

## SAĞLIK EKONOMİSİ \* (WHO Workshop Raporu, 31 Ağustos-4 Eylül 1987, Moskova)

Çeviren : Dr. Bülent KILIÇ \*\*

### I — GİRİŞ :

Workshop, SSCB Sağlık Bakanlığı (Ministry of Health of the USRR), WHO Avrupa Bölgesel Ofisi ve CMEA (Council for Mutual Economic Assistance = Karşılıklı Ekonomik İşbirliği Konseyi) üyesi ülkelerin katılımı ile Moskova'da 31 Ağustos-4 Eylül 1987 tarihleri arasında CIAMS (Central Institute for Advanced Medical Studies = İleri Tıp Çalışmaları Merkez Enstitüsü) de gerçekleştirildi. CMEA üyesi altı ülke şunlardır: Bulgaristan, Çekoslovakya, D. Almanya, Macaristan, Polonya ve SSCB.

Workshop'un hedefleri şunlardır:

a - Üye ülkeler arasında sağlık ekonomisi ile ilgili deneyimlerin birbirlerine aktarılması.

b - Sağlık hizmetlerinin gelişimi için kaynakların daha iyi kullanım yollarını bulmak.

c - Sağlık ekonomisi ile ilgili alanlarda sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerini düzeltme yollarını tartışmak.

Bu hedeflerin başarmak için oturumlarda şu konular ele alındı:

1 - Halk sağlığının gelişimi önündeki var olan ana ekonomik sorunları dikkate alarak bunları daha etkin olarak çözebilme olasılıklarını araştırmak.

2 - Sağlık ekonomisi araştırmalarının günümüzdeki durumunu belirlemek.

3 - Sağlık ekonomisinin pratiğe geçirilme alanlarında karar vericilerin eğitimlerinin düzeltilmesinin yollarının belirlemek.

### II — WORKSHOP HAKKINDA ÖN BİLGİLER :

Workshop'ta şu konulara dikkat çekildi:

a - Sağlık alanındaki düzelmeler ekonomik gelişme için önemli bir katkı sağlar.

b - Sağlık sektörü kaynak kullanımındaki önemli sektörlerdendir. Yani harcamaların fazla olduğu, pahalı hizmetleri içeren dinamik bir sektördür.

c - Sağlık sektörünün maliyet-etkinlik açısından en iyi olan şekli bulup kullanması zorunludur.

d - Hızlı ekonomik büyümenin sağlık üzerine bazı zararlı etkileri olmuştur.

e - Sağlık durumu yaşam stilinden etkilenir.

f - Sektörler arası konulara dikkat çekilmek zorundadır.

g - Sağlık sektörünün ekonomik ve sosyal sistemlerle geniş bağlantıları vardır.

Örneğin sosyalist ülkelerde anahtar konulardan biri sağlık sisteminin daha fazla etkinliği konusunda reformu idi (herkese eşit sağlık hizmeti konusundaki geniş sosyalist prensiplerden uzlaşma olmaksızın). Konu, hekim, hemşire ve bina sayısını arttırmaktan çok kalitenin, sağlık bilincinin ve ekonomik etkinliğin artırılması ile ilgiliydi.

Workshop'ta sağlık ekonomisi üç yönden incelendi:

Birincisi: Çalışma konularını içerdi (hastanelerin finansmanı, teşvikler, kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemleri, birinci basamağa daha fazla kaynak ayırımı vb.)

İkincisi: Kaynakların kısıtlı oluşu ve seçim yapmanın zorlukları açısından incelendi.

Üçüncüsü: Sağlık hizmetlerindeki seçeneklere dair düşünceler sunuldu.

Şurası da açık ki ekonomide mistik düşünceler yoktur, çünkü çoğu insan günlük yaşamlarında fiyatlarla içiçedir ve herkes bir maliyet-etkinlik hesabı yapar.

### III — AVRUPA'DA HERKESE SAĞLIK HEDEFİNE ULAŞMANIN EKONOMİK YÖNÜ :

Genel olarak bütün ülkelerin güçlülere sahip olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin pek çok ülke henüz şu konularda yeterince başarılı değildir:

1 - Sağlık için kaynakların nasıl dağıtılacağı belirlenmesi.

\* "Health Economics" Report on a WHO Workshop, EUR/ICP/MPN 525, 1988 isimli dokümandan kısaltılarak çevrilmiştir (Ocak 1993).

\*\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Arş. Gör.

2 - Yasal ve idari hayallerin ötesinde sağlık sektörüne ayrılan kaynak payının artışının öncelik içerdiği sağlık politikalarının kontrolü.

3 - Çoğunlukla önemli bir miktarı oluşturmakta olan kontrol dışı harcamaların ve bağışların denetimi.

4 - Hizmetlerin daha uygun kullanım ve yönetiminde özellikle seçilmiş teşviklerin uygulanması.

5 - Modern ekipman ve teknoloji için önceliklerin oluşturulması ve lüks hizmetler ile gerekli ama önemi tam anlaşılammış (cinderella) hizmetler arasında kararsız kalmaktan kaçınılması.

6 - Kaynaklar için sisteme uygun ve izole olmacak şekilde normları ve standartları oluşturmakta.

7 - Günlük sağlık hizmetlerinde eleştirel bakış açılarına sahip olabilmekte.

8 - Gelecekte herkese sağlık hedefine ulaşıldığı zaman ekonomik ve sosyal hayatta ortaya çıkacak değişimlerin görülmesinde.

9 - Sağlık sektöründe değerlendirme, hesap ve performans ölçümlerinin modern yöntemlerini kullanmakta.

10 - Küçük şeylerde cimri olup, büyük şeylerde müsrif olmaktan kaçınmakta ("penny-wise and pound-foolish"). (Yani küçük israflar için büyük idari kararlar alırken, maliyet-etkinlik konusunu koruma ve resmi sağlık hizmetini vermek için kaynak ayırmakta yetersiz kalmak gibi [kırtasiye giderlerini kısımak için genelgeler yayımlayıp, gereksiz sağlık taramalarına büyük kaynaklar ayırmak gibi; cn.]).

11 - İnsanların, gelir seviyelerine, eğitim ve konut durumlarına göre sağlık hizmetlerine ulaşmakta farklılıklarının araştırılmasında yetersiz kalmak.

12 - Birincil koruma ve sağlığı ilerletmekte insanları, endüstriyi ve ekonominin diğer sektörlerini ikna etmede ekonomik argümanları kullanmak konusunda.

Batı Avrupa ve Kanada'dan danışmanlar kendi ülkelerinden bazı örnekler verdiler. Buna göre herkese sağlık stratejisinde dört ana unsur vardır:

a - Sağlıklı yaşam stilini ilerletmek.

b - Hastalıkların kontrolü ve korunma için programlar geliştirmek.

c - Şu andaki dengeyi hastane seviyesindeki hizmetlerden birincil koruma hizmetlerine kaydırmak.

d - Sağlık için kaynakların desteklenmesini ve harekete geçirilmesini sağlamak.

Bununla beraber sağlıklı yaşam stilini ilerletmek ile ekonominin diğer sektörleri arasında da bir çıkar

çatışması vardır (alkol ve tütün üreten endüstriler vb.). Ama aynı zamanda da kazaların önlenilmesi, mortalite ve morbiditenin azaltılabilmesi için de endüstri ile işbirliği yapmak gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki dengenin hastane hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kayışı ise ağır olacaktır, çünkü hastane yatırımları ekonomik açıdan daha ağırlıklı yatırımlardır.

Batılı ülkelerde sağlıklı yaşamı oluşturabilme- de geliştirilen bazı mekanizmalar da şunlardır:

- 1 - Program bütçesi yapmak.
- 2 - Koruyucu programlar geliştirmek.
- 3 - Sağlık teknolojisi kullanmak.
- 4 - Teşvikler düzenlemek.
- 5 - Standartları geliştirmek.
- 6 - Performans ölçümleri yapmak.

**CMEA ülkelerinin sorunları ve gereksinimleri olarak da şu konular tartışıldı:**

1 - Fonların hangi seviyede tahsis edileceğine nasıl karar verilecek (sağlık sektörü diğer sektörlerle kıyaslandığında);

2 - Tüm fonlar merkezi hükümet tarafından mı sağlanmalı veya bazı harcamalar yerel düzeylerde mi karşılanmalı;

3 - Sağlık hizmetlerinde santralizasyon veya desantralizasyon arasındaki denge nasıl sağlanacak;

4 - Sağlık sektöründe kaynakların dağılımında öncelikler nasıl saptanacak;

5 - İyi kalitede bir hizmet ile ekonomik gereksinimler arasında uzlaşma nasıl sağlanacak ve kalitatif göstergeler kantitatif göstergelere eşlik edecek şekilde nasıl geliştirilecek;

6 - Niteliğe ve niceliğe ilişkin göstergeler daha zekice ve esnek bir yönetimle nasıl kullanılabilir;

7 - Sosyalize sağlık sistemlerinde etkinlik için teşvikler nasıl düzenlenmeli;

8 - Sağlık hizmetlerinde yeni teknolojinin kontrolü ve değerlerin ölçümünde neler yapılabilir;

9 - Özellikle var olan bölgesel ve yerel yapıların rollerinin güçlendirilmesi ile mi, yoksa yeni bir kurumsal yapı geliştirerek mi ilerleme kaydedilebilir?

Bir toplumdaki uygun sağlık harcama seviyesi, nüfusun gereksinimlerinin ölçülmesi ile tahmin edilebilir. Fakat şu da açık ki toplum gereksinimlerinin kaynak taahhütüne çevrilmesi kolay değildir. (Örneğin bir toplumdaki gerçek sağlık seviyesi ile ulaşılabilir sağlık seviyesi arasındaki fark belirlenirken bazen hata yapılmakta ve gerçek sağlık seviyesi ile mükemmel (ideal) sağlık seviyesi arasındaki fark

belirlenmektedir). Bu farklılıklar alternatif stratejilerin geniş bir aralıkta yayılmış olmasından ve teknolojik farklılıklardan kaynaklanır. Örneğin bir ülke birincil basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere daha fazla yer veriyorsa ulaşılabilir sağlık seviyesine tedavi edici hizmetlere daha fazla kaynak ayıran bir ülkeden daha az kaynak ayırarak erişecektir.

Sağlıkla ilgili kaynakların potansiyel aralığı oldukça geniştir ve bu konudaki uygun sağlık harcamasının belirlenmesi de oldukça güçtür. Bu değişkenlikler politik kararları verenlerden ve yönetimlerden dolayı çok doğaldır. Sağlık durumu ve sağlık kaynaklarının potansiyel durumu Şekil 1'de görülmektedir.

Diğer ilginç alanlardan biri de sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin ekonomik gelişmeye olan katkısının ölçülmesidir. Sağlık hizmeti gelişmeye bir katkıda bulunabilir ve aynı zamanda ekonomik gelişme de sağlık için daha fazla kaynak ayrılmasına

yol açabilir. Fakat öte yandan ekonomik gelişmenin bazı sonuçları (çevre kirlenmesi, stres vb.) sağlığa zararlı olabilir.

Workshop'ta belirlenen bazı olası görüşler de şunlardır:

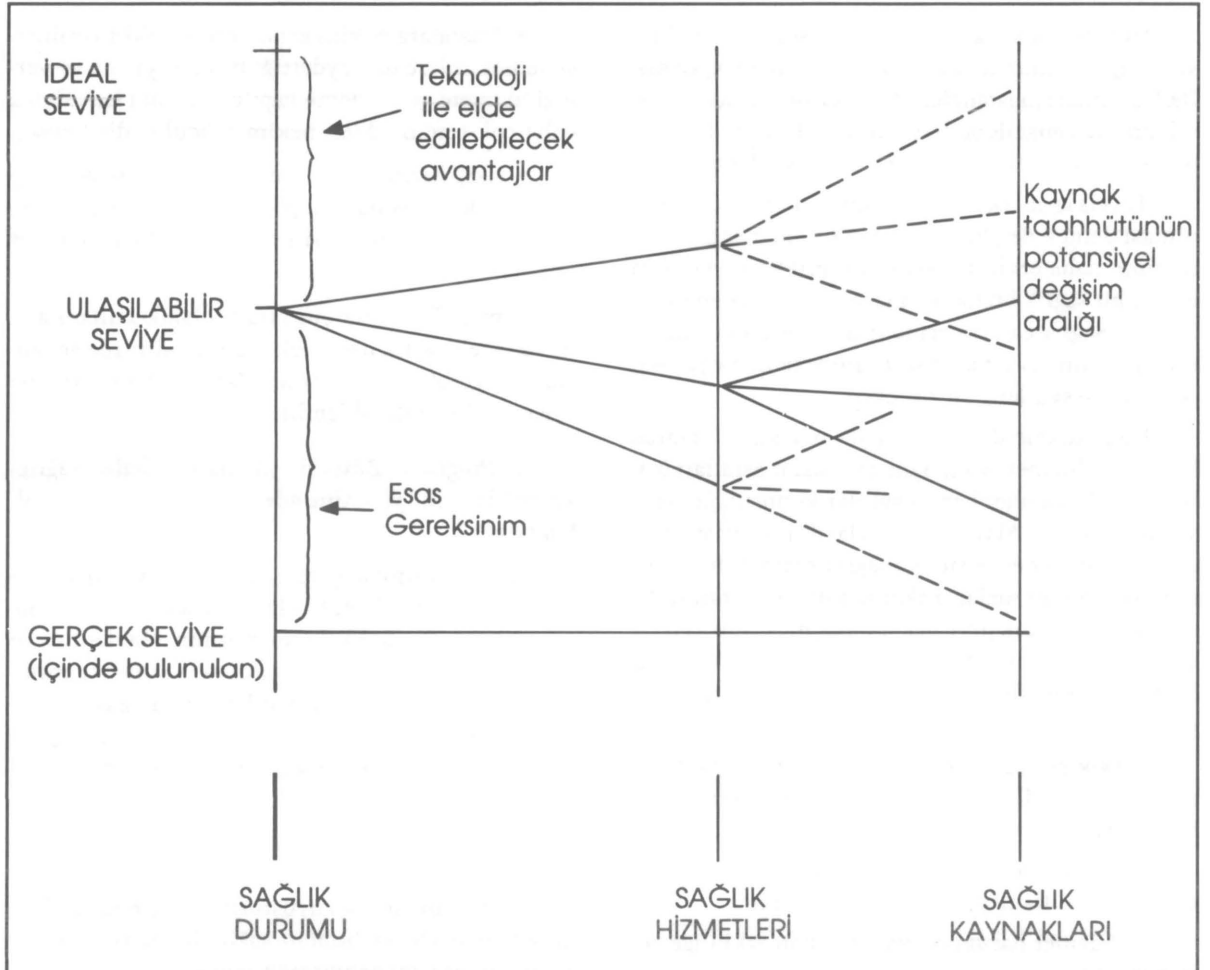
1 - Sağlık profesyonelleri için daha fazla sağlık ekonomisi eğitimi olmalıdır;

2 - Sağlık ekonomisi alanında daha fazla uluslararası işbirliği yapılmalıdır;

3 - B. Avrupa ülkelerinde de benzer sorunlar olmasına rağmen (sağlığa daha az kaynak ayırımı anlamına gelen ekonomik gelişmedeki yavaşlama, nüfusun gittikçe yaşlanması, yeni sağlık teknolojilerinin aşırı çoğalması ve değişen sosyal değerler gibi) bu ülkelerin sağlık gereksinimleri ve hizmetleri oldukça değişiklik göstermektedir.

Herkese sağlık hedefinin ekonomik yanları ile ilgili tartışmanın ana noktaları şöyle sıralanabilir:

Şekil 1 : Gereksinimlerin ve Kaynakların Potansiyel Değişim Aralıkları



1 - Sosyal ve ekonomik sistemlerdeki büyük farklılıklara rağmen modern sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar her ülkede benzerdir.

2 — Tüm ülkelerde çözümlenmesi gereken ana sorunlar şunlardır:

— Sağlık hizmetlerine hangi seviyede kaynak ayrılacak;

— Öncelik verilecek konular nasıl belirlenecek;

— Maliyet/etkinlik gözönüne alınarak sağlık programları nasıl desteklenecek;

— Sağlık profesyonellerine ve hizmeti kullananlara uygun teşvik ve güdüler nasıl sağlanacak?

3 - Ülkeler arasındaki farklılıklar seçilen yöntemlerin detaylarından kaynaklanmaktadır. Çünkü her ülkenin sosyal ve ekonomik sistemi o ülkenin kendi mekanizmalarını etkiler.

#### IV — SAĞLIK EKONOMİSİNDE GÜNCEL BAŞLIKLAR :

##### 1 — Hizmetin maliyeti ve kalitesi üzerinde teşviklerin etkisi:

Her sistemin, sağlık hizmetini sunanlar (hekim vb.), sağlık hizmetini kullananlar (hastalar vb.) ve sağlık kurumları (hastaneler vb.) üzerine bir takım teşvikleri ve engellemeleri vardır. Henüz tek bir modelin tüm yönleri ile iyi olduğu söylenemez.

Teşviklerin ekonomik olması mutlaka parasal olması demek değildir. Örneğin hastalar sağlık hizmetinin daha etkin bir şeklini seçtiklerinde onlara ekstra bir sağlık hizmeti daha vererek ödüllendirilebilirler. Sağlık çalışanları için ise çalışma koşullarının düzeltilmesi veya kariyerlerinde ilerleme parasal olmayan teşviklere bir örnektir.

Batılı ülkelerde ise "maliyet paylaşımı" olarak bilinen ve hizmeti kullananların bazı masrafları üstlenmesi ile yapılan bazı teşvikler konusunda deneyimler vardır. Maliyetin paylaşılması hastaların duyarlı hareket etmesini ve sağlık hizmeti fiyatlarının kontrolünü sağlar. Fakat henüz uluslararası deneyimler bu görüşleri desteklememektedir. Hatta daha da kötüsü maliyetin paylaşılması sıklıkla sağlık hizmetinin alınmasını azaltmakta ve eşitliği engellemektedir.

Teşvik politikalarının çoğu hizmeti sağlayanlar üzerinedir. Tipik olarak hastane yöneticileri ve hekimler üzerine yönlendirilmişlerdir.

Sağlık hizmetini sağlayanlara yapılan ödemelerde en çok kullanılan dört yöntem vardır:

1 - Hizmet başına ödeme: Yapılan etkinliğe göre ödemedir.

2 - Hasta başına ödeme: Kayıtlı kişi veya bakılan hasta sayısına göre yapılan ödemedir.

3 - Total bütçeden ödeme: Genel bütçeden ödenen maaşlardır.

4 - Toplanan vergilerden yapılan ödeme:

İlk iki yöntem yapılan işin miktarı ile ilgili olup çok hassastır. Son iki yöntem ise tedavi edilen hasta sayısından bağımsızdır. Yöntemlerin etkinliği kaliteyi, üretimi arttırışı, maliyetin kontrolü gibi özelliklerle ölçülmelidir. Bu yöntemler arasında hepsinden üstün tek bir yöntem yoktur.

Ek olarak söylemek gerekirse sağlık personelin üzerinde parasal olmayan teşviklere daha çok yer verilmelidir. Onların eğitim istekleri veya meslek hayatları ile ilgili fırsatlar yaratmak gibi.

CMEA ülkelerinden bazı ilginç teşvik örnekleri:

- Daha iyi kalitede bir hastane hizmeti için ekstra ödeme;

- Kişi başına vergi ve hizmet başına ödemenin karışık olarak bir arada denenmesi;

- Hastalara hekimlerini seçme hakkı verilmesi ve hekimlere de kaydettiği hasta sayısına ve verdiği hizmete göre ödeme yapılması (yani hastalarca daha çok tercih edilen hekimin ödüllendirilmesi);

- Ekip hizmeti kavramının uygulanması: Ekip hastane ile anlaşmalı olup yaptığı hizmete göre ücret alır. Ekibin her üyesi yaptığı katkıya göre ücret alır.

Sonuç: Teşvikler çift taraflı olarak kullanılabilir ve gerek sağlık personeli (ücretlendirilme açısından) ve gerekse hizmeti alanlar (kaliteyi arttırma açısından) teşvik edilebilir.

##### 2 - Program Bütçesi yapmanın halk sağlığı kaynaklarının yönetiminde bir araç olarak kullanılması:

Gerek kurumlar, gerekse çeşitli işlevler (lab. hizmeti vb.) üzerine kurulu olan geleneksel bütçe yapma sisteminin sağlık hizmetlerinin planlanma ve değerlendirilmesinde çok yardımcı olmadığı görülmektedir. Bu nedenle alternatif bir sunuma gerek vardır. "Program bütçesi" yapmak işte bu alternatif sunumlardan biridir ve kullanılabilmesi bazı alanlar ise şöyle sıralanabilir:

a - Özel programlarda harcama eğiliminin zamana göre monütere edilmesi için (yaşlılar için geliştirilen programlar veya uyuşturucu kontrolü ile ilgili programlar vb.) ve bunları sağlık hizmetleri politikaları ile bağlantılandırmak için.

b - Harcamalardaki değişikliklerin; etkinliğin seviyesinde oluşan değişimlerle veya programın ürünleriyle oluşup oluşmadığını değerlendirmekte.

c - Programın veya tedavinin daha detaylı ekonomik değerlendirmesi için bir yapı sağlamakta.

d - Gelecek harcamaların planlaması için.

Program bütçesi yapmak geleneksel bütçenin yerini tutmaz ve ekstra bir iştir. Bazı durumlarda program bütçesi sınırlı kalabilir bununla beraber düşünüldüğünde program bütçesi yararlı kabul edilebilir. Sağlık hizmeti programlarında bir bütçe yapmak alternatif bir yaklaşım olabilir. Daha da fazlası program bütçesi politik hedeflerde buluşmayı sağlayan ödüllere, teşviklerle bağlantılandırılabilir.

CMEA ülkelerinde halk sağlığı hizmetlerinde program bütçesi kullanmaya dair örnekler vardır. Fakat kesin kullanım genellikle yerel gereksinimlere bağlıdır. Günümüzde desantralizasyonun ışığı altında program bütçesi yapma konusuna önem vermek zorundayız.

### 3 — Koruyucu sağlık hizmetlerinin ekonomisi :

Koruyucu sağlık hizmetleri gelecekteki hastalıkları ve sağlık harcamalarını azaltacağı için tedavi edici hekimliğe karşı cazip bir alternatiftir. Bununla beraber bu potansiyel karlar koruyucu programların maliyetleri ile dengelenmek zorundadır. Genelde koruyucu programlar özellikle yüksek risk gruplarını hedeflediğinde maliyeti azalttığını kanıtlamıştır. Bununla beraber şu üç nokta önemlidir:

Birincisi: Koruma programlarına, yüksek risk grupları yerine genel nüfusa yönelik olarak (odaklanarak) veya toplumun taranması gibi konularda baş vurulduğunda programdan elde edilecek yarar yapılan harcamaları karşılamayacaktır.

İkincisi: Koruma programları genellikle günümüzdeki değil gelecekte yararları doğurur. Bu nedenle bu programların değerlendirilmesinde toplumun farklı zamanlardaki yararlanım dercelerine bakılmalı göreceli kavramlara dikkat edilmelidir.

Üçüncüsü: Bazı koruma stratejileri sektörler arası işbirliğine gereksinim duyar (çevre kirliliği vb.). Aynı zamanda da başarı için toplumun her kesimi ile de işbirliği gereklidir.

### 4 — Ekonomik değerlendirme açısından "Kalitesi Arttırılmış Yaşam Yılı"nın önemi:

Sağlık ekonomisinin değerlendirilmesi sağlık ey-lemlerinin hem maliyet ve hem de sonuç olarak karşılaştırmalı analizinin yapılmasıdır. Geçmişte sonuçlar para ile veya doğal etkileşimlerle ölçüldü.

Şimdi ise Kalitesi Arttırılmış Yaşam Yılı (KAYY = QALY [Quality Adjusted Life Years]) kullanımını popüler bir ölçüm olmuştur. Bu durum sorunun parasal terimlerle belirlenen sonuçları olmaksızın farklı etkilere sahip geniş bir aralıktaki programların karşılaştırılmasına olanak sağlar. Bu yaklaşım sağlık ve yaşam kalitesi için kişilerin yaptığı gönüllü ödemelerle karıştırılmamalıdır. KAYY sağlık durumunun bir değerine göreceli olarak ölçülmesidir ve bu bilgi sağlık hizmetlerinin başarısını gösteren tek bir indeks üreten bir veri ile kombine edilir. Bazı ülkelerde farklı gruplarda bile ölçümler arasında şaşırıcı uyumlar görülmektedir. Fakat henüz bu konuda yapılması gereken çok şey vardır. Örneğin:

- Sağlık ile ilgili göreceli değerlerin ölçümünde kullanılan farklı yöntemlerin geçerliliği nedir?

- Bu gibi ölçümler gerçekte kimler tarafından yapılmalıdır? Yani kimlerin tercihi dikkate alınmalıdır; doktorların mı hastaların mı?

- Her yaşanmış yıl için maliyeti kıyaslayan tablolar yapılmalı mı ve bunlar nasıl yorumlanmalı?

### 5 — Tıbbi ve ekonomik bir belirleyici: "Tanı Grupları":

"Tanı Grupları" (TG = DRG [Diagnosis-Related Groups]) ilk olarak ABD'de hastane etkinliğini düzeltmenin bir yolu olarak oluşturuldu. Bunlar tedavi edilen hastaları kategorilerine göre belli gruplara ayırmakta ve hastane masraflarını bu şemalara göre ödemekteydiler. Son zamanlarda farklı ülkelerde planlama, bütçe yapma ve klinik aktivitelerin gözden geçirilmesi gibi farklı amaçlarla kullanılmaktadırlar.

TG gerekli hizmetin miktarına ve tipine göre sınıflandırılmış hastane vakalarını içerir. Bu nedenle her grup o sınıf hastalara benzer hastane hizmetini ve tedavi şemasını içerir. TG 450 ayrı tip olarak sınıflandırılmıştır. Her bir tip için ödeme miktarı bellidir. Bu nedenle hastaneler kaynaklarını daha dikkatli kullanırlar.

Workshop katılımcıları TG'nın hastanelerin planlama, bütçeleme ve değerlendirilmesinde kullanılabileceğini belirttiler. TG'nı kullanmak oldukça cazipti çünkü bir yandan hizmet giderlerini sınıflandırabiliyor ve bir yandan da kaynak tüketiminin nereye gittiğini görebiliyordunuz.

### 6 — SAĞLIK EKONOMİSİNDE EĞİTİM VE ÖĞRETİM :

SSCB'de CIAMS (Central Institute for Advanced Medical Studies [İleri Tıp Çalışmaları Merkez Enstitüsü])'de 1962 yılından beri sağlık ekonomisi ala-



nında mezuniyet sonrası eğitim veriliyor. Bu eğitim eskiden öncelikle sağlık planlayıcılarına verilirken son zamanlarda sağlık yöneticilerinden klinisyenlere kadar geniş bir aralıkta eğitim verilmekte. Diğer CMEA ülkelerinde özellikle D. Almanya ve Polonya'da bu konuda deneyim oldukça fazladır.

CIAMS'de sağlık ekonomisi eğitiminde hekimlere beş alanda eğitim verilmekte:

- PLANLAMA
- FİNANSMAN
- YÖNETİM
- EKONOMİ
- SOSYOLOJİ

Sağlık çalışanlarının geniş bir kısmı ekonomi bilimidir. Çünkü sağlık çalışanlarının her bir grubu kendi seviyelerinde kaynak dağılımına karar verecek ve bunu uygulayacak olan kişilerdir. Workshopta tartışmalarda şu konular önem kazandı:

- 1 - Sağlık ekonomisi eğitiminde önceliği hekimler mi, ekonomistler mi almalı?
- 2 - Tıp eğitiminde ekonomi eğitimi de verilmesi mi?
- 3 - Tıp eğitiminde sağlık ekonomisi eğitimi en iyi nasıl verilebilir?
- 4 - Bu eğitim konusunda teşvik yapılmalı mıdır?
- 5 - Sağlık ekonomisi eğitiminde profesyonel ekonomistler kullanılmalı mı? (Bir çok katılımcı tıp eğitimi almış ekonomi bilen eğitimcilerin kullanılması gerektiğini savunuyor).

Ek olarak, sağlık hizmetlerinin hastane veya polikliniklerin yönetiminde tıp bilgisi olmasının gerekli olup olmadığı tartışıldı. Bu konuda tam bir görüş birliği yok. Ayrıca geniş oranda başarılı profesyonel yönetici örnekleri var. Yöneticilerin temel bilgisi ne olursa olsun iyi yönetici olmalı, sağlık ekonomisi ve diğer konularda yeterli bir eğitimi almış olmalıdır.

## VI — SAĞLIK EKONOMİSİ ARAŞTIRMALARI :

Gerek SSCB ve diğer CMEA ülkelerinde sağlık ekonomisi ile ilgili araştırmaların uzun bir tarihi vardır. Bununla beraber araştırmalar birbirlerinden izole durumdadırlar ve deneyimlerini birbirleri ile paylaşmamaktadırlar. Diğer bir güçlük ise geçmişte yapılan işlerin çoğunun plânlama normlarının ve hizmet standartlarının belirlenmesine gitmiş olmasıdır. Şimdi ise araştırmalardaki yenilikler için daha fazla esneklik ve alan var.

SSCB'nin sağlık ekonomisi alanında belirgin bir başarısı var.

Ekonomistler başarılı bir şekilde gösterdiler ki sağlık hizmetlerinde teşvik yararlıdır. Yönetime verilecek teşvikler etkinliği artırır ancak harcamaları o kadar arttırmaz.

Diğer bir değişim de üretici olmayan alanların ekonomisinin de artık önemli olarak görülmeye başlamasıdır.

Sağlık ekonomisi konusunda yapılan araştırmaların bazen uzun sürmesi ve yukarıda alınan kararların aşağıya (hastane yönetimlerine) tam yansımaması gibi nedenlerle olumsuzlukları da vardır.

Kârı arttırmanın örnekleri: Hasta yatağı kullanımı ile ilgili yapılan bir deneyde 5000 hastanın yatış günü ortalama 1,5 gün azaltıldı. Elde edilen kâr ise 2,5 kat daha fazla idi.

1988 Ocak ayında SSCB'de bazı bölgelerde başlatılacak bir deneyde ise belli bir nüfusa verilecek hizmette bütçeleme yapılacak ve ödemelerde hem hizmet başına hem de vergilendirme kullanılacak.

Ek olarak sağlık hizmetlerinin kaynaklarının seviyesinde de bazı tartışmalar vardır. CMEA ülkelerinde GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %4-6 arasında değişmektedir. Bu oran son zamanlarda arttırıldı (özellikle SSCB'de). Fakat daha büyük bir fon elde etmek sağlık ekonomisine olan gereksinimi azaltmaz aksine arttırır. Çünkü bu kaynakların maliyet etkinlik açısından uygun kullanımları gerekir.

Sağlık ekonomisi alanında yapılacak diğer araştırmalar hastalık nedeniyle ortaya çıkan çalışma günü kaybı ve buna bağlı ulusal gelir kaybı konusunda yapılmaktadır.

Sağlık ekonomisi araştırmalarının diğer sağlık araştırmaları ile entegre olması gerekmektedir. Sağlık ekonomisindeki bir çok konu disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu yüzden workshopta sağlık ekonomisi araştırmalarının disiplinler arası işbirliğini içeren başarılı örnekleri incelendi. Bu örnekler üç gruba ayrılır:

1 - İdari çevre açısından disiplinler arası işbirliği: Araştırma ekibi disiplinler arası anlaşmazlıkları çözebilecek bir idari çevre içinde olmalı. Böylece uygun standartlar kullanılabilir ve bir çatı altında çalışılmış olur. Ayrıca ekip klinisyenlerle klinisyen olmayanlar (sosyal, matematik bölümler) arasındaki iletişimi anlayabilecek bir ekip olmalıdır. Ekip aynı zamanda ince bir alt yapıya (infrastrüktürel bir yapı) sahip olmalıdır.

2 - Personel açısından disiplinler arası işbirliği: Her ana disiplinin her birisinde araştırmacıların kritik bir kitle halini almaları çok önemlidir. Çünkü

çevreyi stimüle etmeleri ve büyük projelerin iletişimini sağlamaları gerekmektedir. Öyle geniş bir disiplinler arası bir karışım hayalleyin ki klinik, sosyal, davranışsal ve matematiksel tüm bilimlerini içeriyor. Bu durum özellikle önemlidir çünkü sağlık ekonomisi araştırmaları klinik araştırmalara, epidemiyolojiye ve diğer disiplinlerin hepsine girecek. Doğru bir inter disiplinler çalışma diğer disiplinlerin persone-line işbirliği teklif eder.

3 - Araştırma programı açısından disiplinler arası işbirliği: Araştırma gruplarının hedeflerinin açıkça belirlenmiş olması gerekir. Araştırmanın seçilmiş bir alanda ve belirli bir zamanda yapılması gerekir. Sonuç olarak sağlık ekonomisi araştırma programları değişen oranlarda projeler karışımını içerir.

## VII — SONUÇLAR VE ÖNERİLER :

1 - Sağlık hizmetlerinde bölgesel ve alt bölgesel desantralizasyonlarında ışığı altında ekonomik yönetim kapasitesini güçlendirmek için şunların yapılması gerekmektedir:

a - Hizmeti alanlar, verenler ve yöneticiler için yeni ekonomik teşvik formları oluşturmak;

b - Uygun ekonomik bilgi için teşhis ve hizmet tipleri ile belirlenen program bütçesi yapma, ekonomik performans ve hizmet maliyetine olanak tanıyan bilgi iletişim sistemleri oluşturmak;

c - Sağlık yöneticilerinin eğitimini güçlendirmek, ek yönetimsel sorumluluklar almaya hazır hale getirmek;

d - Sağlık fonlarının ve kaynaklarının bölgesel dağılımında eşitlik ve etkinlik araştırmaları yapmak.

2 - Herkese sağlık hedefinin her açıdan başarılabilmesi için sağlık ekonomisinin stratejik noktalar da bir alet olarak kullanmak ve bunu giderek artırmak amacı ile;

a - Geniş sağlık projelerinin planlanması ve değerlendirilmesinde ekonomik değerlendirme tekniklerinin geniş oranda kullanılması;

b - Hastalıkları önleme ve sağlığı ilerletme hedefinde diğer sektörleri ikna etmeye yardım ve halkın katılımını sağlamak amacı ile ekonomik argümanları geliştirmek ve kullanmak;

c - Yaşamın kalitesini arttırmak amacı ile sağlıkta öncelikler üzerine tartışmalar yapmak.

3 - Araştırma, eğitim, yönetim ve idarecilikte inter disiplinler ve inter profesyonel ekiplerin bir üyesi veya lideri olarak ekonomistlerin rolünü güçlendirmek.

4 - CEMA tıp bölümüne şu önerilerde bulunuldu:

a - Sağlık ekonomisinde ülkeler arası bir programın kurulabilmesi ve gelecek toplantılarda Sağlık Bakanları arasında bir toplantı yapılması;

b - Sağlık harcamaları üzerine karşılaştırmalı bir çalışma yapmak ve rutin bir monitarizasyonu başarmak;

c - Sosyalsit sağlık hizmeti sistemlerinin performansını karşılaştırmak için daha ileri yöntemler geliştirmek;

d - Ekonomik literatür, araştırma ve tavsiyeler için açık bir yapı kurmak;

e - Sağlık ekonomisi ile ilgili terimlerin İngilizce ve Rusça karşılıklarını hazırlamak.

5 - DSÖ Avrupa Bölgesel Ofisi'ne şu önerilerde bulundu:

a - Katılan ülkeler arasında bunu takip edecek ulusal seminerler desteklenmeli;

b - İki üç yıl içerisinde tekrar CMEA ülkelerinin katılımı ile sağlık ekonomisindeki gelişmeleri değerlendirmek için ikinci bir uluslararası workshop düzenlenmeli;

c - Sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri alanında pratik yöntemleri seçmek ve adapte olmak konusunda ve ekonomik yapılanmada üye ülkelere yardımcı olmalı;

d - Katılımcı ülkelerle Avrupa arasında ilgili aktivitelerde geniş oranda bir uluslararası birlik olmalı.