merkezli bakış açısından tüketici olarak hastayı çıkararak ve sağlık hizmeti sunumunda “müşteri” olarak görülmeye başlanan bakış açısı; maliyet ve tıbbi etik çerçevesinde ele alınmaktadır.

Hasta odaklı bakım kavramı, Hümanistik Psikoloji alanından ortaya çıkmıştır ve Carl Rogers (1951,1959) tarafından ortaya konulan bakış açısına göre bu yaklaşımın üç bileşeni; empati, gerçekçilik ve mutlak pozitiflik olarak sıralanmıştır. Bu üç unsur, işbirliğinin başarısı için anahtar role sahiptir. Hasta odaklı bakım, psikoterapinin fikirlerini birleştirir ve hastanın bakış açısından hastanın anlaşılması amacını taşır ve sağlık hizmetinin sunumunda hastanın psiko-sosyal unsurlarının göz önünde tutulmasını; göz önünde tutmanın sağlık hizmeti sunucusunun insancıl yaklaşımının bir göstergesi olduğunu ileri sürer (Akt. Haskard, vd. 2009:21). Hastaya birey olarak yaklaşım ve sağlık hizmetlerinin sunumunda merkeze koyan bakış açıları, Bugüne sağlık iletişimi ve sunucu – hasta ilişkisi alanında çalışan pek çok bilim adamı (Dawson vd. 2009; Johnsen ve Gammon, 2009; Hart, 2010), pozitif sağlık sonuçlarına ulaşmak ve bu sonuçlara erişimi kolaylaştırmak için, hastanın talep ve beklentilerinin bilinmesine ve bu doğrultuda hizmetin şekillenmesine vurgu yapmaktadırlar. Ancak çalışmalarda Rogers’in bu bakış açısından ortaya çıkan hasta odaklı bakım uygulamalarında ya da uygulanan politikalarda hastanın aşırı düzeyde hizmetin karar vericisi ve tüketicisi olarak görülmesi, hastanın koşulsuz memnuniyetini sağlamaya yönelik çabalara ağırlık vermesi gibi bir sonucu ortaya çıkarmaktadır. Hastayı tüketici olarak kabul etmenin sonucu olarak günümüz sağlık kurumları, giderek müşteri olarak hastayı kabul etmeye başlamışlardır. Hastanın bu denli merkeze alınması, sağlık hizmetleri sunumunda aşırı kaynak kullanımına yol açmaktadır. Aynı zamanda hastanın müşteri olarak kabul edilmesi artan sağlık kurumları arası rekabette, hastaya gereksiz olan uygulamaları yapmak ve zaman zamanda ona zarar vermek gibi sonuçlara da neden olmaktadır. Bu haliyle hastayı müşteri olarak kabul etmek aynı zamanda tıbbi etik ilkelerle de çelişmektedir. Sağlık hizmeti sunan kişi ya da kurumlar tarafından hastanın müşteri olarak kabul edilmesine yönelik durumu saptamayı amaçlayan bu çalışmada da konu hem tıbbi etik ilkeler çerçevesinde hem de maliyetler açısından ele alınarak irdelenmektedir. Çalışmada alanda yapılmış çalışmaların sonuçları incelenmekte; ikincil

verilerden yola çıkılarak sağlık maliyetlerindeki artışla, hastaya müşteri olarak yaklaşım arasındaki ilişki irdelenmektedir. Çalışmada ayrıca hastanın müşteri olarak kabul edilmesi durumunda sorgulanması gereken şeyler hastanın merkeze alınması adı altında özellikle özel sağlık kuruluşları tarafından hastanın maliyet anlamında müşteri olarak görülmesi tıp etiği açısından doğruluğu, kamu hastaneleri açısından hastanın birey olarak görülmesini sağlamanın performans ödemeleri dışında bir yolunun olup olmadığı ve hastayı tüketici veya müşteri olarak görmeye başlamanın sağlık maliyetleri üzerinde etkide bulunup bulunmadığına ilişkin çıkarımların yapılması amaçlanmaktadır.

1. HASTA ODAKLI BAKIM KAVRAMI

Hasta odaklı bakım kavramı, uygulanagelen geleneksel “hastalık merkezli” bakış açısının tam tersi bir bakış açısını gerektirir. Hastanın memnuniyetini ve onun önceliklerini ön plana çıkarmayı gerektirir. Hasta odaklı bakım, hastanın bakış açısını anlamak, onların gündeminde en önde yer alan şeylere odaklanmaktır. Aynı zamanda hastanın öncelikleri doğrultusunda düzenleme yapmak, sağlık hizmeti sunucusu ile hasta görüşmesinde hastaların sorunları hakkında özgürce konuşmasını ve tedaviye ilişkin tercihi kullanmasını sağlamakla ilgili düzenlemelerin tümünü içine alır (Del Marvd, 2006:20). Amerikan Tıp Enstitüsü, hasta odaklı bakım hizmeti sunmaktaki anahtar unsurları, güvenli olmakla birlikte, etkili, verimli, zamanında ve adil hizmet sağlamak olarak tanımlamaktadır. Hasta odaklı bakım için hasta, hizmet sunucusu ve aile arasında bir ortaklık kurulmalı ve hastanın tedavi ve bakım hizmetlerine ilişkin kararlara katılımı sağlanmalıdır (Braddockvd, 2012:143). Hastalık deneyimlerinin anlaşılmasında öncelikle ona “bir insan” olarak bakılmasını zorunlu kabul eder. Tıbbi görüşmede sorumluluk ve gücün “paylaşımı”dır. Hastalığın tedavisinin yönetiminde taraflar arasında “tedavisel bir birliktelik” oluşturulması ve bunun tüm tedavi sürecini kapsamayı boyutları arasındadır (Pendleton vd. 2003: 51). Kısaca hasta odaklı bakım, tüm tıbbi uygulamalarda hastanın bakış açısından değerlendirmek ve hastanın daha iyi anlaşılması amacı taşımaktadır (Haskard vd. 2009:20).

Hastalar hizmeti aldıkları kurumlardan hizmetin en yüksek düzeyini beklerler. Sağlık hizmeti sunucuları da onların nabzını tutmaya ihtiyaç duyarlar ve onların istek ve gereksinimlerine yanıt vermek isterler. (Marrison, 2006:X). Hasta odaklı bakım yaklaşımında hastanın

anlaşılması ilk öncelik olarak görülmektedir (Hart, 2010:191). Hasta odaklı bakım, sağlığa ve hastalığa yaklaşımın biyopsikososyal Modelini akla getirir. Görüşmede hastanın psikolojik ve sosyal boyutunun göz önüne bulundurulmasının önemine vurgu yapar. Biyopsikososyal Model, bireyin tüm boyutlarıyla değerlendirilmesini ifade etmektedir. Kişinin hastalık ve sağlığına, biyokimyasal açıdan yaklaşımdan ziyade onun, psikolojik ve toplumsal boyutunun da göz önünde bulundurulması gerektiğini ileri sürmektedir. Hastanın hizmet alımı sırasında sadece hastalığına yoğunlaşmak yerine onun içinde bulunduğu psikolojik ve zihinsel duruma yönelik bir yaklaşım biçiminin benimsenmesi, onun toplumsal ve çevresel koşullarına göre tavır sergilenmesi biyopsikososyal bakış açısının yansımasıdır.

Hasta odaklı bakım yaklaşımında sağlık kurumu ve hizmeti sunan, bir danışman rolündedir (Dutta,2009:64). Hasta odaklı bakımın temel motivasyonu hastanın tatmininin sağlanmasıdır. Hastayı tatmin etme güdüsü, hastanın isteklerinin sınırının belirsizliği gibi bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Hastalar sağlık kurumlarına geldiklerinde hem kendileri için en iyisinin uygulanmasını hem de kendi talepleri çerçevesinde isteklerinin tümünün yanıtlanmasını beklerler. Hasta odaklı bakım yaklaşımının öne çıkması ve bireyi öne çıkaran son düzenlemeler de hastaların geçmişten daha fazla talepkâr olmaları sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bireye ve bireyin görüşlerine verilen önem, bu düzenlemeler sonrasında tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de giderek artmaya başlamıştır. Geçmişin hastalığı merkeze alan ve sunucuyu üstün kabul eden sağlık hizmeti sunumu yaklaşımları, günümüzde yerini bireyi ya da hastayı etkileşimin ana unsuru olarak tanımlayan yaklaşımlara bırakmıştır. Hastaların hekim ve hastane seçme yönünde özgür davranışlar sergileme yeteneğini kazanmış olması, sağlık hizmeti sunumunda artan hizmet sunucusu sayısı ve çeşitliliği, hasta istek ve beklentilerinin karşılamak yönünde ortaya konulması gereken çabaların hizmet sunucusu yönünde artırılması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Son dönemde yaşanan gelişmeler nedeniyle hastaların istek ve beklentilerinde ortaya çıkan değişimler, onların eğitim ve bilgiye erişim olanaklarındaki artış, günümüz hastasının tatmin edilmesini de güçleştirmektedir. Bugün pek çok sağlık hizmeti sunan kurum, fark yaratmak, rekabette öne çıkmak, daha çok hasta sayısına erişmek ve hasta sadakatini sağlamak için tanıtım ve reklamın her türüsüne

başvurmaktadır. Çeşitli platformlarda kendi tanıtımlarını ve reklamlarını yapma fırsatını kullanmak konusunda diğer rakipleriyle de rekabet içine girmektedirler. Özellikle özel sağlık kuruluşlarının son dönemde hiçbir özel günü atlamıyor olmaları, 8 Mart Dünya Kadınlar Gününde SmearTesti'nde özel avantajlı kampanyalar gibi farklı uygulamalara gitmeleri, kişisel cep telefonlarına kampanyalar hakkında bilgiler göndermeleri ve hatta hastalarının özel günlerinde onları hatırlamaları günümüz hastasının sağlık hizmeti sunumunda geldiği yeri göstermesi açısından ilgi çekicidir. Tüm bu gelişmeler, hastanın ne denli odak noktası olarak kabul edildiğinin göstergesidir.

Bugün sağlık uygulamaları giderek birey odaklı olma yönünde ilerlemeye devam etmektedir. Hastanın birey olarak daha iyi anlaşılması, hizmetten yararlanma sürecinde daha insancıl ve saygılı biçimde davranılması sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Boyle vd. 2005:29). Bu nedenledir ki başta sağlık politikaları olmak üzere, tıp eğitimi, sağlık kurumlarının tasarlanması ve hatta sağlık bilgisi sunan kitle iletişim araçlarının içerikleri hastaların talepleri doğrultusunda şekillenmeye başlamıştır. Özellikle hastaların sağlık hizmeti alacağı sağlık kurumunu ya da hekimini serbestçe seçmesine, değiştirmesine yönelik kazanımlar, sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayısındaki artış, hastadan gelen taleplere göre düzenleme yapma sonucunu ortaya çıkarmıştır. Geline noktada sadece fiziksel düzenleme değil, tetkiklerin seçimi ve tedavi protokolü düzenlemelerinde de hasta söz sahibi olmaya başlamıştır. Bu gelişmelerde hastaya bakışta ortaya çıkan paradigma değişiminin yanı sıra mevzuat düzenlemelerinin de etkisi olduğu açıktır.

Literatürde hastaya göre şekillenmenin ve hizmeti sunanların hastayla ortak karar vermesinin tedavisel etkililik üzerinde etkili olacağını vurgulayanların (De Negri, 1999; Edgman-Levitan, 2004; Dawson vd. 2009; Johnsen ve Gammon, 2009; Hart, 2010) aksine hastanın içinde bulunduğu durum nedeniyle karara katılmakta istekli olamayacağını öne süren araştırmacılar da (Budd ve Sharma, 2002; Douglas, 2002; Schofield, 2004) vardır. Yine Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında Etik Sorunlar Çalışma Komisyonu (1982), yaptığı araştırmada hasta ile hekim arasındaki ilişkide hekimin karar verdiği yaklaşımların, hastalar tarafından daha etkin bulunduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada bu duruma gerekçe olarak hastaların sahip oldukları diğer alternatiflerden habersiz olmaları veya görüşmede daha

aktif olabilme yeteneklerinin sınırlı olması gösterilmiştir (Roter ve Hall, 2006:29).

Hastalar hizmeti aldıkları kurumlardan hizmetin en yüksek düzeyini bekler hale gelmişlerdir. Sağlık hizmeti sunucuları da onların nabzını tutmaya ihtiyaç duyarlar ve onların istek ve gereksinimlerine yanıt vermek isterler (Marrison, 2006:x). Bu durumda hizmetin sunumunda hastanın talep yaratması gibi bir durumu ortaya çıkarmıştır. Geçmişte sağlık hizmetleri piyasasında hastanın sağlık hizmetlerine olan talebi herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasıyla sona ermekteydi. Talep edilecek hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu anda hekimin kararına göre şekillenmekteydi. Sağlık ekonomisi literatüründe “arzın talep yaratması (ATY)” denilen bu duruma göre (Kılavuz, 2010:175) hekim talep edilecek hizmetleri seçmekte daha özgür davranabilmekteydi. Geçmişte arz edici olarak hekimin seçme hakkı hasta odaklı bakım yaklaşımının sonucu olarak giderek hastanın kendi talebi doğrultusundan hizmetten yararlanması şekline dönüşmeye başladığı görülmektedir. Konu özel hastane veya muayenehane hekimliği bağlamında irdelendiğine maliyet, aşırı arz ve hastanın tüketici olarak algılanması arasındaki ilişki daha da önemli hale gelmektedir. Bu yaklaşım tarzında hekim hizmet ettiği hastayı tatmin etmek ve hastane gelirini ve dolayısıyla da kendi payını daha da artırmak için fazladan iş ya da işleme hastanın talebi doğrultusunda yönelebilmektedir. Buna göre hasta bağımlılığını artırmaya ilişkin sağlık hizmeti sunucusu ya da sağlık kuruluşu motivasyonu, arzın artışını sağlayan temel unsur olarak öne çıkmaktadır. Diğer taraftan kamu hastaneleri merkezi otorite tarafından finanse edilen kurumlardır. Son uygulamalarla onların üzerinde de hasta tatmini ve tercihi konusunda baskı yaratılmaya başlanmış olsa da şüphesiz gelirinin tümünü hizmeti tüketenlerden elde eden özel sağlık kuruluşları, hastayı tatmin etme ve hasta sadakati konusunda daha çok motivasyona sahiptir. Bu bağlamda özel sağlık kurumları da hastayı tatmin etmeye yönelik uygulamaların yelpazesini genişletmek hususunda yapılabileceklerinin sınırını zorlamaktadırlar. Özellikle teknolojinin ülkeye girişi ve çok pahalı cihazların özel sağlık kuruluşları tarafından sahip olunabilirliğinin teşvik edilmesi sonrası, farklı tanıtımlarla hastayı hastanelerine çekebilmeyi başaran sağlık girişimcileri, ekonomik motivasyonlarla, her bir tekniği gerekli olup olmadığını göz önüne almaksızın gelen her hastaya uygulamaktadırlar. Sadece bireylerin kendi

bütçeleri tarafından ödenenler dışında, sosyal güvenlik kuruluşlarına da (ulusal veya uluslararası) aynı veya değiştirilmiş adlar altında fatura edilmeye başlanan bu uygulamalar sonrası Tanıya Dayalı Fiyat Uygulama İlkeleri gibi değişik önlemler yürütme erki tarafından alınmaya başlanılmıştır. Tüm bu düzenlemelerin amacı artan maliyetleri düşürmek ve kaynakların etkin kullanımını sağlamaktır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET

Tüm toplumsal sistemler için üstesinden gelinmesi gereken ortak sorunlardan biri, finansal yükün üyelere dağılımında adaleti sağlamak ve olası riskli durumlardan toplum üyelerini korumaktır (Murray vd. 2000:2). Son dönemde sağlık alanında en çok tartışılan konuların başında artan sağlık maliyetleri gelmektedir. Bu tartışmada sağlıkta maliyet etkililiği konusunu gündeme getirmiştir. Gelişmiş pek çok ülkede kişilerin sağlık risklerinin derecesine göre sigorta primi alınmakta ve bunun nedeni olarak da sağlıklı olan bireylerle sağlığı tehdit altında olan bireylerin arasında adaletin sağlanması gösterilmektedir (Denier vd. 2013:11). Ülkemizde de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Yardımlaşma Fonu, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur) ve kamu kurumları tarafından karşılanmaktadır (Altay, 2007:47). Sağlık hizmetlerinde hem kamusal hizmet, hem de bilgi eşitsizliğinden kaynaklanan başarısızlık özel sektör tarafından sunulan eksik ya da fazla hizmet üretimi sorununu ortaya çıkarmakta ve bu durum toplumsal refah üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Kamusal hizmet olma yönünden sağlık hizmeti, sadece bu hizmeti alan bireyin kendisine özel fayda sağlamakla kalmamakta, içinde yaşadığı topluma da hastalık yaymadığı için pozitif bir dışsallık yayararak toplumsal bir fayda sağlamaktadır (Durmuş, 2011:61). Bu haliyle sunulan her bir sağlık hizmeti kamusal hizmet olarak değerlendirilmesi gerektiği de öne sürülmektedir (Taban, 2006:33). Diğer taraftan çoğu iktisatçı, toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, beşeri sermayenin verimliliğini artıracaklarını ve bununla ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olacağını kabuletmektedir. Ayrıca, konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, sağlığın genel olarak ekonomik büyümeyi pozitif etkilediğine ilişkin sonuçlar ortaya konulmuştur. Dolayısıyla, sağlık ve ekonomik büyüme arasında yakın ve karşılıklı bir etkileşimin olduğu da görülmektedir (Taban, 2006:33). Gelişmişlik düzeyiyle eşleştirilen sağlık harcamaları bugün; özellikle yaşanan nüfusa sahip ülkelerde kamu kaynakları

üzerinde oldukça büyük yüke sahip olmaya başlamıştır. 2007’de küresel boyutta ekonomik krize ilişkin söylemlerin artması, özellikle sağlık harcamalarının sorgulanmasını gündeme getirmiştir. Özellikle sosyal devlet anlayışının gereği olarak sağlık hizmetlerinin finansmanını büyük oranda devletin üstlendiği ülkelerde sağlık giderleri ülke ekonomileri üzerinde önemli yük oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunun iki boyutta ele alınmasında yarar vardır. Bunlardan bir tanesi gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansmanı, diğeri ise gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Gelişmiş ülkelerin yaşlanan nüfusu, ülkelerin ekonomileri üzerinde de katlanılması güç düzeyde finansal bir yükü beraberinde getirmiştir. Amerika’da son başkanlık seçimlerinde ana unsurun sağlık sistemi reformu olduğu düşünüldüğünde sağlıkta finans yönetimi ve alternatif çözümler konusunun daha çok tartışılmaya gereksinim olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda öne çıkan önerilerden bazıları yaşlanan nüfustan daha fazla prim alınması, ilaç katkı paylarının düzeylerinin artırılması, özel hastane paylarının yüksek tutulması şeklinde sıralanabilir.

Tablo-1: Sağlıkta kişi başına düşen ortalama kamu harcamaları

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amerika	2622,4	2800,7	2977,7	3199,4	3380,8	3574,1	3781,2	3926,6	4046,8	4126,1
Fransa	2441,1	2812,2	2914,2	3016,6	3409,1	3746,2	3676,7	3565,3	3813,2	3608,7
Almanya	2516,5	2705,5	2776,9	2862,0	3231,3	3606,4	3630,2	3582,1	3819,5	3572,3
İngiltere	1942,8	2394,7	2558,9	2783,2	3168,6	3140,9	2900,	2915,0	3031,1	3009,4
İtalya	1643,2	1972,0	2082,3	2202,5	2393,2	2716,4	2607,8	2516,3	2599,1	2370,5
İspanya	1215,4	1430,0	1543,9	1696,6	1977,3	2297,6	2284,9	2150,4	2175,2	2065,3
İsrail	857,9	877,6	895,1	960,2	1060,2	1288,0	1235,4	1337,4	1453,2	1411,9
Yunanistan	928,4	1052,4	1597,8	1403,5	1597,8	1996,9	1988,0	1657,0	1522,3	1380,0
Türkiye	166,5	211,4	248,3	288,4	378,2	458,7	435,6	510,8	468,5	491,1
Romanya	123,8	142,5	202,8	230,7	340,8	423,5	340,5	367,4	380,0	326,3

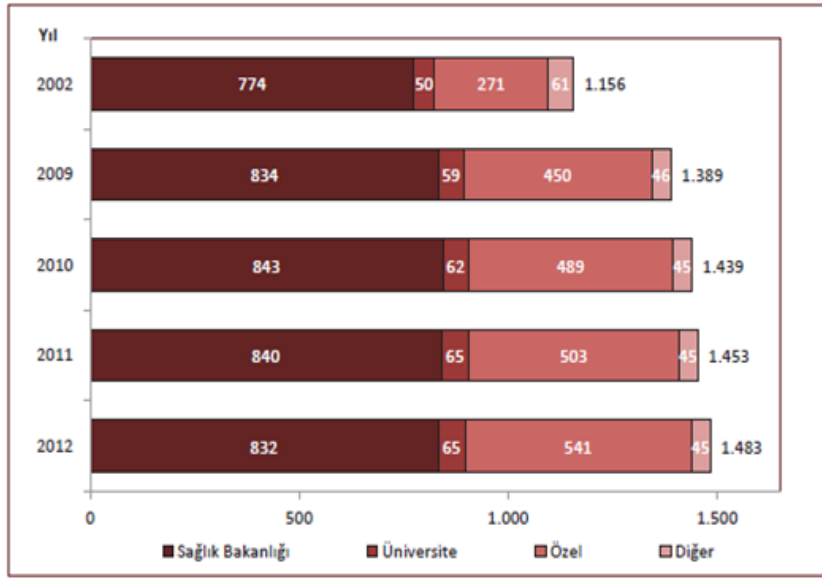
Kaynak: WHO

Tablo-1’de son on yılda bazı ülkelerin sağlık harcamalarına ilişkin rakamlara yer verilmiştir. Gelişmiş ülkelerin tümünde sağlık

harcamaları yüksek oranlardadır. Ancak ilk sırada yer alan Amerika'da sağlık harcamalarının kısıtlanmasına yönelik düzenlemelerin sıkça gündeme geldiği düşünüldüğünde sağlık harcamaları ve sağlıkta maliyet konusu daha iyi değerlendirilebilecektir. Bilindiği üzere Amerika'da 2008 krizinin ardından bankaları kurtarmak için trilyonlarca doların harcanması, buna karşılık çalışanların sağlık hizmetlerini elde etme konusunda zorlanmaları Amerikan halkının tepkisini artırmıştır. Yaşanmakta olan iktisadi krize ilave olarak, ABD sağlık sistemi özel sağlık sigortası yaygınlığına rağmen önemli boyutta krize sürüklenmiştir (Durmuş, 2011:59). Bu krizi aşmak için "Obamacare" adıyla bilinen ve herkese sağlık sigortası zorunluluğu getiren Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası düzenlemesi 2010 Haziran ile Ocak 2014 tarihleri arasında aşamalı olarak yürürlüğe girmiştir. Amerika örneğinden de anlaşılacağı üzere ülkeler artan ve ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu yaşanan nüfusları nedeniyle sağlığa ilişkin harcamalarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmaktadırlar.

Son dönemde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSMH içindeki payı giderek artmaktadır. Özellikle bu artış gelişmiş ülkelerde hızlı bir şekilde gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ve gelişmiş olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri küçük farklılıklara rağmen genelde ortaktır. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirden daha hızlı bir şekilde yükselmektedir. Bu genel olarak, sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması, teknolojik gelişmeler, sosyal değer yargılarının değişmesi, kentleşme, eğitim düzeyinin yükselmesi ve yeni kazanımlar olarak sıralanabilir. Bununla birlikte son yıllarda sağlıkta giderek artan özelleşme ve ticarileşme de sağlık harcamasını artıran, özel firma ve hastanelere sermaye aktarımını sağlayan ve türetilmiş talep sorununu ortaya çıkaran önemli faktörlerdir (Mutlu ve Işık, 2002:s.163). Gelişmiş ülkelerdeki artıştan daha yavaş bir biçimde artmakta olsa da Türkiye'de de sağlık harcamalarının önemli düzeyde arttığı görülmektedir. Türkiye'deki sağlık sisteminin finansmanı karma bir yapıya sahiptir ve kamu tarafından finansman daha ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kâr güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarından da hizmet satın alabilmektedir (Yurdadoğ,

2007:592). Bireylerin tam anlamıyla sistemsel düzenlemeler yapılmadan özel sağlık kurumlarından özgürce hizmet almaya başlamış olmaları ve sosyal güvenlik hususundaki yapılan düzenlemeler, Türkiye’deki artışın (özellikle 2007’den sonra) temel nedenleri olarak görülmektedir (Memiş, 2012:2-4). Bu düzenlemeler ve özel hastane sayısındaki artışın getirdiği rekabet, hastaların tatminine yönelik motivasyonu artıran unsurlardan biri olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Buna göre ülkemizde özel hastane sayısının artmasının, sağlık giderlerinin artışı üzerinde etkili olan unsurlar arasında olduğu söylenebilir. Aşağıdaki ülkemizde hastane sayılarının artışına ilişkin grafik verilmiştir.



Şekil-1: Yıllara Göre Hastane Sayısı

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Etkinlik, istenilen bir çıktıyı en az maliyetle üretmek veya mevcut kaynaklar ile en fazla çıktıyı üretmektir (Özgen ve Tatar, 2008:112). Diğer sektörlerin aksine sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişen yeni teknoloji, maliyetlerin artmasına da yol açmaktadır. Özellikle özel teşebbüsün hizmet sunucuları, tıptaki en son yenilikleri kullanma konusunda hem mesleki hem de hasta tatmini açısından kendilerini baskı altında hissetmektedirler. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortasının, hasta ve hekimi teknolojiye yararlanma

konusunda(Kılavuz, 2010:75), özellikle özel hastane çalışanları boyutunda, fiyata karşı daha az duyarlı kıldığı bilinmektedir. Sağlık maliyetlerindeki artış ile özel hastane sayısındaki artışın aynı yıllarda ortaya çıkıyor olması da bu az duyarlılığın göstergesi olarak yorumlanabilir.

3. MÜŞTERİ OLARAK HASTA

Geçmişte hekimden korkan, utanan ve bu nedenle de hastalığını ya da rahatsızlığını tam açıklayamayan hasta, günümüzde diğer hizmet sektörlerinde kendisine atfedilen önemi aramak arzusundadır. Bu arayış doğal olarak sağlık kurumları tarafından onlara sunulan hizmetin çeşitlenmesine ve onların müşteri gibi algılanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetleri doğası gereği bilgi gerektiren ve uygulamaya ilişkin kararlar için uzmanlığa ihtiyaç duyan yapıdadır. Bu anlamda genel sorun, etik kurallar çerçevesinde hastanın isteklerinin yerine getirilmesi noktasında ortaya çıkmaktadır.

Tıp profesyonelleri, tıp ve tıbbi bilgi konusunda uzman kişilerdir. Diğer taraftan hastalar ise kendi yaşadıkları çevre ve sorunların uzmanıdır. Dolayısıyla bu iki uzmanın etkileşimi, tıbbi görüşmelerde her zaman beklenen etkiyi ortaya çıkarmamaktadır. Tıp profesyonellerinin yaklaşımı ve hastanın kendi rahatsızlığı ya da deneyimi hakkındaki inancı ve algısı, uygulanacak yöntem veya tedaviden elde edilecek görüşler arasında bir sürtüşmeye ya da gerilime yol açabilir (Bleakley, 2014:49). Hastayı merkeze alan bakış açısından sorunu çözmeye çalışmak, bu uyumsuzluğu gidermeye ilişkin bakış açısından kararların ortak alınması üzerine vurgu yapmaktadır. Yukarıda da değinilen biçimde hasta odaklı bakım anlayışının sürece hâkim olması, daha fazla önleştirildiğinde hastanın müşteri olarak görülmesi gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Konunun uzun vadeli sonuçları göz önüne alındığında “sorun” olarak nitelenebilecek bu bakış açısı, maliyetler, fırsat eşitliği ve etik çerçevede irdelenmeyi de gerektirmektedir.

Hasta odaklı bakım ve tüketici olarak hastayı kabul eden bakış açısı aslında etkileşimde ortak karar vermeye ilişkin vurgulamaların akademik çalışmalarda sıkça dile getirilmesi sonrası “müşteri” olarak hasta kavramını yaratmıştır. Hastayı “müşteri” olarak gören yaklaşım aslında 1970’li yıllarda Amerika’da sağlık konusuna ilgi gösteren toplumsal araştırmacılar (Mayer ve Timms, 1970; Bailey ve Brake, 1975; Siporin, 1975) tarafından ortaya konulmuştur. İlerleyen yıllarda daha

fazla kabul edilmeye başlanan bu kavram, halen giderek yaygınlaşan biçimde de kullanılmaktadır (Akt. McLaughlin, 2008:1103). Ülkemizde de hasta tatminine yönelik çalışmaların bir çoğunda hastanelerde müşteri doyumu kavramı kullanılmaya devam etmektedir. Hasta merkezli yaklaşımın ileri boyuta taşınması olarak özetlenebilecek bu yaklaşım, bir nevi hastayı nesneleştirmekte, sağlık hizmetlerini finanse eden kişiler, hekimlerin veya özel sağlık kuruluşlarının daha fazla para kazanmasını sağlayan şeyler olarak algılanmasına yol açmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmeti sunucularına birer müşteri temsilcisi, komisyoncu ya da pazarlamacı rolü biçilmektedir. Son dönemde şehirlerin değişik yerlerinde veya alış veriş merkezlerinde hekim posterleri ile yapılan tanıtım onların reklam unsuru olmasına da aracılık etmiştir. Müşteri hasta olarak nitelenebilecek bu yeni durum, hekimlerin rolünü, sağlık hizmeti sunan ya da geliştiren bireyler veya şifa dağıtan eller olma özelliğini, müşteriden para kazanan ya da kazanılmasına aracılık eden bireylere dönüştürmüştür.

Aşırı düzeyde hastayı merkeze koyan bakış açısı veya müşteri olarak hastaya yaklaşım, sadece sağlık kurumlarının rekabet güdüsü ile ortaya konulan bir kavram değildir. Aynı zamanda yapılan mevzuat düzenlemeleri de hastayı tüketici gibi tanımlamaya başlamıştır. Alanda geçmişte hekim merkezli kanunlardan oluşan mevzuat, hekimlerin lehine düzenlemelerden oluşmakta, tıbbi uygulamalar için teşvik eden konu ve sorunlara odaklanmaktayken, bugünün düzenlemeleri giderek hastayı merkeze alan, onların otonomisine daha fazla önem veren kurallar haline gelmiştir (Shepherd ve Hall, 2010:1430). Hatalı tıbbi uygulamaya ilişkin son yapılan düzenlemeler ve hastanın hekimle ilgili şikâyetlerini doğrudan iletebileceği telefon hattı uygulamaları, bilgi edinme birimleri, hekim seçme hakkı, vb. uygulamalar hastanın tüketici gibi algılanmasını kolaylaştıran düzenlemeler olarak sayılabilir. Hastanın bu denli merkezde olmasına yönelik gelişmeler, hastanın da kendini müşteri gibi görmesi sonucunu ortaya çıkarmış, sağlık hizmetinden beklentiler yükselmiş, bu yükselmenin sonucu olarak da hizmetten tatmin azalmıştır. Ya da tatmin edici unsurlara atfedilen önem değişmiştir. Bu gelişmeler beraberinde sağlık hizmeti sunucusu – hasta arasındaki öfke ve huzursuzluğu ortaya çıkarmıştır. Her geçen gün sağlık hizmeti sunucularına giderek artan oranda uygulanan fiziksel, psikolojik ya da sözel şiddetin nedeni biraz da hastayı müşteri olarak gören anlayıştır. Beklenti düzeyinin altında hizmet

alan müşteri, kendi vergileriyle finanse edildiğine inandığı kamu sağlık kurumundan veya ücretinin bir kısmına bizzat katıldığı özel sağlık kuruluşundan beklediğini alamadığında “şiddeti” doğal bir “hak” olarak görmektedir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİ ve ETİK

Ahlak sistemi veya etik kurallarla sağlık hizmeti, birbiriyle oldukça yakın ilişkili iki konudur. Etik, iyi karakter ve doğru davranış ile ilgilidir. Kişinin nasıl davranması ve yaşaması gerektiğini etik kurallar belirler. Bu kurallar aynı zamanda kişilerin bir birleriyle olan ilişkilerini de düzenler. Etik açıdan önemli olan şey, doğru zaman ve doğru harekettir. Mesleki açıdan doğru hareket görevsel şartlara uygun biçimde davranmayı gerektirir. Sonuçlar açısından doğruyu yapmak, insanların çoğunluğu için uygun olarak kararlaştırılan şeyin hayata geçirilmesidir. Koşullar açısından doğru şeyin ne olduğunu bilmek, yapılacak eylem için hareket noktasını oluşturur (Gallagher, 2004:199). Tıpta etiğe ilişkin uygulamalar bundan yaklaşık 4.000 yıl öncesine dayanır. Bu anlamda ilk belge olarak Hipokrat yemini gösterilebilir. Aynı zamanda tüm dinler, onların kuralları, ona bağlı gelişen gelenek, görenek ve standartlar, tıbbi uygulamalara ilişkin etik kuralları geliştirmiştir. Yakın tarihte de Tıp Etiğine ilişkin Dünya Tıp Birliği'nin çeşitli girişimleri dikkati çekmektedir. Sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin kuralları değişik tarihlerde (1948, 1968, 1983, 1994) düzenleyen (Elsayed ve Ahmed, 2009:285) bu birliğin Hipokrat'ın “öncelikle zarar verme” kuralına dayanan (Summers, 2009:47) ilkelerinden en bilinenleri,1948 Londra'da kabul edilen Uluslararası Tıp Etiği Kurallarıdır (Elsayed ve Ahmed, 2009:285). Etik eğitimi ya da etik kurallara uyum, sağlık uygulamalarında hekimin hastanın lehine olan şeyi, mesleki prensipler ve toplumsal etik değerler açısından değerlendirip neyin yerinde olacağını kararlaştırması açısından hayattır. Bu sadece tedavi sırasında hastaya yaklaşım açısında değil, hastanın finansal durumunu, fiziksel, zihinsel ve ruhi tam iyilik halini de göz önünde bulundurmaya gerektirir. Tıbbi etiğe ilişkin algılamalar farklı olsa da genel anlamda dört ilkedен bahsedilebilir:

a- Hastanın özerkliğine saygı: Hastanın özerkliğine saygı, bireylerin özgür seçimlerine saygı duymak ile ilgilidir. Esasında özerklik ya da otonomi kelimesi yunanca “autos” (kendi) ve nomos (yönetme kuralı veya yasası) kelimelerinin birleşiminden türemiştir ve bireyin kendini

yönetmesi veya kendi kendini idare etmesi anlamındadır. Otonomi, bireyin özgürlük hakkı, kişisel seçimleri, gizlilik ilkesi, gelecekteki özgürlüğü gibi pek çok alanı içine alan bir kavramdır. Otonomi bireyin kendi özgürlüğü, özel yaşamına diğer bireylerin karışmaması, kendi tercihini yapabilmesi gibi olanakların kendi denetimi altında olmasını ifade eder. Bireyin özgürce düşünmesi, karar vermesi ve serbestçe bu kararları uygulayabilmesi yeteneği onun otonomi kapasitesini göstermektedir. Birey sağlığa ilişkin konularda da kendi seçme hakkını kullanmak ve bireysel yeteneği ölçüsünde özerklik alanını korumak hakkına sahiptir (Farsides, 2002:42-48). Tıbbi bakımın genel olarak en önemli görüşünün otonomi olduğu iddia edilebilir. Eğer hekim eğitiminin bir sonucu olarak hastanın tedavisi için zorunlu olan bilgiye sahip olursa; o zaman hiçbir kişi veya kurum tedavide ne yapılması gerektiğinin kararını hekime dikte etme hakkına sahip olmamaktadır. Ki bu konu da hekimin özerkliğinin bir parçasıdır ve hekim hastaya karşı tek başına sorumludur. (Sharma, 2002:83). Sağlıkta uygulamalar, bireyin bu özgürlüğünü içine alacak yapıda olmalıdır. Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasındaki görüşmede bireyin yeteneği ölçüsünde kararlara katılmak ve uygulamak hakkına sahiptir. Sağlık profesyonelleri bu kararlara saygı duymakla ve yardımcı olmakla sorumludurlar.

b- Zarar vermemek: Kasıtlı olarak hastaya zarar vermeme yükümlülüğünü ifade eder ve herhangi bir profesyonelin bakım hizmetine standart bir çerçeve sunar. Zarar vermem ilkesi bazı hastalıklarda yapılacak uygulamaların yararının olabileceği yönündeki tereddütler varsa onun faydasının ne kadar olacağını da akla getirilmesi gerektiğini, onun zararına olacak bazı uygulamalardan kaçınılmasını ifade eder (Beauchamp ve Childress 1994: 328).

c- Yararlı olmak: Bu ilke zarar vermemekten fazlasını ifade eder. Hasta için en iyi olan neyse onu uygulamak anlamındadır. Bu konu hasta için en iyinin ne olduğunun bilinmesinin gerekliliğini zorunlu kılar. Zaman zaman hastanın özerkliğine saygı duyulması ile yararlı olma ilkesi birbiriyle çatışabilir. Hastanın kendi seçimiyle tedavinin gereklerinin örtüşmediği bu durumda hekim, hastanın tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesini sağlayarak olayın üstesinden gelmeye çalışmalıdır. Yararlılık ilkesinin temel noktası hastaların refahına katkıda bulunacak davranışların seçilmesidir (Beauchamp ve Childress 1994: 329; Gillon, 1994:185; Summers, 2009:49).

d- Adalet:Adalet kavramının merkezinde eşitlik ilkesi vardır. Kısıtlı kaynakların insan haklarına saygılı ve kabul edilebilir ahlâki kurallara uygun olarak eşit dağıtımını ifade eder (Gillon, 1994: 185; Lawrence, 2007:36). Ayrıca adalet ilkesi, tedavi sürecinde tüm hastalara eşit davranmayı da gerektiren ilkedir. Bu anlamda adalet ilkesi, sadece din, ırk, mezhep, cinsiyet ve siyasi görüş ayrımını ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda her türden hastaya eşit sürede görüşme ve tedavi olanağı sunma olgusunu da içine alır.

Tıbbi uygulamalar, tüm toplumlarda etik çerçeve içerisinde yönlendirilir. Bir kısmı meslek içi uygulamalardan ortaya çıkan bu kurallar, giderek yasal diğer normlar tarafından da güçlendirilmektedir (Pendleton vd. 2003:14).

5. MÜŞTERİ HASTA ve ETİK

Hastanın müşteri olarak görülmesi, sağlık hizmetleri piyasasında hastaların sağlık giderlerinin üçüncü taraf olarak adlandırılan sigorta kuruluşları aracılığı ile finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine neden olmaktadır. Etik bir sorun olarak da ifade edilen bu durum iki temel soruna yol açmaktadır; Bunlardan ilki, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması, yani sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesidir. İkincisi ise, hizmet bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle masrafları finanse eden kurum ya da kuruluşların hekimin davranışı üzerinde etkili olamamasıdır (Kılavuz, 2010:175). Ülkemizde çeşitli özel sigorta kuruluşlarının ve özellikle yurt dışı sigorta kapsamında yer alan hastaların sağlık kurum ve kuruluşları için cazip olmasının nedeni de aslında bu durumdur. Yaz aylarında gurbetçi olarak adlandırılan yurt dışında yaşayan Türk vatandaşlarının ülkeye dönmesinin yaklaştığını şehirlerdeki billboardlardan veya televizyonda örtülü biçimde yapılan reklamlardan anlamak bu nedenle olasıdır. Onlar, yurtdışında çeşitli kriterlere bağlı olan pek çok tetkik ve operasyonu, hekimlerinden kolaylıkla talep etmekte, hiçbir kurala bağlı kalınmaksızın da istekleri karşılanmaktadır. Olay,sadece maliyet ile ilintiliymiş gibi görünse de tıbbi etik anlamında adalet unsur açısından da bir sorun olarak görülebilir.

Sağlıkta hastanın müşteri olarak görülmesinin etik ilkelerden “adalet” ilkesine aykırı olduğu ileri sürülmektedir. Flood’a (2001) göre sağlık hizmeti tüketiminde etik tehlike, sağlık güvencesi olan bireyin hastalandığında sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık hizmetlerini aşırı tüketmesidir (Akt. Bilgili ve Ecevit, 2009:211). Bu durumda

hizmetlerden eşit yararlanmama olarak değerlendirilmektedir. Hastaların tükettiği sağlık hizmetlerinin bedeline ve malzeme israfına karşı duyarsız oldukları iddia edilir. Eğer hasta, tedavi maliyetine önemli bir oranda katlanmış olursa duyarlılığı artacaktır böylece sosyal güvenlik kurumu ya da sigorta kuruluşları adına harcamaları sorgulamış olacaktır (Bilgili ve Ecevit, 2009:211). Bu durumda da hastanın fazladan talepte bulunmasının ve hizmet sunucusunun gereksiz hizmet sunmasının önüne geçilmiş olacaktır. Müşteri olarak davranan hastanın en düşük fiyatı araştırmak yerine sadece kendine sunulan ve algılayabildiği hizmetlerin kalitesiyle ilgilenmesi, hizmeti sunanın hem hastalığı teşhis edip hem de tedavi uygulaması veya tavsiyelerde bulunması ve kârını maksimize edecek tıbbi hizmetleri kullandırma konusundaki serbestisi, maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2009:212). Yine kaynak dağılımında eşitlik ve adalet ilkesi çerçevesinde ele alınabilecek bu konuda en büyük sorun, hekimlerin tetkik önerme, tetkikin yapılacağı yeri seçme, reçetenin alınacağı eczaneyi yönlendirme yönündeki davranışları da bu ilke kapsamında değerlendirilebilir.

Etik ve müşteri hasta ilişkisi konusunda söylenebilecek en önemli noktalardan biri de; hastaya gereksiz olmasına rağmen tetkik ve hatta operasyon önermektir. Müşteri hasta yaklaşımının ya da parça başı ödeme mantığının sonucu olan bu türden etik dışı sağlık hizmeti sunumu, “öncelikle zarar verme” ilkesi ile taban tabana zıttır. Özellikle bilgisayarlı tomografi gibi sağlık üzerinde zararı kesin olarak saptanmış teknolojilerden ekonomik güdülerle hastanın aşırı kullanıma itilmesi, yine gereksiz olduğu hale operasyon yapmak, mevzuatta yer alan bazı kısıtları (paket uygulaması, sezaryende gerekli olan endikasyonların hayali yaratılması, farklı günlerde yapılmak üzere gereksiz tetkiklerin yazılması, tetkik için hasta yatırılması, vb) aşmaya yönelik sağlık hizmeti sunucusu davranışları da hem “zarar vermeme” hem de “özerklik” ilkesi ile çelişmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tüm toplumlarda giderek bireyin ve bireye verilen önemin öne çıkarılmaya başlanması, insan olmanın bir sonucu olan sağlık hakkının kullanımında kişinin her bir farklılıktan bağımsız biçimde insan olarak kabul edilmesi, doğru bir bakış açısıdır. Bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanımı sırasında insani boyutunun göz önünde bulundurulması da olması gerektir. Bireyin giderek öne çıkmaya başlamasının bir sonucu

olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda da kişiye ve kişinin tüm yönlerine yapılan vurgu akademik camiada önemli düzeyde artmıştır. Hastanın memnuniyetini ve onun önceliklerini ön plana çıkarmak, onunla eşitlerarası düzeyde iletişim kurmak ve onun hizmete ilişkin tam olarak bilgilendirilmesini sağlamak doğru yaklaşım biçimidir. Ancak literatürde de ileri sürüldüğü üzere hastanın içinde bulunduğu durumda etkin karar veremeyeceğine yönelik görüşlerde vardır (Budd ve Sharma, 2002; Douglas, 2002; Schofield, 2004). Bu açıdan bakıldığında hastanın kararlara katılması ya da merkezde kendine ayrılan yeri ne denli dolduracağı sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Zira hasta ile tarif edilen tek bir durumun ya da kişilik tipinin yansıması değildir. Olağan hizmet tüketimi sürecinde; hizmet alanlarının pek çoğunda tüketicinin bazı özelliklerinin tanımlanması ve hedef kitle ayırımına göre mal ya da hizmetin çeşitlendirilmesi mümkün iken; sağlık hizmetlerinin sunumunda bu durumdan söz etmek olanaklı değildir. Çok farklı fiziksel, zihinsel ve psikolojik durumlar, sağlık hizmetlerinden yararlanım sırasında ortaya çıkabilmektedir. Bu haliyle hastanın merkeze alınması ya da diğer bir deyişle hasta odaklı bakım, her hasta ve koşul için uygun bir yaklaşım tarzı olarak görülmemektedir. Hasta odaklı bakım anlayışında hastaya atfedilen rolün boyutlarını genişletmesi, özellikle ekonomik motivasyona sahip sunucu ya da sağlık kuruluşları için hastaya bakışın “müşteri” olarak görülmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Hastayı merkeze alan bakış açılarında temel vurgunun, hastalık deneyimlerinin anlaşılmasında öncelikle ona “bir insan” olarak bakılmasına, tıbbi görüşmede sorumluluk ve gücün paylaşımı, tüm tıbbi uygulamalarda hastanın bakış açısından konuyu ya da durumu değerlendirmek ve hastanın daha iyi anlaşılması gibi noktalara yapıldığı görülmektedir. Aynı şekilde bu yaklaşımların özellikleri arasında güvenli, etkili, verimli, zamanında ve adil hizmet sağlamak da sayılmaktadır. Hasta odaklı bakımda hasta, hizmet sunucusu ve aile arasında bir ortaklık kurulması ve hastanın tedavi ve bakım hizmetlerine ilişkin kararlara katılımının sağlanması gerektiği ifade edilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların önemli bir kısmının hem eğitim düzeyi hem de sağlık koşulları gücü paylaşmak ve kararlara katılmak konusunda etkinliği sağlamaktan uzaktır. Özellikle son zamanlarda yapılan mevzuat düzenlemeleri ile zorunlu hale getirilen hastaya bilgi verme ve onun rızasını (onam) alma uygulamalarının nasıl imzalandığı

göz önüne alındığından çoğu hastadan karar vermesini beklemek ve attığı imzayı savunmasını istemek, ütopyik bir yaklaşım gibi görünmektedir. Geçmişten bu yana hekim ile hasta arasındaki ilişkiye hâkim olan biçimin hep hekim merkezli olduğu ve hekimin kişilik ya da iletişim becerilerine bakılmaksızın sadece uyguladığı hekimlik becerileri nispetinde tercih edildiği de ortaya konulan sonuçlar arasındadır. Bu anlamda Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında Etik Sorunlar Çalışma Komisyonu tarafından 1982 yılında yapılan ve bu çalışmada sonuçlarına değinilen araştırmanın sonuçları da hastaların zaten önemli kararları almayı hekimlere bıraktığını göstermektedir. Bu durumdaki hastaya yetki ya da sorumluluk vermek, sadece onu müşteri olarak sürece yerleştirmekten başka bir amaca hizmet etmeyecektir.

Hastayı merkeze almaya yönelik yaklaşımların ve mevzuata ilişkin düzenlemelerin yapılmasının maliyeti artırdığı, düzenlemenin yapıldığı yıldan itibaren artan sağlık harcamaları oranına ilişkin istatistiklerde açık olarak görülmektedir. Özellikle ülkemizde sağlığın finansmanının büyük oranda kamu olduğu düşünüldüğünde, hasta tatmini ya da tercihi sınırsızlığının sağlık harcamaları üzerindeki olumsuz etkisi daha da iyi anlaşılabilir. Hatalı tıbbi uygulamaya ilişkin son yapılan düzenlemeler ve hastanın hekimle ilgili şikâyetlerini doğrudan iletebileceği telefon hattı uygulamaları, bilgi edinme birimleri ve hekim seçme hakkı gibi uygulamalar, sağlık hizmetlerinde hastanın her talep ettiği hizmeti alması gibi bir sonucu ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinin özel ya da kamu kurumu tarafından finanse edilmesine bakılmaksızın, bu durum hem sağlık kaynaklarından yararlanma konusunda eşitsizliğe neden olmakta hem de bireylerin zaman zaman sağlık durumlarını yitirmesi gibi sonuçları ortaya çıkarmaktadır.

Son 10 – 15 yılda artan özel hastane sayısı, sağlık kurumları arasında önemli düzeyde rekabeti ortaya çıkarmış, hastayı merkeze almaya ilişkin uygulamalar bu rekabette şekil değiştirmek suretiyle avantaj yakalamaya yönelik taktikler haline gelmiştir. Bazı Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına ilişkin düzenlemelerin sonucu olarak 2012 yılından itibaren ortaya çıkan sağlık harcamalarındaki düşüşünün ülkemizde yaşanmaması (Bkz. Tablo –1; 2011-2012 yılları); henüz bu konuda gerekli olan etkili düzenlemelerin yapılamamış olmasının sonucudur. Son dönemde yapılan tanıya dayalı fiyat sınırlaması, acil tıbbi müdahalelere ilişkin düzenlemeler, sosyal güvenlik kapsamı dışına

çıkarılan uygulamalar ve özel hastane katılım paylarının %200'e kadar çekilebilmesine olanak tanıyan düzenlemeler, aslında hastanın özgür tercihinine ilişkin kısıtları hayata geçirme amacı taşımaktadır.

Hastaya bakışın müşteri olarak bakmaktan ziyade hasta yararının ve tedavide maliyet –fayda analizinin temel motivasyon olarak kabul edilmesi, hem kaynakların etkin kullanımı hem de tıbbi etik davranış için yararlı olacaktır. Sadece mali düzenlemeler yoluyla konunun üstesinden gelmeye çalışmak yerine, konunun eğitim ve etik açıdan da sorgulanması; kaynaklarının etkili kullanımı, hastanın haklarının ve tam iyilik halinin ihlal edilmemesi açısından önem arz etmektedir.

Alanda tam anlamıyla araştırmaya rastlanılmamış olmakla birlikte; performans değerlendirme sistemlerinin de sağlık maliyetleri üzerinde önemli etkisinin olabileceği söylenebilir. Sağlık hizmetlerine yönelik bu anlama bir yeniden düzenlemeye ve araştırmaya gereksinim vardır. Doğru yöntemlerle performansın yönetimi, performans adaletsizliği ortadan kalkacak böylelikle de kaynakların etkin kullanımı sağlanmış olacaktır. Bu durum aynı zamanda etik dışı bazı uygulamalara da zemin hazırlamaktadır. Özel sağlık kuruluşları ve uygulamaları arasında bir standardizasyonun sağlanması, özel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımı nispetinde maliyete katılması ve sağlık riskine göre prim uygulaması da maliyeti düşürmenin yanı sıra adil bir uygulama olarak görünmektedir. Kronik hastalıkların da etik kurallar çerçevesinde değerlendirilmesi ve risk altındaki nüfusun analiz edilmesi hastaya yararlı olmak ilkesi yanında kamu maliyesi açısından önemlidir. Amerika'da uygulamaya alınan Obamacare adlı program bunun en güzel örneklerindedir.

Literatür taraması sırasında Türkiye'de hasta tatminine yönelik yapılan çalışmaların birçoğunda sağlık kurumlarında müşteri doyumu kavramının sıklıkla kullanıldığı görülmüştür. Bu türden bakış açısı, hastayı nesneleştirmekte, sağlık hizmetlerini finanse eden kişiler, hekimlerin veya özel sağlık kuruluşlarının daha fazla para kazanmasını sağlayan şeyler olarak algılanmasına yol açmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmeti sunucularına birer müşteri temsilcisi, komisyoncu ya da pazarlamacı rolü biçilmektedir. Son dönemde şehirlerin değişik yerlerinde veya alışveriş merkezlerinde hekim posterleri ile yapılan tanıtım, onların reklam unsuru olmasına da aracılık etmektedir.

KAYNAKÇA

Altay, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 64, 33-58.

Beauchamp, T. L. ve Childress, J.F. (1994), **Principles of Biomedical Ethics**, 4th Edition, Oxford University Press, New York.

Bilgili, E. ve Ecevit, E (2009). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:11, Sayı:2, 201-228.

Bleakley, A (2014), **Patient-Centred Medicine in Transition**, Springer International Publishing, London.

Boyle, D, Dwinnell, B and Platt F (2005), Invite, Listen, and Summarize: A Patient- Centered Communication Technique, **Academic Medicine**, Vol. 80, No. 1, 29-32.

Braddock C.H., Snyder, L., Neubauer, R.L. and Fischer, G.S. (2012), The Patient-Centered Medical Home: An Ethical Analysis of Principles and Practice, **J Gen Intern Med**. Number:28 Volume:, 141-146.

Budd, S. and Sharma, U (2002), Introduction, The Healing Bond: The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility, Editors: **Susan Budd and Ursula Sharma**, Routledge, New York.

Dawson, J., Tulu, B. and Horan T.A (2009), Towards Patient-Centered Care: The Role of E-Health in Enabling Patient Access to Health Information, **Patient-Centered E-Health**, Editor: **E. V. Wilson**, IGI Global, London.

De Negri, B., Brown L.D., Hernandez, O., Rosenbaum, J. and Roter, D. (1997), **Quality Assurance Methodology Refinement Series: Improving Interpersonal Communication Between Health Care Providers and Clients**, USAID, Quality Assurance Project, Bethesda.

Del Mar, C., Doust, J. And Glasziou, P. (2006), **Clinical Thinking Evidence, Communication and Decision-Making**, Blackwell Publishing Ltd. London.

Denier, Y., Gastmans, C. And Vandeveldel, A. (2013), Justice and Responsibility in Health Care An Introduction, **Justice, Luck &**

Responsibility in Health Care, Editors: **Yvonne Denier, Chris Gastman and Antoon Vandavelde**, Springer, New York.

Douglas, M. (2002), The Construction of the Physician A Cultural Approach to Medical Fashions, **The Healing Bond: The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility**, Editors: **Susan Budd and Ursula Sharma**, Routledge, New York..

Durmuş, M. (2011), Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!, **Çalışma ve Toplum**, Sayı:4, 59-72.

Dutta, M.J. (2009), **Health Communication: Trends and Future Directions, Health Communication in the New Media Landscape**, Editors: **Jerry C. Parker and Esther Thorson**, Springer, New York.

Edgman-Levitan, S. (2004), Involving the Patient in Safety Efforts, **Achieving Safe and Reliable Healthcare Strategies and Solutions**, Editors: **Michale Leonard, Allan Frankel, Terri Simmonds & Kathleen Vega**, IL: Health Administration Press, Chicago.

Elsayed, D.E. and Ahmed R.E. (2009), Medical Ethics: What is it? Why is it Important? **Sudanese Journal of Public Health**, Volume: 4, Number: 4, 284-287.

Farsides, C. (2002), Autonomy, Responsibility and Midwifery, **The Healing Bond: The Patient - Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility**, Editors: **Susan Budd and Ursula Sharma**, Routledge, New York.

Gallagher, A. (2004), Do Virtues Have a Role in The Practice of Counselling? **Communication, Relationships and Care A Reader** Editors: **Martin Robb, Sheila Barrett, Carol Komaromy and Anita Rogers**, Routledge, London.

Gillon, R. (1994), Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope” **BMJ**, Cilt: 309, 184-188.

Hart, V.A (2010), **Patient-Provider Communications: Caring to Listen**, Jones and Bartlett Publishers, Boston.

Haskard, K.B., Williams, S.L. and DiMatteo, M.R. (2009), Physician -Patient Communication, Psychosocial Care, Emotional Well-Being, and Health Outcomes, **Communicating to Manage Health and Illness**, Editor: **Dale E. Brashers and Daena J. Goldsmith**, Routledge, New York.

Johnsen, J.K. and Gammon, D. (2009), Connecting with Ourselves and Others Online: Psychological Aspects of Online Health Communication, **Patient-Centered E-Health**, Editor: **E. V. Wilson**, IGI Global, London.

Kılavuz, E. (2010), Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri, **Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**Sayı: 29, 173-192.

Lawrence, D.J. (2007), The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate, **Journal of Chiropractic Humanities**, Volume: 14, 34-40.

Marrison, I. (2006), Foreword: The Emerging Context of Patient Satisfaction, **Patient Satisfaction Understanding and Managing the Experience of Care**, Second Edition, IrwinPress, Chicago.

McLaughlin, H. (2009), What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Expertby Experience', 'Service User' What's Next?, **British Journal of SocialWork**, Volume:39, 1101–1117.

Memiş, S. A. (2012), Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi, www.tepav.org.tr 07.01.2015.

Murray. J.L., Knaul, F., Xu, K., Musgrove, P. And Kawabata, K. (2000). **Defining and Measuring Fairness of Financial Contribution**. World Health Organization. GPE Discussion Paper Series: No.24.

Mutlu, A. ve Işık, A. (2002), **Sağlık Ekonomisi ve Politikaları**, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No:14

Özgen, H. ve Tatar, M. (2008), Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye'de Durum, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:10, Sayı:2, 109-136.

Pendleton, D., Tate, P. and Havelock, P. (2003), **The New Consultation: Developing Doctor–Patient Communication**. Oxford University Press, Oxford.

Roter, D.L. and Hall, J. A. (2006), **Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors Improving Communication in Medical Visits**, Second Edition, Greenwood Publishing, Connecticut.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, <http://www.saglik.gov.tr> 09.07.2014.

Schofield, T. (2004), Preface, **Difficult conversations in Medicine**, Editor: **Elisabeth Macdonald**, Oxford Un. Press., New York.

Sharma, U. (2002), The Equation of Responsibility Complementary Practitioners and Their Patients, **The Healing Bond: The Patient - Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility**, Editors: **Susan Budd and Ursula Sharma**, Routledge, New York.

Shepherd, L. And Hall, M.A. (2010), Patient-Centered Health Law and Ethics, <http://bioethics.wfu.edu> 03.01.2015.

Summers, J. (2009), Principles of Healthcare Ethics, **Health Care Ethics Critical Issues for the 21st Century**, Second Edition, Editor: **Eileen E. Morrison**, Jones and Bartlett Publishers, Canada.

Taban, S. (2006), Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi, **Sosyoekonomi**, Temmuz-Aralık, 31-46.

WHO(2014), <http://apps.who.int> 08.07.2014

Yurdadoğ, V. (2007), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:16, Sayı: 1, 591-610.