

İleri Teknoloji Tıbbi Cihazlar ve Sınırlı Kaynakların Adil Paylaşımı; Manyetik Rezonans(MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) Cihazları Örnekleri*

Fair Sharing of Advanced Technology Medical Devices and Limited Resources Example of Magnetic Resonance(MR) and Computerized Tomographic(CT) Devices

Elif AVANER^a

Özet: Tıptaki klinik gelişmeler ve teknolojinin ilerlemesi, kanserli dokuların ileri teknoloji cihazlarla görüntülenmesi sayesinde kanser hastalarının yaşama tutunması sağlanarak yüz güldüren sonuçlar alınabilmektedir. Kutsal bir meslek olan hekimliğin böylesi mutluluk verici bir tarafı olduğu gibi insan yaşamını ilgilendiren karar verilmesi gereken zor bir yönü de bulunmaktadır. Günümüzde çoğu zaman hekimler ve sağlık yöneticileri sınırlı kaynakların adil paylaşımı konusunda önemli kararlar vermek zorunda kalabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda bina, cihaz ve ekipman, yazılım, tıbbi malzeme ve ilaç ihtiyacı bulunması sebebiyle maddi kaynak kullanımı gerekliliği vardır. Bahsi geçen kaynaklar ülkemizin dışa bağımlı olduğu konular olmasının da etkisiyle daha da sınırlıdır. Etik sorunlar ortaya çıkmasını önlemek adına adil ve akılcı kullanımı zorunludur. Bu çalışmanın amacı ileri teknoloji görüntüleme cihazlarına erişim konusunu Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi örneklerinde adalet kavramı çerçevesinde incelemektir. Sağlık istatistikleri verilerinden yararlanarak ülkemizdeki durumu uluslararası karşılaştırmalar yaparak etik yönden değerlendirme yapılmıştır. Ayrıca yararçı, liyakatçı, eşitlikçi, özgürlükçü yaklaşımlar ile adalet kavramı incelenerek teknolojik tıbbi cihazlara erişim ve kullanım konusunda değerlendirme yapılmıştır. Ülkemiz, sağlık istatistikleri verilerine göre yataklı tedavi kurumlarında; MR (Manyetik Rezonans görüntüleme) cihazı başına düşen görüntüleme sayısında dünyada birinci, BT (Bilgisayarlı Tomografi) cihazı görüntüleme sayısında dünya sıralamasına göre ikinci sıradadır. Bununla birlikte 1 milyon kişi başına düşen MR sayısında 24.sırada, Bilgisayarlı Tomografi cihazı sayısında ise 34.sıradadır. Tıbbi cihaz kaynağının sınırlı olmasına, erişimde oldukça geride olmamıza rağmen görüntüleme sayısında dünya birincisiyiz. Kaynakların sınırlı oluşu ve sağlık yöneticileri tarafından etkin planlama yapılamaması; hekimleri yararlı olma ödevi ile adalet çerçevesindeki yükümlülükleri bakımından etik değerlendirme yapmak zorunda bırakmaktadır.

Anahtar kelimeler: Adalet, Biyoetik, Sınırlı kaynak, Tıbbi cihaz, Sağlık yönetimi

--

Abstract: Clinical advances in medicine and the advancement of technology and imaging of cancerous tissues with high-tech devices ensure the survival of cancer patients. Medicine, which is a sacred profession, both has a happy side and difficult side that decisions have to be made about human life. Today, physicians and healthcare managers often have to make important decisions about fair sharing of limited resources. Due to

*18 Ekim 2019 tarihinde Sağlıkta İleri Teknoloji ve Etik, X. Türkiye Biyoetik Sempozyumu'nda "İleri Teknoloji Tıbbi Cihazlar ve Sınırlı Kaynakların Adil Paylaşımı" başlığında sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

^a Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji A.D. ✉ avanerelif@gmail.com

Gönderim Tarihi: 23.12.2019 • Kabul Tarihi: 30.04.2020

the need for buildings, devices and equipment, software, medical equipment and medicine in the provision of health services, financial resources are required. The mentioned sources are even more limited due to the fact that our country is dependent on external sources. Fair and rational use is mandatory in order to prevent ethical problems.

The aim of this study is to examine the issue of access to high-tech imaging devices in the context of justice in Magnetic Resonance and Computerized Tomography examples. Ethical evaluation of the situation in our country was made by making international comparisons using health statistics data. In addition, the concept of justice with the utilitarian, meritist, egalitarian and libertarian approaches has been examined and an evaluation has been made on the access and use of technological medical devices. According to the statistics from our country, health statistics in inpatient treatment institutions; The number of imaging per MR (Magnetic Resonance Imaging) device is the first in the world and the CT (Computerized Tomography) device is the second in the world in terms of the number of imaging. However, it ranks 24th in the number of MRI per 1 million people and 34th in the number of computed tomography devices. Despite the limited availability of medical equipment and being far behind in access, we are the world's number one in imaging. Limited resources and ineffective planning by health managers; physicians are obliged to make ethical assessments in terms of their duty to be useful and their obligations under justice.

Keywords: Justice, Bioethics, Limited resource, Medical device, Health management

SINIRLI KAYNAKLARIN DAĞITIMI VE ADALET KAVRAMI

Sağlık hizmetine ayrılacak kaynağın belirlenmesi, hangi sağlık hizmetinde nasıl kullanılacağı kurumsal ve toplumsal olarak alınması gereken kapsayıcı kararların bütünüdür. Ancak kaynakların sınırlı oluşu değer sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Adalet kuramları, etik ilkeler, mevzuat, toplumsal ve kurumsal öncelikler, baskı gruplarının yönlendirmeleri sınırlı kaynakların nasıl dağıtılacağı konusunda etkili olmaktadır (1).

Sağlık politikaları ve sağlık sistemlerindeki etik sorunlar incelendiğinde; sağlık hizmetinin sunumu, sağlık hizmeti alma hakkı, sınırlı kaynakların adil dağıtımı ve koruyucu hekimlik için gereken kaynağa erişim konusunda değer sorunları yaşandığı veya yaşanabileceği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde adalet, sağlığa zararlı koşulların düzeltilmesi, temel ihtiyaç maddelerine ulaşım konuları toplumların zorunlu olarak sağlaması gereken, insanlık onurunu yaşatacak temel etik gerekliliklerdir (2).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle de sınırlı kaynaklarının dağıtımında “adalet” önemli bir kavramdır. Günümüz bilimsel bilgisine göre insan türünün yaşayabileceği yegâne gezegen Dünya’dır. Dünya ise evrende sınırlı bir yere sahip olmakla birlikte kaynakları da sınırlıdır. Bu sonlu kaynağın adil dağıtımında sorun olması birilerinin daha çok kaynaktan yararlanırken birilerinin ise kaynak kullanımından yoksun olması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynak kullanımı konusunun iyi anlaşılabilmesi için adalet kavramının incelenmesi gerekmektedir. Sağlık hakkı ve dağıtımı konusundaki incelemelerin temelinde yer alan, etiğin temel taşı olan adalet kavramı Antik Ege uygarlıklarından günümüze ulaşan geniş kapsamlı bir kavramdır. Aristoteles’e göre “adalet bir erdem değil bir başkası ile ilişkide ortaya çıkan erdemlerin tümüdür, o halde adaletsizlik de kötülüğün tümüdür” (3).

Tıp etiğinin ana ilkelerinden biri olan adalet, eşitlik ve hak kavramları ile ilişkilidir. “Denkleştirici” ve “dağıtıcı” adalet olarak iki açıdan incelenmektedir. Dağıtıcı adalet kişi ile toplum/devlet arası ilişkilerde, denkleştirici adalet ise bireylerin kendi aralarındaki eşitlik konusunda ele alınmaktadır (4).

Aristoteles'e göre bir yönetici, hakkı ve eşitliği koruyarak adaleti sağlamalıdır. Adalet dağıtılırken orta bulunabiliyorsa adalet sağlanabilir. Ancak bu orta olma halinde, bir şey her zaman eşit olarak bölünemediğinden büyük parçadan küçük parçaya dağıtılarak denkleştirmek gerekir. Değerleri eşit hale getirmek ve dağıtımı yapmak adaleti sağlamanın bir yoludur. Eğer bir kişiye hak edilenden fazlası veya azı verilmiyorsa orta yol bulunmuş olur ve adalet sağlanmış olur. Aristoteles'e göre bir de orantılı adaletin kullanılması gerektiği düzeltici adalet vardır. Bir şeyin dağıtımında ona katkısı en fazla olan kişiye o oranda dağıtılmasıdır. Burada adil olan orantıyı doğru belirlemek ve dağıtılan şeyi o oranda hak edene teslim etmektir (5).

Adaletin dağıtımına ilişkin yaklaşımlar ve görüşler

1. Utiliteryan (Yararcı),
2. Liberter (Özgürlükçü),
3. Egaliter (Eşitlikçi),
4. Liyakatçı (Meriteryan)
5. Komüniter (Toplulukçu),
6. Diğer görüşler.

1. Utiliteryan (Yararcı) Yaklaşım

John Stuart Mill ve Jeremy Bentham'ın 19. Yüzyılda ortaya attığı yararcılık, temel etik yaklaşımlardandır. Yararcı düşünceye göre bir eylemin etik analizi yapılırken sonucunda ortaya çıkacak olan yarar ve iyinin kötü karşısındaki ağırlığı dikkate alınmalıdır. Yararcılık niyet yerine sonucu esas aldığından *sonuçsalcılık* olarak da isimlendirilmektedir (6). Yararcılar kaynakların ne kadar çok kişiye dağıtılsa o kadar fazla yararın mümkün olduğunu düşünürler (7).

Yararcı kuramda dağıtıcı adalet yararı, yani gönenç ve esenliği ön plana almaktadır. Beslenme ve hijyene yönelik politikalar, sağlığı korumaya yönelik tedbirler gibi kamu sağlığını korumaya yönelik politikalar yararcı yaklaşımı karşılamakta ve sağlık hizmeti bakımından olumlu sonuçlar vermektedir. Utiliteryan kuramda genel olarak toplumsal yararın üstünlüğü önemsenmektedir. Bireylerin hakları toplumsal adalet yükümlülükleri ile karşılıklı olup bireye sağlanan yararlar da toplumsal yararı korumaya yöneliktir. Ancak bu tip bir adalet yaklaşımı sağlam bir temele oturmadığından, toplumsal yararın değişkenlik gösterdiği durumlar nedeniyle özellikle sağlık hakkından faydalanma ve araştırmalarda insanların yer alması konularında ahlaken sorunlu yanlar ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarında kaynakların adil dağıtımı konusunda izlenecek yol belirlenirken yararcı yaklaşımdan faydalanılabilir. Ancak birey ve toplum yararı ikilemelerinde değer sorunlarının ortaya çıkmaması için maliyet/yarar, risk/yarar analizi yöntemleriyle geliştirilen politikalar analiz edilmeli, sağlık yöneticileri etik bilince sahip olarak karar vermelidir (2).

2. Liberter (Özgürlükçü) Yaklaşım

Liberter adalet kuramları 17. Yüzyıl aydınlanma felsefesinden kaynağını alan bireylerin özgürlüğüne odaklanan bir yaklaşımdır. Liberalizm, devletin bireylerin yaşamına ve piyasaya müdahalesinin en aza indirgendiği bir iktisadi sistem düşüncesi getirmiştir.

Özgürlükçü düşüncenin temel kavramları olan bireysel hak ve özgürlükler, bireyin özerkliği ve buna dayalı toplumsal sözleşme liberter yaklaşımın inceleme alanıdır. Devletin sadece sözleşmelerden kaynaklanan sorumlulukları denetleyen, bireyin haklarının korunmasını sağlamak üzere ödevi olan anlayıştır (8).

Sağlık hizmetleri için kaynak yaratmak amacıyla vergi toplanması ve hekimlerin zorunlu hizmet yapmasına bu kuramı savunanlar karşı çıkmaktadır. Liberterlere göre adil bir toplumda kişilerin kendi girişimleriyle

sağlıklarını iyileştirme ve koruma serbestisi verilmelidir. Özgürlükçülere göre sağlık hizmeti devletin sunması gerektiği bir hak değildir. Sağlık hizmeti sunan hayır kurumları vergiden muaf olmalı özel sağlık sigortacılığı ideal sistem olmalıdır (2).

3. Egaliter (Eşitlikçi) Yaklaşım

Eşitlikçi yaklaşımda kişilere her koşulda ve şartta eşit davranmak esastır. Eşitlikçi kurama göre sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar fırsat eşitliği sağlanacak şekilde dağıtılmalıdır. Sonuç olarak sağlık hizmeti her birey için erişilebilir olmalıdır (2).

Kuramın öncüsü olan John Rawls “Bir Adalet Kuramı” kitabında bireyin özgürlüğü ve haklar çerçevesinde fırsat eşitliğini ele almış 1960’lı yılların siyasal ve toplumsal gelişmelerini de dikkate alarak toplumsal adaletin nasıl sağlanacağını incelemiştir. Rawls adalet kavramı ve eşitlik, özgürlük gibi ilişkili diğer kavramları yeniden tartışarak önemli bir alan açmıştır (8). Rawls kişilere eşit düzeyde saygı göstermek ve adaleti sağlamak üzere iki temel prensip önermektedir. İlki her bireye üst düzeyde temel özgürlüklerin tanınması, ikincisi ise toplumdaki eşitsizliklerin dezavantajlı kişilerin lehine olacak şekilde fırsat ve haklar eşitsizliğine göz yumulması ve sosyal mevki ve görevlerin herkese açık olmasıdır (2).

4. Liyakatçı (Meriteryan) yaklaşım

Liyakatçılar kişinin toplumdaki sosyal değerine, topluma katkısına ve potansiyel olabilecek katkısına göre ahlaki olarak değerli olup olmadığını ölçüt alırlar (3). Bu yaklaşıma göre sağlığına önem vermeyen madde bağımlısı bir kişi ile belli bir eğitim seviyesi üzerinde önemli görevlerde bulunarak sosyal ve kültürel açıdan topluma katkıları bulunan bir kişi eşit haklara sahip değildirler.

5. Komüniter (Toplulukçu) Kuramlar

Eşitlikçi yaklaşıma ve liberteryan görüşe tepki olarak adaletin dağıtımında komüniter yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Aristoteles’den Hegel’e ve günümüze kadar karşılık bulan bir anlayıştır. Toplumsal yarar, bireyin iyiliği ve özerkliğinden önce gelmektedir. Tıp etiğinin önemli bir inceleme alanı olan organ aktarımı konusunda genel kabul, bağışlayan kişinin veya yakınlarının rızasını öncelerken, katı komüniter yaklaşım “ölülerin organlarının topluma ait olduğu yönündedir.” Komüniterlere göre hayattayken resmi olarak reddetmediyse bir kişinin organları rutin olarak alınabilir (2).

6. Diğer Görüşler

Onarıcı (Restoratif) görüşe göre kaynaklar dönemsel olarak haksızlığa uğramış kişileri önceleyerek dağıtılmalıdır (7).

İnsanın yaşam kalitesi ve yapabildiklerine göre değerlendiren ve adaletin dağıtımında esas alan yapabilirlik kuramı ve iyilik halinin kendisini odağına alan iyi olma kuramı gibi 21. Yüzyıl kuramları da adaletin dağıtımını ele almıştır. Adalet kuramlarının bir toplumda tek başına uygulanabilmesi mümkün olmadığından duruma göre, koşullara göre değerlendirilebilmektedir (2).

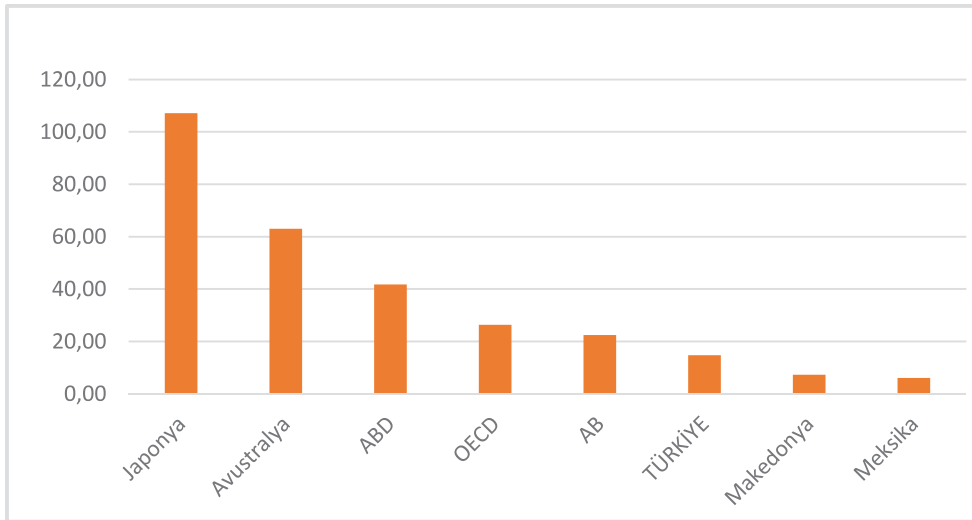
SINIRLI KAYNAK KULLANIMI VE TIBBİ CİHAZLARA ERİŞİM PARADOKSU

Teshis ve tedavi de önemli bir unsur olan tıbbi ekipmanlara erişimde adil kullanımını sağlamakla birlikte iktisadi kullanımını sağlamakta önemlidir. Burada erişim kolaylığı ile tasarruflu kullanım ikilemi etik açıdan incelenmelidir. Teshisi kolaylaştıracak ileri teknoloji cihazlara kolay erişim tıp etiğinin ‘yararlı olma’ ilkesini yerine getirmek üzere hekimler için önemli bir hedeftir. Ancak beraberinde ‘adalet’ ilkesi çerçevesinde karar vermeyi de gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde planlamada adalet ve erişimde adalet önemli düşünce etkinliğidir. Tıbbi ekipman ve malzemelerin varlığı ve erişilebilirliği için verilecek kararlarda adaleti sağlamak üzere; sağlık tesisi ve ilgili bölge için ayrılan bütçe, hasta sayısı, coğrafi koşullar, siyasi ve sosyal faktörler iktisadi ve etik olarak incelenmelidir. Erişimde adaleti sağlamak üzere de tıbbi ekipman ve malzemenin hangi hasta için cihazın gerekli ve öncelikli olduğunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde genellikle yararçı(utiliter) yaklaşım esas alınmakta tıbbi ekipmana erişebilen birey sayısının artırılması hedeflenmektedir. Aynı zamanda eşitlikçi (egaliter) bir bakış açısıyla ayırım gözetmeksizin erişimin toplumun her kesimine eşit oranda sağlanması gerektiği de düşünülmektedir. Ancak ülkemizde tıbbi cihaz ve diğer malzemelerde dışa bağımlı olunması verilen kararları etkilemekte olduğundan adalet kavramının önemi daha da ortaya çıkmaktadır.

Ülkemiz, sağlık istatistikleri verilerine göre yataklı tedavi kurumlarında; MR(Manyetik Rezonans görüntüleme) cihazı başına düşen görüntüleme sayısında dünyada birinci, BT (Bilgisayarlı Tomografi) cihazı görüntüleme sayısında dünya sıralamasına göre ikinci sıradadır. Bununla birlikte 1 milyon kişi başına düşen MR sayısında 24.sırada, Bilgisayarlı Tomografi cihazı sayısında ise 34.sıradadır. Buna karşın kanser insidansı karşılaştırmasında ise dünyada 53. sıradadır. Teknolojik cihaz kaynağının sınırlı olmasına karşın görüntüleme sayısında dünya birincisi olunması ile tıp etiğinin adalet ilkesi arasındaki ilişkinin incelenmesi gerekmektedir.

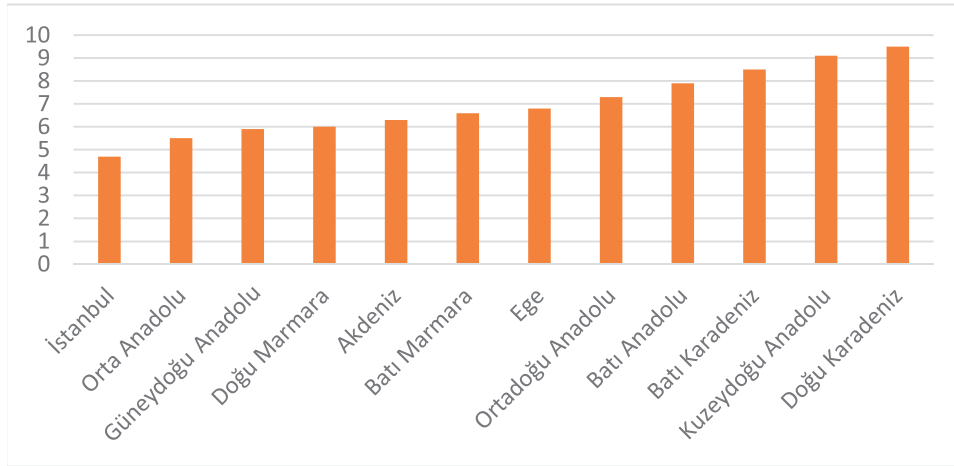
Ülkemiz 1 milyon kişi başına düşen tomografi cihazı sayısında 34.sıradadır. Grafik-1’de ABD, AB ülkeleri, OECD ülkeleri ve sayısı en yüksek olan Japonya ve Avustralya ile sayısı en düşük Makedonya ve Meksika arasında ülkemizin durumunu göstermektedir.



Grafik 1: Bir milyon kişi başına düşen BT sayısı

Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).

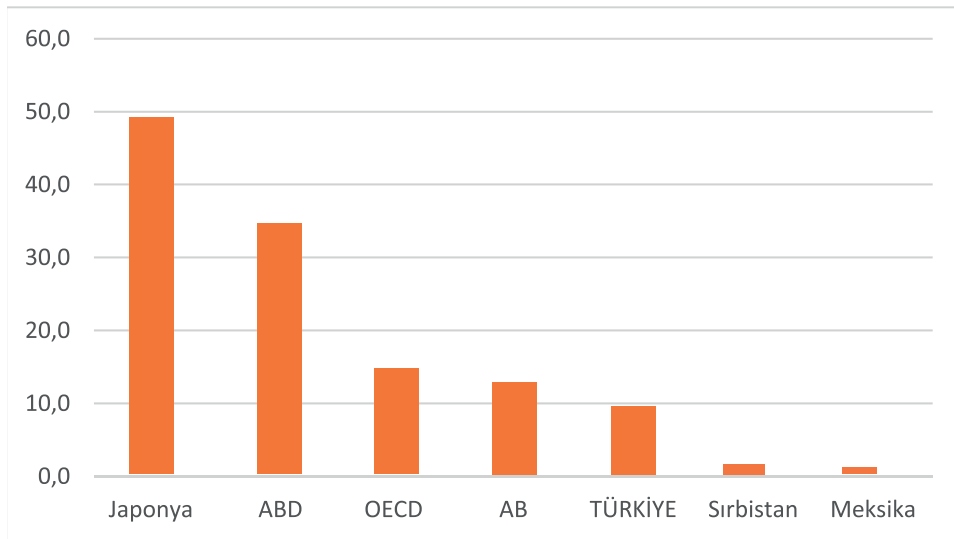
Ülkemizde bölgelere göre dağılıma bakıldığında ise bir milyon kişi başına düşen BT sayısı en yüksek Doğu Karadeniz bölgesi en düşük Orta Anadolu olarak görülmektedir. İstanbul ili ise tek başına Orta Anadolu Bölgesi değerine yakındır. Grafik-2’de verilmiştir.



Grafik 2: Bölgelere göre bir milyon kişi başına düşen BT sayısı

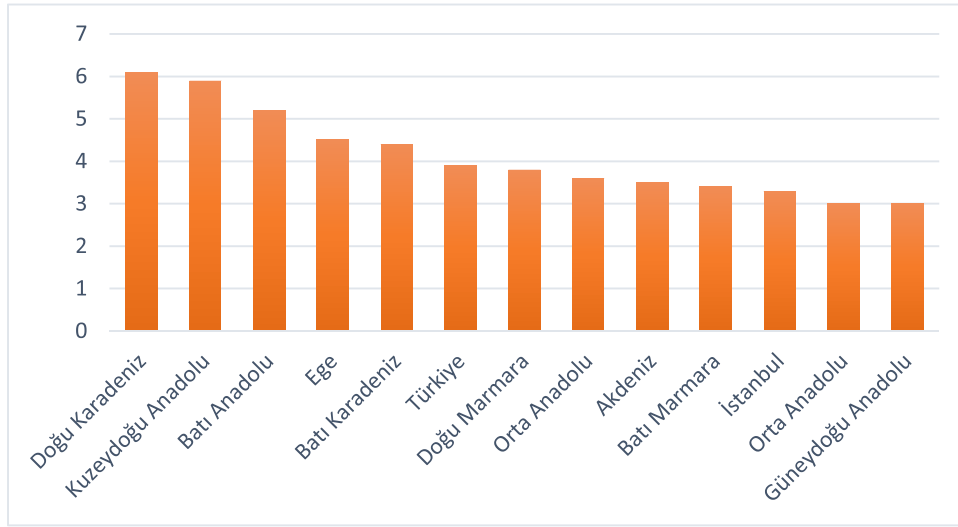
Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).

Ülkemiz 1 milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısında 24.sıradadır. Grafik-3’de AB ülkeleri, OECD ülkeleri ve sayısı en yüksek olan Japonya ve ABD ile sayısı en düşük Sırbistan ve Meksika arasında ülkemizin durumunu göstermektedir.



Grafik 3: Ülkelere göre bir milyon kişiye düşen MR Sayısı

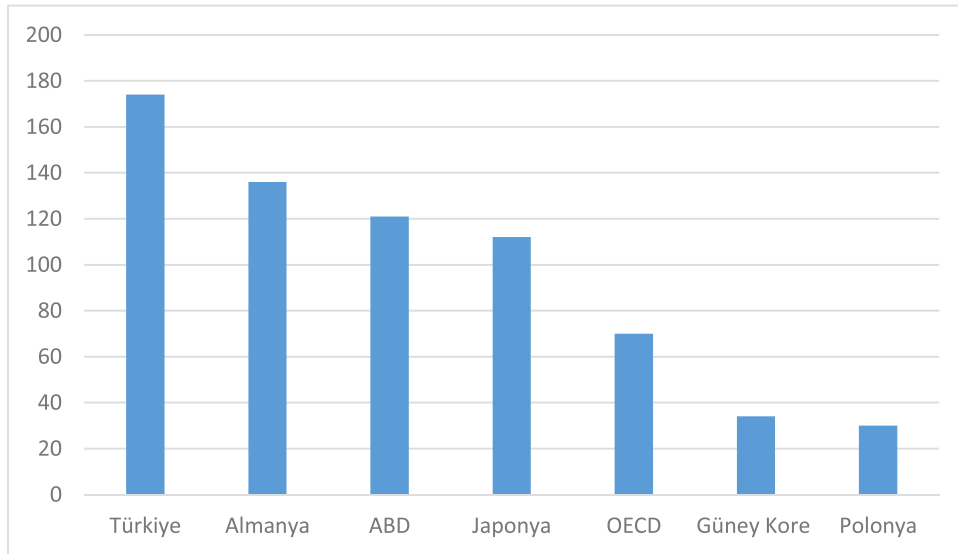
Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).



Grafik 4: Bir milyon kişi başına düşen MR Sayısı (Sağlık Bakanlığı Hastaneleri)

Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).

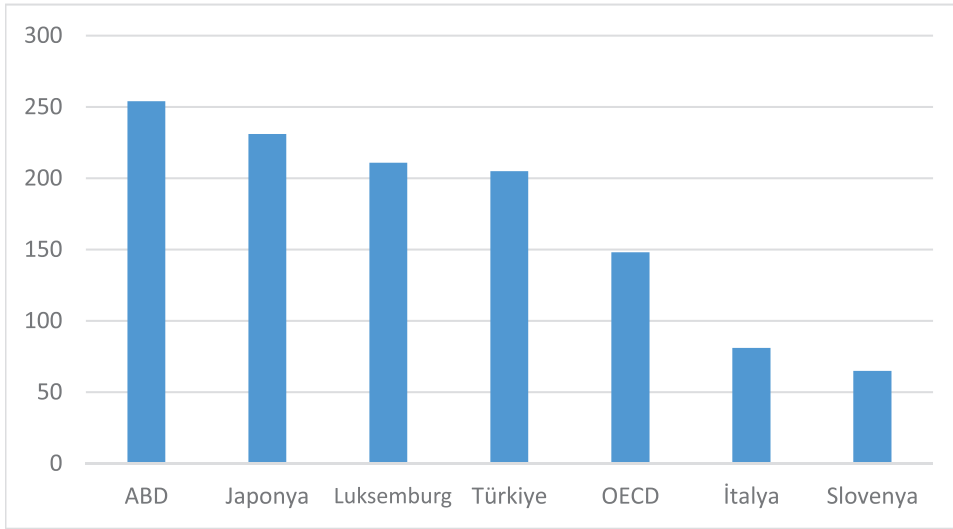
Uluslararası karşılaştırma yapıldığında Türkiye 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısında Dünyada birincidir. Grafik-5’de ilk 4 ülke, OECD ülkeleri ve son 2 ülke gösterilmektedir.



Grafik 5: Bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı

Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).

Uluslararası karşılaştırma yapıldığında Türkiye bin kişiye düşen BT görüntüleme sayısında dünyada dördüncüdür. Grafik-6’da ilk 4 ülke, OECD ülkeleri ve son 2 ülke gösterilmektedir.



Grafik 6: Bin kişiye düşen BT görüntüleme sayısı

Kaynak: Veriler Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistik raporundan alınmıştır (9).

Kamu Hastaneleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin planlamaya ilişkin 11. Maddesinin birinci fıkrası “*Kamu ve özel sağlık tesisleri, sağlık tesisi, sağlık insan gücü ve tıbbi teknolojik cihazlar dikkate alınarak ülke genelinde dengeli ve adil dağılımı sağlamak için bir bütün olarak Bakanlıkça planlanır.*” şeklindedir (10). Bu hüküm ile sağlık tesislerinin yatırım planlaması yapılırken insan kaynağı ile birlikte malzeme kaynağının da önemi vurgulanmaktadır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısında dünyada birinci, Bilgisayarlı Tomografi cihazı başına düşen görüntüleme sayısında dünya sıralamasına göre ikinci sırada olmamıza karşın 1 milyon kişi başına düşen MR sayısında 24.sırada, Bilgisayarlı Tomografi cihazı sayısında ise 34.sıradayız. Bu paradoksu kırmak mümkün olabilir mi? Sebepleri nelerdir. Acaba çok mu hastayız? Kanser insidansı karşılaştırmasında ise dünyada 53. sıradayız.

Teknolojik cihaz kaynağının sınırlı olmasına, erişimde oldukça geride olmamıza karşın görüntüleme sayısında dünya birincisiyiz. Bu paradoksal durum etik ve iktisadi açıdan ayrıntılı olarak incelenmelidir. Görüntüleme işlem sayılarının ekipman yatırımı karşısında yüksek oluşu yararcı yaklaşımların hedeflediği gibi çok sayıda kişiye hizmet sunulmak istendiğini göstermektedir. Görüntüleme hizmetleri kapsamında çok sayıda kişiye ortalama hizmet sunma düşüncesinin bazı kişilerin sağlık hizmetinden mahrum kalmasına sebep olabileceği düşünülmelidir. Dağılım grafikleri planlamalardaki etik karar verme mekanizmasının yeterince adil bir dağıtım sağlamadığını göstermektedir. Etik bilince sahip olmadan yapılan bir planlamanın hem etik sorunları hem iktisadi sonuçları olacaktır. Grafiklere bakıldığında ülke içindeki bölgesel planlamalarda da egaliter veya yararcı yerine liyakatçı bir anlayış gözetildiği değerlendirilebilir. Ancak grafiklerde liyakat kriterlerinin insani ve tıbbi gerekçeler değil bölgesel siyasi ve sosyal farklılıklar olduğunu düşündürecek farklılıklar bulunmaktadır. Ülkelerin karşılaştırıldığı yukarıdaki grafiklerde ise küresel olarak adil olmayan bir kaynak dağılımı olduğu görülmektedir. Çok uluslu şirketlerin menşei olan ülkelerde görüntüleme sayılarının düşük olmalarına karşın cihaz yatırımlarının fazla olduğu görülmektedir. Bu grafiklerdeki düzensiz dağılım, ülkelerin sağlık sistemlerinin ve sağlık politikalarının farklılıklarının da sonucudur. Ancak bu durum iktisadi açıdan ayrıca incelenmelidir.

İleri teknoloji cihazlara erişimde geride olmak geliştirmekte olan ve dışa bağımlı olmamız gerçeği ile ilişkilendirilebilir. Ancak ileri tetkiklerin gereksiz kullanımı, planlamanın akılcı yapılmaması aynı zamanda adil paylaşım sorunu

nu da ortaya çıkarmaktadır. Bu durum gerektiğinde ihtiyacı olan hastanın cihazlara erişememesine veya erişim süresinin uzun olmasına sebep olacaktır.

Merkezi alım yöntemleri ile ekonomik alımın sağlanması ve merkezi görüntüleme sistemleri ile mükerrer tetkik yapılmasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Ancak grafiklerdeki durum alınan önlemlerin yeterince etkin olmadığını göstermektedir.

Hekimlerin malzeme kaynağının hangi hastası için daha gerekli olduğuna karar vermesi de bir etik ikilemdir. Kaynakların sınırlı oluşu ve sağlık yöneticileri tarafından etkin planlama yapılamaması; yararlı olma ödevi ile adalet çerçevesindeki yükümlülükleri bakımından hekimleri etik değerlendirme yapmak zorunda bırakmaktadır.

Eşitlikçi bir yaklaşım ile sağlık hizmeti almak için başvuran her kişiye görüntüleme hizmeti sunmak adaleti sağlamak üzere bir çözüm gibi görünebilir ancak randevu ve raporlama sürelerinin uzun olduğu sağlık tesislerinde bu durum tıbbi olarak cihazlara daha fazla ve daha acil olarak ihtiyacı olan kişilerin erişimini kısıtlayabilir. Yararcı çerçeveden bakarak yapılan bir planlamada da yine daha çok kişiye ortalama düzeyde hizmet verilmesi de bazı kişilerin yeterli hizmet alamamasına sebep olabilir. Liyakatçi düşüncede olduğu gibi bazı kişilere öncelik tanınarak da adil bir paylaşım hedeflenebilir. Ancak önceliklerin belirlenmesinde tıbbi gerekçeler dışında bazı sosyal, siyasi ve idari kriterlerin esas alınması halinde de adalet kavramından çok uzakta bir erişim gerçekleşecektir.

Hekimler tetkik taleplerini, sağlık politikası üretenler ve uygulayanlar ise planlamalarını yaparken etik bilince sahip olarak, adalet kavramı temelinde karar vermelidirler.

KAYNAKLAR

1. Oğuz YN, Tepe H, Büken Örnek N, Kucur Kırımsoy D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Türkiye Felsefe Kurumu (TFK). Ed.1. Basım. Ankara; 2015.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Biyomedikal Etik Prensipleri. Çev. M. K. Temel. İstanbul: Pınarbaşı Matbaacılık; 2017.
3. Oğuz Y. Tıpta Sınırlı Kaynakların Kullanımı, Adalet İlkesi, Deontoloji, (Ed.) Arda B., Oğuz Y., Şahinoğlu Pelin Ş. Ankara Ü. Tıp Fak. Ankara: Antıp A.Ş. Yayınları; 1999.
4. Atıcı E. Sağlık Kaynaklarının Dağıtımı ile İlgili Etik Sorunlar. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2006. 14, s.111-115.
5. Aristoteles. Nikomakhos'a Etik. Çev. Akderin F., İstanbul: Say Yayınları; 2015.
6. Pelin Şahinoğlu S. Etik, Tıbbi Etik, Biyoetik Yöntembilgisel Yaklaşımın Işığında. Deontoloji, (Ed.) Arda B., Oğuz Y., Şahinoğlu Pelin S. Ankara Ü. Tıp Fak. Ankara: Antıp A.Ş. Yayınları; 1999
7. Williams RJ. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, Çev. Civaner M.M., Türk Tabipler Birliği Yayınları. Erişim: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi_2017.pdf. Erişim Tarihi: 29.07.2019.
8. Tosun CM. Liberalizm ve Sosyal Darwinizm Karşısında John Rawls. Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi. Sayı: 10, s. 81-94.2010.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2018.
10. Resmi Gazete. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği. 20 Eylül 2019, Sayı: 30894.