

Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik

Access and Equity in Health Care

ELIZABETH ANNE HERDMAN*
ÇEVİRİ: ÖZLEM YAZICI KORKMAZ**

ÖZET

Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik pek çok sağlık bakım sisteminde başlıca hedeflerden biridir. Küreselleşme, dünya çapında zengin veya yoksul tüm ülkelerde sağlık ve sağlık bakımı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler göstermekte; sağlık ve hastalık sosyal bir model/tarz izlemekte; bir ülkenin sosyoekonomik durumu bozuldukça sağlık durumu da kötüye gitmektedir. Sağlık durumunu iyileştirmede ve hastalıkları önlemede, tıbbi teknolojide ve daha etkili tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen, ekonomik ve sosyal eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkilerinde hiç bir değişiklik olmamıştır. Bu yazıda; hemşirelerin sağlıktaki adaletsizliği sosyal belirleyicileri üzerine odaklanan bir araştırma, eğitim ve politik gündem geliştirmesi ve sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında kamu bilincini artırmaları gerekliliği tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik; sağlık hizmetlerine erişim; sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik; sağlık hizmetlerinde eşitlik.

Bir toplumun gelişmişliği, zenginliği ya da yoksulluğu, bireylerinin sağlığının kalitesi, sağlık durumunun sosyal yelpazede nasıl dağıldığı ve hastalıktan doğan mağduriyetten korunma derecesiyle ölçülebilir. (CSDH/Center on Social Disparities in Health: Sağlıkta Sosyal Farklılıklar Merkezi, 2008).

Sağlık hizmetlerine adil erişim pek çok sağlık hizmeti sisteminde başlıca hedeflerden biridir. Küresel sağlık, diğer bir deyişle 'bütün insanların bireysel ve kolektif bir perspektifle en iyi refah durumu' temel bir insan hakkı olarak görülmektedir.^[1] Sağlık için temel önkoşullar "1986 Ottawa Sağlığın Geliştirilmesi Bildirgesi"nde ana hatlarıyla belirtilmiştir.^[2] Daha sonra Birleşmiş Milletler, Milenyum Gelişme Hedefleri olarak bilinen ve 2015'e dek yoksullukta ve hastalıklarda azalmayı içeren Milenyum Bildirgesi'ni kabul etmiştir.^[3] 2003'te, kaliteli sağlık hizmetlerine evrensel ve adil erişimi garanti altına almak amacıyla Uluslararası Sağlık Hizmetlerine Genel Erişim Forumu kurulmuştur.^[4] Kısa süre önce, Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığı Belirleyen Sosyal Faktörler Komisyonu'ndan gelen öneriler, "güç, para ve kaynakların eşitsiz dağılımını iyileştirme" ve "sağlık adaletsizliği sorununu ölçme,

ABSTRACT

Access and equity is a major objective of most health care systems. Globalization has had both negative and positive effects on health and health care worldwide and in all countries, rich and poor, health and illness follow a social pattern whereby the lower the socioeconomic position, the worse the health. Despite developments in health promotion and disease prevention, the advances in medical technology and more effective therapies, and greater knowledge about health determinants and the factors that influence health, there has not been any change in the health effects of economic and social inequalities. In this paper it is argued that nurses must develop a research, education and political agenda that focuses on the social determinants of health inequalities, and raises public awareness about the social determinants of health.

Key words: Nursing; access health care; access and equity in health care; equity in health care.

anlama ve eylemin etkisini değerlendirme"yi içermektedir.^[1]

Küreselleşme bütün dünyada sağlık ve sağlık hizmetleri üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler bırakmaktadır.^[5] Küreselleşme, siyasi ve coğrafi sınırlar arasında bilgi, mal, sermaye akışının artmasını kapsamakta ve daha çok ekonomik terimlerle açıklanmaktadır; ancak sağlık ve sosyal yapılar üzerindeki etkileri de önemlidir. Zengin veya yoksul bütün ülkelerde sağlık ve hastalık sosyal bir model/tarz izlemekte; bir ülkenin sosyoekonomik durumu bozuldukça sağlık durumu da kötüye gitmektedir. Sağlık adaletsizliğini azaltmak etik bir zorunluluk haline gelmiştir; çünkü "Sosyal adaletsizlik insanlar büyük çapta öldürmektedir".^[1]

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, sağlıktaki eşitsizliği iyileştirmek ve bunu gerçekleştirmek için uluslararası araçları teşvik etmek üzere neler yapılabileceğine karar vermek amacıyla oluşturulmuştur.^[1] Hastalığın eşit şekilde görülmemesi sebebinin kötü sosyal politikalar ve programlar, adaletsiz ekonomik düzenlemeler ve kötü siyaset olduğunu ileri sürmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini oluşturan günlük hayatın yapısal belirleyici

* E A Herdman, Prof. Dr.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / Müdürü
Güzelbahçe Sok. No:20, 34365 Nişantaşı / İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 01 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: eherdman@ku.edu.tr

** Ö Yazıcı Korkmaz, Yard. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC)
Güzelbahçe Sok. No:20, 34365 Nişantaşı / İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 48 Faks: 0 212 311 26 30
e-posta: okorkmaz@ku.edu.tr

faktörleri ve koşulları, ülkelerin kendi içinde ve aralarındaki büyük sağlık eşitsizliklerinin sebebidir.

Bütün sağlık personeli, hemşireler de dahil, sağlık hizmetlerine adil erişimi destekleme sorumluluğuna sahiptir. Dünya Bankası'na göre (1993), hemşireler kamu sağlık hizmetlerinin çoğunu gerçekleştirebilir.^[6] Son on yılda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ=World Health Organization/WHO), Pan Amerikan Sağlık Örgütü (Pan American Health Organization=PAHO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN) sağlık hizmetlerinde hemşireliğin önemini kabul etmiştir.^[7] Hemşirelikte maliyet etkinliği ile ilgili yapılan çalışmalar, hemşireler tarafından sağlanan sağlık hizmetinin kalitesinin, doktorları da kapsayan diğer sağlık görevlilerinin sağladığı hizmetin kalitesiyle aynı olduğunu göstermektedir.^[8] Eğer küresel nüfusun ciddi sağlık adaletsizlikleri/eşitsizlikleriyle mücadele edilecekse, hemşirelerin temel sağlık hizmetlerine yaptığı katkı güçlendirilmelidir.^[7]

Eşitlik

Eşitlik, bireylerin kendi sosyal koşulları içerisinde adil olarak tedavi edilmesidir.^[9] Bu konu eşit sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insanlar için sağlık hizmetlerine eşit erişim, eşit ihtiyaç içindeki insanların eşit kullanımı ve eşit sağlık sonuçları yönünden tartışılmaktadır. Birinci durumun sağlanabilmesi için "eşit ihtiyaç duyan insanların sağlık hizmetlerine erişiminde eşit fırsat sahibi olmaları" gerekir. Bu fırsat eşitliği sağlansa bile, ihtiyaç ve fırsat sahibi olanlar fırsatı eşit şartlarda değerlendiremeyebilir ya da sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanacak kadar iyi bilgilendirilmemiş olabilirler. İkinci durum, farklı tercihlerin yapılması farklı hizmet kullanımlarına götürebilir. Diğer yandan üçüncü durum, hayat tarzında pek çok kısıtlamaya yol açar. Oliver ve Mossialos^[10] eşit ihtiyaç içinde olanların eşit erişiminin sağlık politikalarının en uygun eşitlik prensibi olduğunu öne sürmektedir. Çünkü, bunun sağlığa özgü ve eşit ihtiyaç içindeki insanların farklı kullanımları için kabul edilir nedenler içeren bir prensip olduğunu düşünmektedir.

Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin kullanım maliyetini içeren ekonomik erişim; sağlık hizmetlerine uzaklıkla ilgili olarak fiziksel ve coğrafi erişim ile hizmetlerin kültürel kabul edilebilirliği, ilaç tipi ve sağlık hizmetini sağlayanların kimler olduğuyla ilişkili kültürel erişim maddelerini kapsamaktadır.^[11] Erişim, hizmetlerin bedeli ve nüfustan ne kadar uzakta olduğuna bakarak mutlak erişim seviyesini belirlemek için olduğu kadar genellikle sınıf, cinsiyet ve gelir seviyesiyle ifade edilen farklı grupların erişim seviyesini belirlemek için de ölçüldür.

Erişimle ilgili bir sorun, kavramın kabul edilmiş tanımlarının eksikliğidir; böyle olup olmadığı koşullara göre değişir. Örneğin,

ABD'de erişim, bir insanın sigortalı olup olmadığı ve sigorta seviyesiyle ilgili bir kavramdır. Pek çok insanın sigortalı olduğu Avrupa'da ise erişim, "belirli bilgi seviyesindeki insanlar tarafından, belirli bir kişisel rahatsızlık ve bedele tabi özel sağlık hizmetlerini alabilme gücüdür".^[12] Arza bağlı erişimde değişkenler uygunluk, kalite, bedel ve bilgiyle ilgilidir.

Eşit ihtiyaca eşit erişimi etkileyen faktörler arz ve talep çerçevesinde görülebilir. Arzda, sağlık hizmetlerine coğrafi yakınlık açısından ülkeler arasında büyük çapta farklılıklar vardır. Arzın oluşturulmasında, kaynaklar alışımlı yöntemle varlıklı bölgelere doğru değil, bölgelerin nüfus büyüklüğü, yerel işgücü, sermaye giderleri, sağlık ihtiyaçları ve gelirlerine göre dağıtılmalıdır.^[10] Arzı belirleyen faktörler; bilgi, bilgiye ulaşım, kültürel inançlar, dolaylı maliyetler ve tercihlerdir.

Avustralya sağlık hizmeti sistemi (Sağlık Sigortası), "ödeme gücüne göre değil, sağlık ihtiyaçlarına göre erişim" üzerine kurulmuştur. Avustralya hükümeti eşitliğin, sağlık hizmetlerinin bedelinin karşılanıp karşılanmadığından daha fazlası olduğunu farkındadır. Çünkü bazı insanlar yaşadıkları yer nedeniyle, bazıları da farklı kültür ve dilleri nedeniyle fırsatı kaçırlar. Sakat ya da karmaşık sağlık sorunlarına sahip diğer insanlar da tıbbi hizmetlere ve uzman doktor hizmetlerine erişimde büyük uçurumlar olduğunu keşfederler. Başka bir deyişle, evrensellik ilkesi üzerine kurulu olmasına rağmen, hiçbir evrensel modelin başarılı olmayacağını farkında bulunduğu için evrensel hak, evrensel erişim olarak değiştirilmiştir. Örneğin, eğer insanlar toplumlarında doktor olmadığı için evrensel haklarını kullanamıyorlarsa, herkesin mali olarak destekli sağlık hizmetlerine erişimi evrensel bir hakır demek mümkün değildir. Çözüm, insiyatifi ele alarak daha karmaşık ihtiyaçları olan insanların ek hizmetlere erişimini sağlayarak evrensel erişimi ilerletmektir. Bu ek hizmetler, toplumda bunlara ihtiyaç duyan alt-kümeler için "evrenseldir"; ancak bütün nüfus için değildir.^[13]

Avustralya hükümeti erişim ve eşitliği artırmak için sağlık ihtiyaçlarını tanıma ve sürekli "bakım süreci"nin bir parçası olan sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda bir dizi Ulusal Erişim Hedefleri geliştirmiştir. Bu yaklaşım, bakım sürecinde erken erişimin, insanların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesiyle eşit önemde olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, bir bakım sürecinde sadece "akut" evrede erişimi değerlendirmek yerine, örneğin kanser durumunda dengeli bir yaklaşım olarak aşağıdakilerin değerlendirilmesini içerir:

- Risk azaltıcı girişimler (sigara karşıtı programlar)
- Önleyici girişimler (serviks kanser aşısı)
- Kanser tarama hizmetleri (mamografiler)
- Teşhisi kolaylaştırıcı görüşmeler ve tetkikler (Genel pratisyenler, uzmanların yaptığı danışmanlıklar, MR tetkikleri)
- Tedavi amaçlı girişimler (kanser ameliyatları, radyasyon onkolojisi ve kemoterapi)

- Palyatif bakım (bakımevi, geçici bakım, toplum sağlığı hemşireliği)

Bütün 'bakım süreci' göz önüne alındığında, bakım sürecinin yalnız bir ögesine odaklanmak yerine, erişimi baştan sona değerlendirmenin tercih edilmesi gerektiği görülmektedir.

Erişim ve tarafsızlığın bir diğer önemli yönü ise cinsiyet eşitsizliğinin önemli bir sebebi olan ve sağlığın etkili belirleyicilerinden olan cinsiyet-güç ilişkilerinin hesaba katılması gerekliliğidir. Sağlıkta cinsiyet tarafsızlığını iyileştirici faaliyetlerde bulunmak ve kadınların sağlık haklarını iyileştirmek, sağlık adaletsizliğini azaltacak ve sağlık kaynaklarının etkili kullanımını garanti altına alacak en önemli yollardan biridir.

Hemşirelik, Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik

Sosyal eşitsizlik ve sağlık eşitsizliği arasındaki devamlı ilişki, hemşirelik örgütlerinde mesleki uygulama için bir çerçeve olarak sosyal adaletin gündeme gelmesini sağladı.^[14] Dünya genelinde Hemşirelik Örgütlerinin çoğu, hastalık önleme ve sağlığı iyileştirmede evrensel, erişilebilir ve eşitliğin olduğu bir sağlık hizmeti anlayışını desteklemektedir. Daha önce belirtildiği gibi hemşireliğin maliyet-etkinliği üzerine yapılan araştırmalar, hemşireler tarafından verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin doktorları da içeren diğer uzman sağlık görevlilerinkine ile aynı olduğunu kanıtlamaktadır.^[8] Bunun yanı sıra, uluslararası örgütlerin (WHO, PAHO), hükümetlerin sağlık politikalarını oluştururken hemşirelerin ulusal, bölgesel, yerel ve bölüm düzeyinde katılımlarının sağlanmasına yönelik önerilerine karşın, pek çok ülkenin hemşirelerin değerini fark edememesi ve onları uygun şekilde değerlendirememesi ile tutarsız bir tablo ortaya çıkmaktadır. Sağlığı iyileştirmede ve hastalıkları önlemede, tıbbi teknolojide ve daha etkili terapilerde kaydedilen gelişmeye ve sağlık indikatörleri ile sağlığı belirleyen faktörler hakkında artan bilgiye rağmen, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisinde hiçbir değişiklik olmamıştır.^[7] Bunun nedeni pek çok hükümetin hastalıkları önleme ve sağlığı iyileştirmeyi de içeren temel sağlık hizmetlerinin önemini kabul etmesine rağmen, çoğunun "sağlık hizmeti"ni "tıbbi hizmet"le karışması ve diğer sağlık personeli ile hastalardan çok tıp mesleğine yarar sağlayan biyomedikal yaklaşım üzerine odaklanmasıdır. Biyomedikal, ileri teknoloji ve akut hastane bakımına odaklanma pahalı ve etkisiz bir yöntemdir. Boutain^[14], hemşirelere, yapısal eşitsizliklere dayalı sağlık sorunlarına yönlendirecek sosyal adaletle dayalı bir eğitim verilmesine odaklanmayı savunur. Benzer bir eğitimin tıp öğrencileri için de yararlı olacağı savunulabilir.

Sağlık görevlilerinin en büyük grubunu oluşturan hemşirelerin, ulusal ve uluslararası düzeyde sosyal eşitsizliği ve sağlık eşitsizliğini ortadan kaldırma sorumluluğu vardır. Hemşireler, araştırmalarında erişim ve eşitliği tanımlama ve inceleme ile sosyal alanda ve sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya

katkıda bulunacak stratejilerle ilgili doğrudan siyasi faaliyetlere odaklanmalıdırlar.

Metodolojik Sorunlar

Erişim ve eşitsizlikle ilgili birçok teoriye rağmen, literatürde bu kavramların ne anlama geldiği üzerine çok az uzlaşma vardır. Çünkü "eşit erişim" in genel kabul görmüş bir tanımı yoktur.^[10] Genel bir tanım üzerinde anlaşamama, hükümetleri sağlık politikalarını değerlendirecek bir referans noktasından mahrum bırakmaktadır. Oliver ve Mossialos^[10], erişim ve eşitlik tartışmasında metodolojik sorunlarla ilgili iki alan tanımlamaktadır. İlk olarak, "sağlık hizmeti ihtiyaçları"nın tanımı ve nasıl ölçüleceği üzerinde bir uzlaşma sağlanması gerekmektedir. Eğer bu kavram daha iyi bir şekilde işleme geçirilirse, politika üretenler hem eşit ihtiyaç için eşit erişim, hem de farklı seviyelerde ihtiyaç duyan insanlar için uygun erişimle tutarlı politikalar oluşturabilirler. İkincisi ise, "erişim" in iyi ölçülmesi ile politika üretenler bir topluma ulaştırılması gereken sağlık hizmetinin asgari alanını ve niceliğini; hastalar için azami ekonomik maliyetini ve hizmetleri kullanması için insanların ihtiyaç duyduğu asgari bilgiyi belirleyebilirler. Bu, erişimi belirlemek için basitçe kullanımı ölçmekten daha iyi bir yaklaşımdır.

Sonuç

Kamu politikaları oluşturulurken, bireysel kaygılar nüfusun/ toplumun kaygılarına karşı tartılır. Bu, sağlık hizmetinde erişim ve eşitlikle ilgili sorunlar yaratır. Örneğin, Fein^[15] tıbbi hizmetlerle sağlık sonuçları arasındaki bağların zayıf olmasından dolayı kamu sağlık hizmetlerinin önemli olduğuna inanmakta, erişim ve eşitlik konularının önemli olduğunu öne sürmekte ve daha çok eşitlik istemektedir. Fein^[15], imajın gerçek durumdan daha önemli olabileceğini ileri sürmekte; bilim ve teknolojiye hayran bazı insanların tıbbi girişimlerin sağlığa çok önemli bir katkısı olduğuna inandığını savunmaktadır. Bazı insanlar da paranın banlama, beslenme, eğitim ve yoksulluğu azaltma gibi toplumun sağlığını etkilediği kanıtlanan öğelere harcanmasının daha iyi olacağına inanmaktadır. Aslında, sağlık için gerekli temel önkoşulların, iyileştirilmiş sosyal koşullar olduğuna dair önemli sayıda kanıt vardır.^[1-4] Bu, insanların günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesine; gücün, paranın ve kaynakların küresel, ulusal ve yerel ölçekte adaletsiz dağılımını yaratan ve sürdüren yapısal faktörlerle ilgilenilmesine gereken dikkatin verilmesini gerektirmektedir. Özellikle hemşireler de dahil olmak üzere sağlık işgücününün sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine odaklanan ve bu konuda farkındalığı artıran bir araştırma, eğitim ve politik gündem geliştirmesi gerekmektedir.

"Sağlıkta eşitliği bir kuşak dahilinde gerçekleştirmek, başarılabilir; yapılacak doğru şey budur ve şimdi bunu yapmak için doğru zamandır."^[1]

KAYNAKLAR

1. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. WHO. Ottawa charter for health promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. Geneva: WHO; 1986.
3. United Nations. UN millenium project 2005. Investing in development: a practical plan to achieve the millenium development goals. Overview. New York: UN; 2005.
4. International forum on common access to health care services. Programme statement. Stockholm: IFCAHCS; 2003.
<http://www.social.regeringen.se/inenglish/forum/index.htm> (Erişim tarihi: Şubat 2011).
5. Collier P. & Dollar D. Globalization, growth and poverty: building an inclusive world economy. Washington; DC: World Bank and Oxford University Press; 2002.
6. World Bank. Investing in health. Published for the World Bank, Oxford University Press; 1993.
7. PAHO. Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality, and sustainability in the health services. Regional Office of the WHO. PAHO/THS/OS/025.02; 2004.
8. WHO. Nurse effectiveness: health and cost-effective nursing services. Mount Sinai Hospital; 1998.
9. Canadian Nurses Association (CNA). Social justice: A means to an end, an end in itself. Ottawa: CNA; 2006.
10. Oliver AJ. & Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations of action. Journal of Epidemiology and Community Health 2004; 58 (8): 655-658.
11. Hutton, G. Equity and access in the health sector in 5 countries of E. Europe and Central Asia: A brief review of the literature. Swiss Centre for International Health. Swiss Tropical Institute; 2002.
12. Goddard M & Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. Social Science & Medicine 2001; 53: 1149-1162.
13. Commonwealth of Australia (CA). A healthier future for all Australians -Final report of the National Health and Hospitals Reform Commission. Canberra: CA, Publications Number: P3 -5499; 2009.
14. Boutain DM. Social justice as a framework for professional nursing. Journal of Nursing Education 2005; 44(9): 404-408.
15. Fein R. On achieving access and equity in health care. The Milbank Quarterly 2005;83 (4): 1.35