

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” VE TÜBERKÜLOZ KONTROLÜ

Zeki KILIÇASLAN*

“Sağlık Reformu” veya Sağlıkta Dönüşüm

Son 20-25 yıldır orta ve az gelişmiş ülkeler çeşitli basınç/baskılar altında sağlık sistemlerinde değişikliklere zorlanmışlardır. Bu basınçların en önemlisi neoliberal ekonomik eğilimden kaynaklanmaktadır. Bu bakış açısı devlet mülkiyeti, bürokratik yönetim ve arz belirlenimli yapıdan özel mülkiyet, rekabet, talep belirlenimli ve performansla ilişkilendiriliş kazanca dayalı ekonomik anlayıştan kaynaklanmaktadır. Bağlantılı olan temel belirleme ise kolektif bakış açısına sahip ideolojiden bireyci ideolojik yaklaşımlara kayıştır. Diğer bir zorlayıcı faktör ise özellikle orta gelişmiş ülkelerde de gelişmiş ülkelere benzer şekilde oluşan epidemiyolojik değişikliklerdir. Yaşlı nüfus ile birlikte kronik hastalıklar artmış ve sağlıktaki olağan üstü yükselen teknoloji ile de birlikte sağlık hizmeti giderlerinde büyük yükselişler olmuştur. Neoliberal politika izleyen hükümetler bir yandan artan sağlık harcamalarını hastalara yıkma amacıyla bir yandan ise olağanüstü büyüyen “sağlık sektörü”nü piyasalaştırarak sermaye için yeni karlı bir kazanç alanı haline getirme yönelimindedirler.

“Sağlık reformu” veya “Sağlıkta dönüşüm” denilen uygulamalar evrensel ortak özelliklere sahiptir (1, 2). Bu başlıklar kabaca şöyle özetlenebilir ; Desantralizasyon ; Sağlık yönetimi ve hizmetlerinin daha periferik kurumlara aktarılması. Entegrasyon; Özellikle enfeksiyon hastalıklarında uygulanan vertikal veya kategorik merkezi hükümet programlarını (tüberküloz kontrol programı gibi) genel sağlık hizmeti programları içine alınması. Hasta ödentilerinin oluşturulması, Devlet hastanelerinin özertleşmesi/özelleştirilmesi, Özel sektörün desteklenmesi, Sigorta kurumlarında değişiklikler; Prime Dayalı Genel Sağlık Sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, özel sigortanın teşviki. Kamu çalışanlarının statüsünde değişiklik; Kamu çalışanlarını merkezi devlet görevlisi olmaktan çıkarıp yerel yönetimin iş güvencesiz çalışanları haline getirmek, performans dayalı ücretlendirme, esnek çalışma biçimlerinin geliştirilmesi.

Bu doğrultu altında değişen sağlık yapısı orta ve az gelişmiş ülkelerde hala ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam eden tüberkülozun (TB) kontrolünü de kaçınılmaz olarak etkilemektedir (3,4).Türkiye aynı zaman dilimi içinde

bir yandan sağlıkta dönüşüm sürecini, bir yandan da tüberküloz kontrol programını DSÖ önerisi olan Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi doğrultusunda yenileme sürecini birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle sürecin izlenmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması TB açısından daha da önemli hale gelmiştir.

Tüberküloz Kontrolünün İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1991 Sağlık Asamblesi kararlarında TB kontrolünün en önemli yönünün olgu yönetimi olduğunu ortaya koymuştur. Buna bağlı olarak DSÖ'nün 1993 yılında TB kontrolü için DOTS (Directly Observed Therapy-Short Course, Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi –DOTS) yaklaşımının bütün ülkelerin Ulusal Tüberküloz Kontrol Programlarında (UTKP) temel alınmasını önermiştir. Bu yaklaşımın esası TB hastalığının toplum içinde yayılmasından asıl sorumlu olan balgam yaymaları pozitif akciğer tüberkülozlu kişilerin tanısı ve tam olarak tedavi edilmesidir. Bu stratejide; tanıda bakteriyolojinin esas alınması, hastaların belirlenmiş standart rejimlerle tedavi edilmesi, tedavinin en azından ilk iki-üç ayının bir sağlık çalışanı tarafından gözetim altında verilmesi, ilaçların ücretsiz sağlanması, hastaların standart kayıt ve takiplerinin yapılması ve bütün bunların sürekliliğinin sağlanması için devletin politik kararlılığının ortaya konması esas alınmıştır.

Bu programını iyi şekilde yürütülebilmesi açısından TB kontrol programlarının birinci basamak kamu sağlık kurumları ile entegrasyonu, kalite kontrolü olan yaygın bir mikroskopi ağı, düzenli eğitim ve denetim etkinlikleri gerekmektedir. Yayma pozitif olguların erken tanısı ve gözetimli olarak tam tedavi edilmesi toplumda enfeksiyonun yayılmasını engelleyecek ve zaman içinde o toplumdaki sessiz TB enfeksiyonlu kişilerin ve dolayısıyla TB hastalığının insidansı azalacaktır. Düzenli ve yeterli tedavi aynı zamanda düzensiz ve/veya eksik ilaç kullanımını bağlı ilaç direncinin gelişimini de ortadan kaldıracaktır. (5)

Bu temel program önermelerine ek olarak daha fazla hasta bulunabilmesi için kültür yöntemlerinin yaygınlaştırılması, hasta temaslılarının ve mahkumlar gibi risk gruplarının ücretsiz taranması, temaslılar içinde olanların veya sessiz TB enfeksiyonuna sahip olup immünsuprese olanlara

* İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

koruyucu tedavi verilmesi, çocukların TB basili ile karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu toplumlarda zorunlu BCG aşı uygulamalarının devam edilmesi önerilmektedir.

yukarıda özetlenen TB kontrol ilkeleri açısından kağıt üzerinde bazı fırsatlar sunmasına rağmen çok önemli riskleri de taşımaktadır. Bu fırsatlar ve riskler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Sağlıkta Reform Stratejileri ve Tüberküloz Kontrolü; Fırsatlar ve Riskler

Sağlık Reformu için evrensel olarak önerilen tedbirler

Sağlıkta Reform Stratejileri ve Tüberküloz Kontrolü; Fırsatlar ve Riskler (3 no'lu kaynaktan modifiye edildi)

Reform stratejisi	Fırsatlar	Riskler
Desantralizasyon	<ul style="list-style-type: none"> Bölgesel ve yerel ihtiyaçların karşılanması. Yerel sahiplenme. Sivil toplumun katılımı. Eğitim ve koordinasyonun sürekliliği. 	<ul style="list-style-type: none"> TB sorununun öneminin anlaşılması. Yetersiz teknik ve yönetim kapasitesi. İlaç, personel alım yetersizliği. Hesap verebilirlik kaybı. Standart kayıt ve değerlendirmede aksama
Program entegrasyonu	<ul style="list-style-type: none"> Vaka bulma ve tedavi hizmetinin yayılması. Eğitim, kontrol ve kaynak dağılımında verimlilik. Ulusal seviyede sahiplenmenin artışı 	<ul style="list-style-type: none"> TB asgari hizmet paketinde olmayabilir. Bütün hizmetler için yetersiz kaynak. Sonuçların takibinde yetersizlik.
Hasta ödentileri	<ul style="list-style-type: none"> Yerel hizmetler için daha fazla kaynak. Hastalar ücretli hizmete daha fazla güvenirlir. 	<ul style="list-style-type: none"> Tüberkülozlulardan da para alınabilir veya hastalar böyle zannederek başvuramayabilirler. Yoksulların ulaşması zor. Kurumlar ve çalışanlar "ödeyen" kişilere odaklanabilir.
Kamu çalışanları reformu	Sağlık çalışanı sayısında artış Performans kriterleri doğru belirlenirse kalite artabilir	
Hastanelerin özerkleşmesi	Daha maliyet-etkin tanı/tedaviye yönelim	Kurumlar ve çalışanlar "ödeyen" kişilere ve gelir getirici hastalıklara odaklanabilir <ul style="list-style-type: none"> Özellikle olgu takibinde yetersiz gayret.
Özel sektörün katılımı	<ul style="list-style-type: none"> Özel sektörün TB kontrolüne entegrasyonu fırsatı. Performans temelli anlaşmaların yapılması 	<ul style="list-style-type: none"> Kötü tedavi sonuçları ve ilaç direnci artışı

Sağlık Reformu ve TB kontrolü; Ülke deneyimleri;

Bangladeş: Daha önce perifer seviyede yetersiz bir sağlık alt yapısı olan ülkede tüberkülozu kapsayan genel bir asgari sağlık hizmeti paketinin yaygınlaştırılması ile TB kontrolünde iyileşme sağlanmıştır. Fakat gerek merkezi gerekse yerel düzeyde TB kontrolü için politik kararlılığın sürdürülmesi sorunu vardır (6).

Brezilya: Sağlık reform çalışmalarından sonra yerel sağlık yönetimlerinin hazırlıksızlığı nedeni ile TB kontrol programı ciddi zarar gördü; semptomlarda balgam muayenesi %50 azaldı, akciğer TB olgularının % 30-45' inde bakteriyolojik doğrulama yapılmadı, yayma muayenesi % 60 olguda eğitimsiz personel tarafından yapıldı, ilaç depolama ve ilaç sağlanması önemli ölçüde aksadı, kayıt raporlama kalitesi azaldı. 1998 de DGTS temelinde yeni bir programa geçilmek zorunda kalındı (7).

Zambiya: Vertikal TB kontrol programının yok edilmesi ile olgu bulma, olgu yönetimi ve ilaç sağlanması açısından "katastrofi" olarak adlandırılan bir bozulma yaşandı (8).

Kenya: UTKP reform sürecine proaktif olarak katıldı. Vertikal programın güçlü bölge yapısı korundu, periferik sistem TB kontrol aktivitelerini tam olarak kapsadı. Bu yolla HIV salgını ve bütçe zorluklarına rağmen UTKP sürekliliğini koruyabildi (9).

Kolombiya: Reform süreci 1991 de başladı. Rekabetçi bir yönetim anlayışı sonunda 2000 yılına gelindiğinde olgu bulma ve temaslı taramasında anlamlı azalma, özellikle yoksullarda tedavi terklerinin artışı ile birlikte kür oranlarında düşme ve BCG aşılama oranlarında azalma oluştu (10).

Vietnam: Sağlık sisteminde özel sektörün yaygınlaşması ile TB kontrolü için para bulunması, ilaç-malzeme temini zorlaştı. Özel sektöre başvuran hastaların TB için doğru yönlendirilmesi ve doğru ilaç rejimi ile tedavi şansı azaldı (11).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının TB kontrolü Üzerine Muhtemel Etkileri ve Savunulması Gerekenler

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının TB kontrolünün temel parametreleri üzerine olası etkilerini tek tek ele alarak inceleyebiliriz.

Politik kararlılık; TB kontrolünün başarılı olmasının en önemli etkeni sorunun politik olarak ciddi şekilde ele alınması ve gerekli kaynakların sağlanmasıdır. TB daha çok yoksul ve politik olarak güçsüz toplulukların hastalığı olduğu için merkezi politikaların zayıfladığı durum da her yerel düzeyde politik kararlılığın oluşturulması sorun olabilir. Örnek olarak periferik bir sağlık yönetimi ücretsiz

TB ilaç alımı yerine başka bir önceliği koyabilir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı içinde TB kontrol biriminin güçlendirilmesi, merkezi olarak TB kontrolü için ayrı bütçe aygınlamasına devam edilmesi, merkezi ilaç alımının ve dağıtımının devamı sağlanmalıdır. Öte yandan bu hizmeti talep eden toplum-hasta hareketleri de desteklenmelidir.

Olgu bulma ve tanı hizmetleri; Birinci basamakta ücretsiz başvuru hakkı TB için özel bir önem taşır. Ancak bu yolla bulaştırıcı hastaların erken yakalanması mümkündür. Sigorta kapsamında olanlardan birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru için düşük düzeyde de olsa para istenmesi ve muhtemel genel sağlık sigorta kapsamında kalacak geniş yoksul kitleler düşünüldüğünde hasta gecikmesi söz konusu olabilir. Özel bir önleme alınmazsa sağlık çalışanlarının mali bir geri getiri olmayan (performansı düşük !) ücretsiz TB hizmetleri (TB dispanserleri, TB laboratuvarı, tedavi gözetimi, temaslı kontrolü gibi) kapsamında görev yapma motivasyonu azalabilir. Özelleşmiş birimlerde verilen tanı hizmeti (örnek; mikroskopi) entegre sistem içinde kalite kaybına uğrayabilir. Bu açıdan verem savaş hizmetleri birinci basamak hizmetlerine tam entegre edildiğinde de laboratuvar hizmetlerinin vertikal olarak korunması gerekir.

Standart tedavi rejimleri ve tedavinin gözetimi; Tedavi başlama ve tedavi rejimini seçme kararı özel kurumlar da dahil tüm birinci basamak kurumlara bırakıldığında standart tedavi rejimlerinin uygulanması büyük sorunlarla karşılaşılabilir. Tedavinin başlangıcında hastanede yatması gereken TB olguları kurumlara "gelir getirici" özellik taşımadığından dezavantajlı duruma düşer. Bu günlerde olduğu gibi hastanede yatış olanakları azalır. Türkiye'de doğrudan gözetimli tedaviye yeni geçilmektedir. Şu ana kadar olan deneyim gözden geçirildiğinde sağlık yönetiminin kararlı olduğu il ve ilçelerde sağlık ocaklarının tedavi gözetiminde oldukça başarılı olduğu görülmektedir. Aile hekimliği sistemine geçildiğinde tedavi gözetimi açısından özel performans kriterleri belirlenmezse hasta takibi ve tedavi gözetimi büyük zorluklarla karşılaşılabilir.

Kayıt ve raporlama; Olgu bildirim ve tedavi sonuçlarının raporlanmasında genel bir sorun yaşandığı bilinir. Türkiye de sağlıkta dönüşüm kapsamında SSK ile Devlet hastanelerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortaklaşması TB bildirim ve dispanserlere kayıt açısından olumlu bir etki yapmıştır. Öte yandan TB için gereken bütün takip formlarının doldurulması genel sağlık çalışanı için önemli bir yük olabilir. Kayıt ve raporlama hizmetlerinin vertikal sistem içinde korunması gereklidir.

Sonuç olarak;

Dünya da özellikle temel sağlık hizmetleri yetersiz ve sadece merkezlerde toplanmış bazı az gelişmiş ülkelerde, hizmetlerin periferde yayılması ile sağlık hizmetlerinde ve bağlı

olarak TB kontrolünde iyileşmeler sağlansa da, "sağlık reform" politikaları genelde TB kontrol hizmetlerini tehdit etmektedir. Tüberküloz kontrolünde DGTS' ne geçiş aşamasındaki ülkemizde aynı zamanda yaşanan sağlıkta dönüşüm politikaları, TB mücadelesini negatif etkileme potansiyeli taşımaktadır. TB kontrolü açısından temel programatik yapı ve işlevlerin her koşulda savunulması ve geliştirilmesi ana yönelim olmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Lister J. Health Policy Reform. Driving the wrong way. A Critical Guide to the Global "Health Reform" Industry. Middlesex University Press, 2005
2. Cassels A. Health sector reform: key issues in less-developed countries. WHO/SHS/NHD/95.4 Geneva. World Health Organization, 1995.
3. Weil D.E.C. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000; 4(7) ; 597-606.
4. Miller B. Health sector reform : scourge or salvation for TB control in developing countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 4 2000: (7): 503-504,
5. Pio A, Chaulet P. Tuberculosis Handbook. Global Tuberculosis Programme. WHO/TB/98.253. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 1998
6. Kumerasan J A, Colombani P.D, Karim E. Tuberculosis and health sector reform in Bangladesh. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4 (7): 615-621,
7. Kritski A.L, Ruffino-Netto A. Health sector reform in Brazil: Impact on tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000. 4 (7): 622-626,
8. Bosman MCJ. Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4 (7); 606-614
9. Hanson C, Kibuga D. Effective tuberculosis control and health sector reform in Kenya: Challenges of an increasing tuberculosis burden and opportunities through reform *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4 (7): 627-632,
10. Arbelaez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapie D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage*. 2004; Oct-Dec;19 Suppl 1:S25-43.
11. Naterop E, Wolffers I. The role of the privatization process on tuberculosis control in HoChiMinh City Province, Vietnam. *Soc Sci Med* 1999; 48; 1589-1598