

HIV/AIDS Epidemisinin Ekonomik Yönü

Doç. Dr. Nesrin E. ÇİLİNGİROĞLU

SAĞLIK ve EKONOMİ

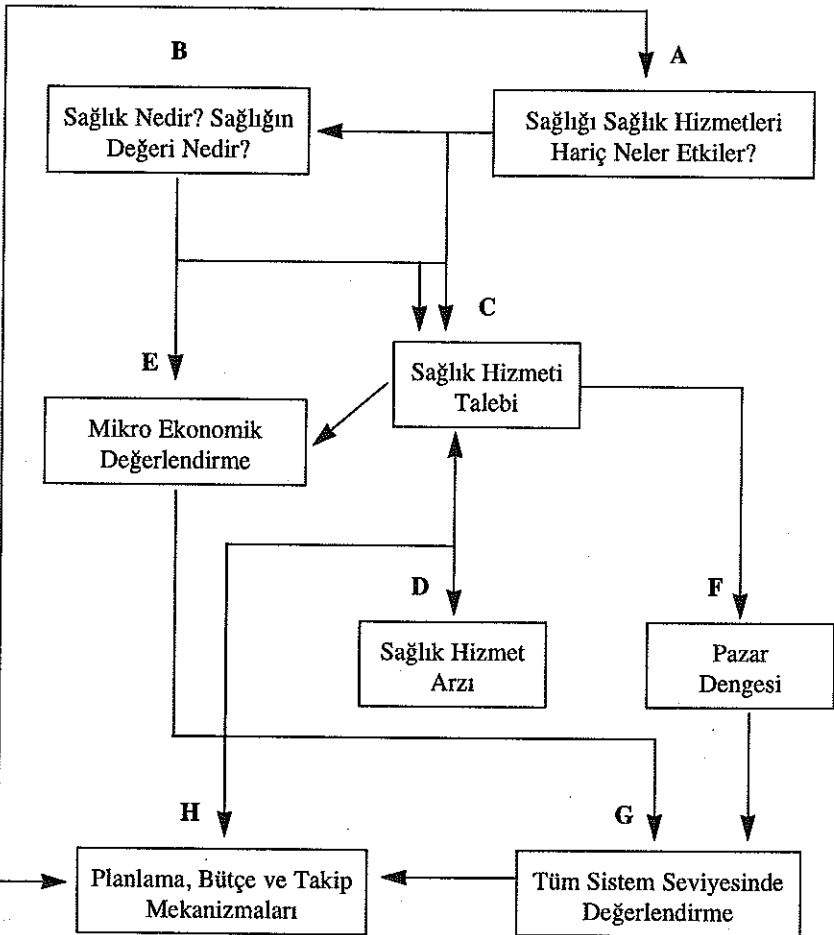
Yirminci yüzyılın bitimine çok az kala, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin ekonomik büyüme ve sosyal ilerleme yolunda gösterdikleri çabalar arasında sağlığın iyileştirilmesine yönelik faaliyetler önemli bir yer tutmaya başlamış, sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik açıdan da önemli işlevleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bir başka deyişle, sağlık düzeyinde iyileşme sağlanabilmesinde çok sayıda ve birbirinden farklı faktörlerin etkili olduğu somut bulgularla da desteklenmiştir. Ekonomik ve sosyal düzeydeki iyileşmeler ortalama yaşam beklentisinin uzamasına yol açarken bireylerin sağlık beklentilerini de arttırmaktadır. Ancak sağlıkla ilgili bilimlerin bugün eriştiği noktada, en zengin ülkelerde dahi, bireye yararlı olabilecek tüm tıbbi hizmetler sınırlı kaynaklar ve sonsuz istekler nedeniyle ihtiyaç duyan herkese sunulamamaktadır. Sağlığa ayrılabilen kaynaklar (insan gücü, hammadde ve sermaye) gelir düzeyi yüksek ülkelerde dahi kısıtlı olduğundan sağlığın, hastalıkların ve zamansız ölümlerin ekonomik boyutu giderek daha da önem kazanmakta, ekonomik kalkınma ve büyümedeki durgunluk ve yavaşlık sağlık sektörünün finansmanındaki sorunları daha da büyütmektedir. Bunun nedenleri arasında; nüfustaki demografik değişiklikler, hastalıkların epidemiyolojik farklılıklar göstermesi, emeğin ücretinin zaman içinde artışı, hizmet kalitesini arttırmak amacıyla geliştirilen tıbbi teknoloji maliyetinin (çoğunlukla) etkisinden fazla oluşu, hastaların ve tüketicilerin beklentilerindeki artış, toplumun genellikle pahalı bir hizmet türü olan yataklı tedavi hizmetlerini talep edişi, sağlık hizmetlerinin kapsadığı nüfusun ve sunulan olanakların genişletilmesi, sağlık hizmetlerinin üretimi için kullanılan diğer mal ve hizmetlerin fiyatlarının artışı, reçetelere fazla ilaç yazılması, gereksiz konsültasyon, sevk ve tahlillerin yapılması, vb. belirtilebilir.

Bu durum karşısında sağlıkta ulaşılmak ve geliştirilmek istenen hedeflerle nitelikli kaynaklar arasındaki ilişkileri düzenlemek için, uygulamalı iki alanı, sağlığı ve ekonomiyi bir araya getiren sağlık ekonomisinin öğretilerinden yararlanma yoluna gidilmektedir. Sağlık ekonomisi, "sağlık alanına ekonomi biliminin kurallarının, yöntem-

lerin ve inceleme tekniklerinin uygulanması olarak tanımlanabileceği gibi; sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların belirli dönemlerdeki miktarını, organizasyonunu, finansmanını, sağlık alanında kullanılmak üzere paylaştırılan kaynakların etkililiğini ve verimliliğini, bireysel ya da ulusal düzeydeki koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkisini inceler” şeklinde de tanımlanabilir. Şekil 1’de görüleceği gibi, sağlık ekonomisinde tartışma alanları oldukça geniştir.

SAĞLIK HİZMETLERİ TÜRLERİ ve KAPSAMLARI

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabil-



Şekil 1. Sağlık Ekonomisinde Temel Tartışma Alanları.

melerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetleri üç temel başlık altında toplanır:

1. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri: Çevreye ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu kapsama atıkların zararsız hale getirilmesi, vekörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolü gibi hizmetler girer. Kişiyeye yönelik hizmetleri ise bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi oluşturur.

2. Tedavi Edici (iyileştirici) Sağlık Hizmetleri: İlk basamak (evde ve ayakta tedavi), ikinci basamak (genel amaçlı hastanede tedavi) ve üçüncü basamak (özel dal hastanelerinde tedavi) olmak üzere gruplandırılır.

3. Rehabilitasyon Hizmetleri: Amacı bedence ya da ruhca sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamaktır.

Koruyucu hekimlik hizmetleri genellikle kamu tarafından toplumun tümüne sunulur. Zira bu tür hizmetler herhangi bir talep olmaksızın ve gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun tümünün kullanımına sunulur. Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 3 ile 10 arası olup, ilave bir yaşamı kurtarmanın maliyeti (marjinal maliyet) oldukça düşüktür (250 dolardan az). Kişiyeye yönelik hizmetlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 10 ile 20 arasında olup, ilave bir yaşamı kurtarmanın maliyeti orta düzeydedir (100-600 dolar arası). Tedavi hizmetleri kamu veya özel kesime ait yataklı veya yataksız tedavi kurum ve kuruluşlarında sunulur. İlaç tüketimi ile birlikte toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 70 ile 85 arasında olup, ilave bir yaşamı kurtarmanın yaklaşık maliyeti yüksektir (500-5000 dolar arası). Bu yaklaşımdan da görüleceği gibi herhangi bir hastalıkla savaşıta en maliyet etkili yol koruyucu sağlık hizmetleridir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık ekonomisinin konu alanları oldukça kapsamlı olup bunlardan biri de sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemleridir. Sağlık alanında önceliklerin saptanması, ihtiyaç alanlarının belirlenmesi ve kaynak dağılımının yapılması; hizmetin, tıbbi müdahalelerin etkisinin saptanması ve maliyetlerinin kontrol edilebilmesi; sağlık hizmeti sunma sistemlerinin ulusal ve uluslararası kıyaslamasının yapılması; hizmetlerin, araştırmaların, klinik uygulamaların planlanması ve değerlendirilmesi; coğrafi bölgeler ya da sosyal sınıflar arası sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve benzeri amaçlarla sağlık hizmetlerinin somut değerlendirmelere konu olması gerekir.

Sağlık alanının ekonomi açısından değerlendirilmesi gelişmiş ülkelerde sağlık bakımı sanayiince, akademik araştırma yapanlarca ve diğer ilgili kişilerce rutin olarak yapılan bir işlem haline gelmiştir. Farklı analitik ve pragmatik teknikler aracılığıyla daha etkili ve verimli kaynak kullanabilmek için, sağlıkla ilgili herhangi bir müdahalede kullanılan girdiler (maliyetler) ile bu müdahalenin çıktıları (sonuçlar: etkileri, kazançları, faydaları) arasında bir kıyaslama yapılmaktadır. Ancak burada amaç ve sonuç bakış açısına göre değişebilmektedir. Örneğin; sağlık harcamalarının tamamı ya da bir kısmı kamu sektörü tarafından finanse edilen ülkelerde devlet sağlıkta doğrudan maliyetlerle ya da müdahalelerin yarattığı doğrudan tasarruflarla ilgilenir. Dolaylı sonuçlar da ulusal ekonomiyi ilgilendirdiği için yine kamunun ilgi alanına girer. Ya da sağlık yöneticileri bütçelerini yapabilmek için, klinisyen sağlık bakımında kaynak dağılımında anahtar role sahip olduğundan, hastada tedaviye uyum sağlayabilmek için maliyet ve sonuç değerlendirmesi yapmaktadır. Saptanan amaç çerçevesinde değerlendirme tekniğine karar vermede Şekil 2'de ana hatları verilen sorular yardımcı olur.

Soru 1. Seçeneklerin hem maliyetleri (girdileri) hem de sonuçları (çıktıları) incelenmiş midir?

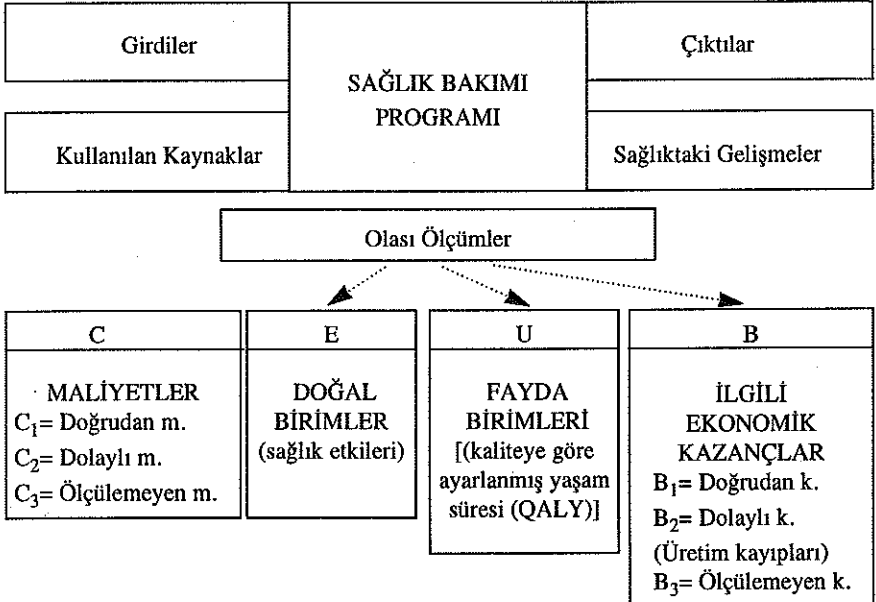
	HAYIR		EVET
	Yalnız Sonuçlar İncelenip	Yalnız Maliyetler İncelenip	
Soru 2. İki ya da daha fazla seçenek kıyaslanmakta mıdır?	HAYIR	1A KISMİ DEĞERLENDİRME	2 KISMİ DEĞERLENDİRME
		Çıktış Tanımı	Maliyet Tanımı
	EVET	3A KISMİ DEĞERLENDİRME	4 TAM DEĞERLENDİRME
		Etkililik Değerlendirmesi	Maliyet Analizi
			Maliyet Analizi Maliyet-minimizasyonu Analizi Maliyet-etkililik Analizi Maliyet-fayda Analizi Maliyet-kazanç Analizi

Şekil 2. Sağlık Bakımında Değerlendirme Tekniklerini Farklılaştıran Özellikler.

Bütün bu uğraşların temel gerekçesi kaynakların insan ihtiyaçlarına yetecek düzeyde olmamasıdır. Aynı şekilde sağlıkta da;

- Sistematik analiz olmadan nispi alternatifleri açıkça belirlemek çok zordur,
- Kaynaklar (insan gücü, zaman, bina, makina-teçhizat, diğer sermaye araçları, finansman, vb.) kıt ve sınırlıdır,
- Seçim gizli ya da açık mutlaka yapılmalı ve yapılacaktır,
- Bu çerçevede öncelikler mutlaka saptanacaktır,
- Herhangi bir ölçüm olmadan konuyu çevreleyen belirsizlik çok kritik olabilir,
- Ekonomik değerlendirme kıt kaynakların seçenek kullanım alanları arasında karar vermede kullanılan ölçütler setini tamamlamaya ve ortaya çıkartmaya yöneliktir,
- Tek tip ekonomik analiz tekniği yoktur.

Şekil 3'te de görüldüğü gibi, sağlık alanında kullanılan ekonomik analiz tekniklerinde temel yöntem, girdileri ve çıktıları amaca ve verinin niteliğine göre farklı teknikler uygulayarak kıyaslamaktır. Sağlık bakım sistemi ister sosyalleştirilmiş, isterse büyük ölçüde serbest piyasa kurallarının işleyişine bırakılmış olsun, sonuçta ulusal kaynaklar kullanıldığından, sağlık bakımı için toplumun ne kadar fedakarlık yapabileceğinin (kaçırılan fırsatlar) incelenmesi gereklidir.



Şekil 3. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemlerinin Kapsamları.

Burada girdiler kapsamında C_1 doğrudan maliyetler olup, sağlık hizmeti sunmaktan doğan ve sağlık sektörüne yansıyan maliyetleri; C_2 dolaylı maliyetler olup, tedavi ya da müdahaleden dolayı bireyin çalışmamasına bağlı üretim kaybı maliyetlerini; C_3 ise hastalık ya da tedaviden kaynaklanan kuşku, ağrı, acı gibi durumların ölçülemeyen maliyetlerini kapsar.

En basit analiz "maliyet analizi"dir. Yalnızca kullanılan girdilere yapılan harcamaları içerir. Bu analizde aynı tıbbi sonucu doğuran farklı müdahalelerin, tedavilerin ya da programların kıyaslanması yapılır. Bu analiz bazen yalnız doğrudan, bazen de doğrudan ve dolaylı maliyetleri kapsar. Bu tür çalışmalar nasıl yapıldığına bağlı olarak iki amaca hizmet eder. İlkinde, herhangi bir hastalığın ekonomik etkileri hakkında tahmin yaparak politika belirleyicileri sorunun önemi hakkında uyarır ve yatırımların bu yöne kaymalarını sağlar. İkinci olarak, yeni tedavi ve tanı yöntemlerinin, ilaçların potansiyel ekonomik etkilerinin değerlendirilebilmesi için tahmini maliyetlere temel oluşturur. Böylelikle aynı sonucu doğuran, ancak en az maliyetli olan yolu (maliyet minimizasyonu analizi) seçme olanağı da doğar. Aslında ekonomik değerlendirmenin çoğu tipinde kıyaslanmakta olan programların, müdahalelerin ya da tedavilerin açıkça ölçümü gereklidir. Dolayısıyla analiz teknikleri genelde çıktının ölçülme yöntemi itibarıyla farklılaşırlar. Bu kapsamda B_1 doğrudan kazançları, B_2 dolaylı kazançları (örneğin; günlük yaşama daha çabuk dönmekten doğan), B_3 ise ölçülemeyen kazançları (örneğin; bireyin kendini daha sağlıklı hissetmesinden doğan) ifade eder. İlk iki tip kazanç, parasal olarak ifade edilebilirken, sonuncusunun parasal ifadesi çok zordur. Ancak herhangi bir tedavinin, programın ya da müdahalenin maliyeti olduğu gibi, parasal ifadeye dönüştürülen kazançları da sözkonusu olabilmektedir. "Maliyet-kazanç analizinde" herhangi bir programın, tedavinin ya da müdahalenin kendi içinde girdileri ve sonuçları (çıktıları) aynı birimlerle ifade edilip (parasal) kıyaslanır. Bu kıyaslama farklı tedaviler ya da programlar arasında da olabilir. Kıyaslama "kazanç/maliyet" oranı ile yapılır. Oran birden büyükse eylem yapılmaya değerdir. Bir başka deyişle, maliyeti en az, ancak getirisi en fazla olan yolu seçmek de mümkün olabilmektedir. B_3 olarak ifade edilen, örneğin; hastanın kendini daha sağlıklı hissetmesinden kaynaklanan değer ölçülemediği ya da oldukça zor ölçülebildiği için bu tür analiz genellikle eleştirilir ve kolaylıkla yapılamazlar. Parasal olarak ölçmek yerine, diğer bir tip analizde çıktı daha elverişli olan doğal birimlerle (sağlık etkileri) ölçülür. Örneğin; "başarılı olarak tedavi edilen vakalar" ya da "tedavi ile kazanılan yaşam süresi" gibi. Bu tür analizlere de "maliyet-etkililik analizi" denir. Ancak çağdaş tıp giderek yaşamın miktarsal yönüne değil, özellikle kalitesine yönelmektedir. Ayrıca bazı tedavilerde, örneğin; kanser vakalarında kemoterapi uygulaması ya da hipertansiyon tedavisinde ilaç tedavisi ile yaşam süresi uzayabilmekte, ancak yaşam kalitesinde azalma olabilmektedir. Dolayısıyla "maliyet-fayda analizleri" ile tedaviden dolayı kazanılan yaşam süresi, bireylerin farklı sağlık konumlarına verdikleri nispi değerleri yansıtan bir dizi fayda ölçütü ile ağırlıklandırılır. Bu analizde en sık kullanılan çıktı ölçütü "kaliteye göre ayarlanmış yaşam süresidir (quality adjusted life years, QALY)". Yukarıdaki temel değerlendir-

me türlerinin özeti aşağıda verilmiştir. Burada, C: Maliyet (Cost), B: Kazanç (Benefit), E: Etkililik (Effectiveness), U: Fayda (Utility) şeklinde ifade edilmişlerdir.

• Maliyet Analizi : C_1 ya da C_1+C_2

• Maliyet-Kazanç Analizi (CBA) : $(B_1+B_2) - (C_1+C_2)$ ya da $(B_1+B_2)/(C_1+C_2)$. Bazen C_3 ve B_3 'de analiz kapsamına girebilir

• Maliyet-Etkililik Analizi (CEA): $(C_1+C_2)/E$; $(C_1-B_1)/E$ ya da $(C_1+C_2-B_1-B_2)/E$

• Maliyet-Fayda Analizi (CUA): $(C_1+C_2)/U$; $(C_1-B_1)/U$ ya da $(C_1+C_2-B_1-B_2)/U$

Bir sağlık bakımı programının ekonomi açısından değerlendirilmesi yapılırken bir dizi önemli teknik yargıların yanısıra değer yargılarının da saptanması gerekir. Değerlendirmede en geniş bakış, toplum açısından yapılan olup tüm değerlendirmelerde gözönüne alınması önerilir. Maliyetler ve sonuçlar seti Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri ve Programlarında Maliyet ve Sonuç Tipleri

A. Maliyetler

1. Sağlık sektörü içi organizasyon ve işletme masrafları, örneğin; sağlık çalışanlarının zamanı (ücretleri), sarf malzemeleri, makina-teçhizat, enerji kullanımı, sermaye maliyetleri, vb. (doğrudan maliyetler),
2. a. Hastalığın hastaya ve aileye olan maliyetleri, örneğin; bireylerin doğrudan yaptıkları harcamalar, hastanın ya da ailesinin tedavi harcamalarına olan katkıları (doğrudan maliyetler),
b. Hastalığın hastaya ve aileye olan maliyetleri, örneğin; hastalıktan doğan iş günü kayıpları ve psikolojik maliyetler (dolaylı maliyetler),
3. Sağlık sektörünün dışına, hastalara ve ailelerine taşın maliyetler (bazılarında ölçüm zorluğu vardır).

B. Sonuçlar (Çıktılar)

1. Fiziki, sosyal ve emosyonel işlevlerdeki değişiklikler (etkiler). Bu etkiler aşağıda verildiği şekilde kazanç ya da fayda olarak da ifade edilebilirler.
2. Kaynak kullanımındaki değişiklikler (kazançlar);
a. Sağlık sektörü içi hizmetlerin organizasyonu ve işletmesi için;
- Temel koşul için (doğrudan kazançlar),
- İlişkili olmayan koşullar için (doğrudan kazançlar).
b. Hastaların ve ailelerin faaliyetleri ile ilgili olarak;
- Harcamalardan tasarruf ya da keyifle geçirilen süreye katkı (doğrudan kazançlar),
- İş günü kayıplarından tasarruf (dolaylı kazançlar).
3. Hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerindeki değişiklikler (fayda).

Özellikle gelişmiş ekonomiye sahip ülkelerde ekonomik değerlendirme teknikleri veri kalitesinin yüksek olması nedeniyle sağlık bakımı alanında da geniş ölçüde uygulanmaktadır. Ancak anlamlı bir değerlendirmeyi oluşturacak unsurlar üzerinde verinin kalitesi ya da gözönüne alınacak analitik yöntemler açısından sözbirliği henüz tam sağlanamamıştır. Ülkemizde ise sağlıkta demografik, epidemiyolojik ve finansal verilerin toplanmasında süreklilik, güvenilirlik, yetersizlik ve eksikliklerden dolayı az sayıdaki özel araştırmaların dışında bu konuda genel amaçlı çalışmalar çok sınırlı sayıdadır. Ancak tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi, HIV/AIDS sorununda da hem daha hızlı ve güvenilir yeni tanı yöntemlerinin bulunması, hem yaşam süresini uzatıp kalitesini iyileştirici tedavilerin geliştirilmesi hem de bu hastalıkta henüz iyileştirici tedavinin sağlanamaması nedeniyle ölümün kesin olması, bu alanı ekonomik değerlendirme yöntemlerinin uygulanmasına hızla açmıştır. Elde edilen bulgular, hastalığa yakalanmamak için koruyucu önlemlerin önemini vurgularken gelişmiş ülkelerde dahi bu sağlık sorununun çok büyük sosyoekonomik yük oluşturduğunu göstermektedir. Ancak sağlık alanında uygulanan değerlendirme tekniklerinin bazı yetersizlikleri vardır. Bunlar;

- Ekonomik analizin nitelikli tıbbi bulgulara, örneğin; randomize klinik deneylere dayanmaması,

- Ortalama maliyetlerin uygun olmayan kullanımı, özellikle hastane maliyetlerinin tahmininde ya da hastanede kalış süresinin kısaltılmasından dolayı sağlanan tasarrufların tahmininde,

- Hasta bireyin, ailenin ya da gönüllülerin maliyetlerinin gözönüne alınmasında yapılan hatalar,

- Maliyet ve yarar tahmininde belirsizliğin dağıtılamaması,

- Sağlık hizmeti planlaması ve klinik uygulamalarla ilgili değerlendirme sonuçları ve kararlar arasındaki ilişkinin gözönüne alınmasındaki yetersizlik,

- Ekonomik etkililik dışındaki faktörlerin gözönüne alınmasındaki yetersizlikler (eşitliklerle ilgili konularda ve politika değişikliği getiren yönetsel süreçlerde).

Bu yetersizlikleri en aza indirebilmek için hazırlanan kontrol listelerine bir örnek aşağıda verilmiştir.

- Sorun iyi tanımlanmış ve cevabı verilebilir halde midir?

- Birbirleri ile kıyaslanan seçeneklerin kapsamlı tanımları yapılmış mıdır? Kim, ne, kimin için, nerede, niye, ne sıklıkta sorularına cevap verilebilmekte midir?

- Programın etkililik tanımı yapıp kurgulanmış mıdır? Bu konuda ölçütler, bulgular var mıdır?

- Belirlenen her bir seçenek için sözkonusu olabilecek önemli ve geçerli maliyetler ve çıktılar tanımlanmış mıdır?

• Maliyetler ve sonuçlar uygun fiziki birimlerle ölçülmüş müdür? (örneğin; hemşirenin zamanı, hekimin vizit sayısı, kaybedilen iş günü sayısı, kazanılan yaşam süresi vb.),

• Maliyetler ve sonuçlara açıkça ve anlamlı bir şekilde değer atfedilmiş midir?

• Maliyetler ve sonuçlar zaman farklılıkları da gözönüne alınarak ayarlanmış mıdır?

• Sunulan seçeneklerin maliyet ve sonuçları için marjinal analiz yapılmış mıdır?

• Hassasiyet analizi yapılmış mıdır?

• Çalışma sonucu ve tartışması bunu kullanacaklarla ilgili tüm unsurları kapsamakta mıdır?

HIV/AIDS ve EKONOMİ AÇISINDAN ETKİLERİNİN ÖNEMİ

AIDS'in makro açıdan en büyük etkisi, üretken yatırımlara gidebilecek olan kaynakların bu hastalığın henüz iyileştirici olamayan yüksek tedavi maliyetlerine ayrılmasıdır. Mikro açıdan olan etkileri de en temel olarak bireye ve ailesine yönelik olup hem sosyal hem de ekonomik kayıpları kapsar. AIDS konusunda ekonomik etki tayini, demografik, epidemiyolojik ve ekonomik verilerdeki önemli eksiklikler ve bu tür verileri birbirleri ile ilişkilendirecek yöntemlerin yetersizliği nedeniyle oldukça zordur. Yabancı literatürde bu alanda yapılan çalışmalar olmakla beraber, Türkiye'de ekonomik değerlendirme çalışmaları henüz yapılmamıştır. Ayrıca, farklı ülkelerde ve yerleşimlerde yapılan çalışmaların kaynak kullanımı ve HIV/AIDS maliyetleri açısından standart olmayışları da kıyaslamalarda önemli bir engeldir. AIDS'in ekonomik etkisinin incelenebilmesi için mevcut ve gelecekteki vakaların (HIV pozitif sayısı, bulaşma hızı, kuluçka süresi açısından) yaşa ve cinse göre dağılımı, hastalık ve ölüm hızları, bakımın maliyeti (ilaç harcamaları, hastanede kalış süresi, personel harcamaları, araştırma ve geliştirme harcamaları, tanı yöntemlerinin maliyeti, yatak işgal oranları, diğer cari harcamalar, sabit yatırımları aşınma ve eskime payı) ile hastalığa bağlı olarak çalışma süresi kayıplarının bilinmesi gereklidir. Bu nedenle hem hasta kayıtları hem de genelde sağlık kayıtları sürekli ve tutarlı şekilde tutulmalıdır. Maliyet analizinde görünür ve görünmeyen doğrudan ve dolaylı maliyetlerin saptanması gereklidir. Doğrudan görünür maliyetler sağlık ve sosyal bakım maliyetleri olup kan taramasını, sağlık eğitimini, personel eğitimini, danışmanlık hizmetlerini ve araştırma, geliştirme faaliyetlerini kapsar. Doğrudan görünmeyen maliyetler hastanın ailesi, arkadaşları ve yardım kuruluşları tarafından para karşılığı olmadan verilen hizmetlerdir. Dolaylı görünür maliyetler ise hastalık ve erken ölümlere bağlı olarak doğan üretimdeki kayıplardır. Dolaylı görünmeyen maliyetler kapsamına da ağır, kapasitede düşüş, korku, izole olma, suçlanma, depresyon, vb. nedenlerden kaynaklanan yaşam kalitesindeki düşme girer. Özellikle bu son kategoriye ölçmek her zaman mümkün olmayabilir. Doğrudan ve dolaylı maliyetlerin toplam maliyet içindeki ağırlığı ülkenin gelişmişlik düzeyine, kullanılan sağlık teknolojisine ve sağlık sisteminin türüne göre farklılık gösterir.

Tedavisi mümkün olmayan HIV/AIDS salgınından hem çocuklar hem de yetişkinler etkilenmektedir. Epideminin başlangıcından bu güne kadar 5 milyon yetişkin ile 1.4 milyon çocuğun bu hastalıktan öldüğü tahmin edilmektedir. 1996 yılında HIV/AIDS ölüme en fazla neden olan on hastalık arasında dokuzuncu sırada olup, 1.5 milyon ölüme yol açmıştır. Bunun 350000'i çocuktur. Yeni görülen vaka sayısı 3.1 milyon, tüm vakaların toplamı ise yetişkinlerde 21.8 milyon, çocuklarda 830000'dir. Onbeş-kırkdokuz yaş arası yetişkinlerde AIDS'e bağlı ölümler 1.2 milyon, 100000 yetişkinde ölüm hızı 37, hastalık prevalansı ise 755'tir. İki bin yılına dek 5 milyonun üstünde çocuk HIV ile infekte olacak ve belki de 5-10 milyon çocuk daha bu gruba katılacaktır. Anneden geçiş Avrupa'da yüzde 13; ekonomik kriz, işsizlik, iç karışıklıklar, savaş ve nüfus hareketlerinin yoğun olduğu gelişmekte olan ülkelerde yüzde 30-40 dolayındadır. Çoğu gelişmekte olan ülkede yeni HIV enfeksiyonları 15-24 yaş arasında olmaktadır. Tüm infekte kişiler gözönüne alındığında 25 yaş altı vakalar bunların yarısını oluşturmaktadır. 20 yaş altında kadınlarda ise bu oran yüzde 60 civarındadır. AIDS'e bağlı ölümlerin 2000 yılında 13 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bunların çoğu gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Her ne kadar erkek eşcinseller hala risk altında ise de dünya çapında çoğu yetişkin heteroseksüel kadın ve erkek de bu salgından etkilenecektir. Zira enjektör, kan ve kan ürünleri ile cinsel ilişkide gerekli önlemlerin alınmaması hastalık geçişini kolaylaştırmaktadır. Her gün yaklaşık 6000 kişi infekte olmaktadır. Dünya çapında HIV enfeksiyonlarının yetişkinlerde yüzde 75-80 oranında korunmasız cinsel ilişki ile bunun da yüzde 70 oranında heteroseksüel ilişkilerle geçtiği tahmin edilmektedir. Çocuklarda ise yüzde 90 oranında anneden geçiş olmaktadır. Uyuşturucu bağımlılarında aynı infekte enjektörü kullanma ile geçiş ise yüzde 5-10 oranında, kan ve kan ürünleri ile geçiş ise yüzde 3-5 civarındadır. İki bin yılına dek HIV enfeksiyonlarının dünya çapında kümülatif toplamının 30-40 milyon civarında olacağı tahmin edilmektedir. Koruyucu önlemlerle ilgili kampanyalar yavaş ilerlemekle birlikte, etkili olmaktadır. AIDS araştırmalarına daha fazla önem verilmekte, aşı geliştirme çalışmaları yapılmakta, yeni tedavi rejimleri basitleştirilerek daha az maliyetli, daha kabul edilebilir ve daha uzun yaşama olasılıklı hale getirilmektedir.

1992 yılında dünyada toplam 538000 kişi AIDS konusunda tedavi ihtiyacı içindeyken yapılan harcamaların toplamı 4.866 milyar dolara yaklaşmıştır. Tedavi için bekleyen bireylerin 418000'i gelişmekte olan ülkelerde olmalarına rağmen bu ülkelerin yaptıkları harcamalar 337 milyon dolar düzeyinde kalmıştır. İki bin yılında bu tutarın toplam 1.535 milyon kişiye ve 5.927 milyar dolara çıkacağı ve gelişmekte olan ülkelerin yine en fazla ihtiyaç içinde olan kişiyle, 1.407 milyon kişi, daha az harcama, 1.116 milyar dolar, yapacakları tahmin edilmektedir. Etkilenen grubun özelliğine göre AIDS'in ekonomik etkisi değişmektedir. Oysa özellikle gençler için oldukça etkili koruma sağlayan kondomun maliyeti yalnızca 3 senttir (1997 döviz kuru itibarıyla 5500 TL). Davos'ta (İsviçre) yapılan en son Dünya Ekonomik Forumu'nda, 2005 yılına kadar AIDS tüm dünya ekonomisinde ABD'nin gayri safi yurt içi hasılasının en

az yüzde 4'ü kadar azalmaya yol açacağı belirtilmiştir (1994 yılı itibarıyla ABD'nin gayri safi milli hasılası kişi başına 25880 dolardır).

Afrika ülkelerindeki bulgular, ortalama olarak bir yetişkinde HIV ile ilgili hastalık atağının ölene dek 17, çocuklarda ise 6.5 kez olduğunu göstermektedir. Tipik bir gelişmekte olan ülkede hastanın ne kadar tıbbi bakım aldığına bağlı olarak, her bir yetişkin kişi ölümlünün toplam maliyeti, kişi başına yıllık gelirin yüzde 8'i ile yüzde 400'ü arasında değişmekte, ortalama olarak da kişi başına yıllık gelirin yüzde 150'sini oluşturmaktadır. Bu durumda AIDS hastalarını kendi ödeme güçlerindeki yetersizliklerin mi yoksa hastalığın mı öldüreceği ile ilgili tartışmalar gündeme gelmektedir. 1992 ile 2000 yılları arasında gelişmekte olan ülkeler AIDS'li hastaları için 1 milyar dolardan fazla harcayacaklardır.

Zaire'de her bir HIV pozitif vakanın toplam maliyeti (doğrudan ve dolaylı) 936 dolar ile 3230 dolar arasında değişirken, Tanzanya'da bu rakam 2462 ile 5316 dolar arasındadır. Dolayısıyla dolaylı maliyetler toplam maliyetlerin yüzde 95'ini oluşturabilmektedir. Afrika'da bir AIDS vakasını önlemeyle 8.8 yıllık sağlıklı yaşam yılı tasarrufu sağlanmakta, bu da AIDS'in ondört hastalık arasında daha az maliyetli olarak (örneğin; orak hücreli anemi, neonatal tetanoz, doğum travmaları ya da malnutrisyondan) beşinci sırada yer almasına yol açmaktadır. Ancak sıralamada AIDS'in prematürite, çocukluk çağı ya da yetişkin pnömonisi, serebrovasküler hastalıklar, tüberküloz, kızamık, sıtma, gastroenteritler ya da kazalardan ise daha fazla maliyetli olduğunu da yapılan çalışmalar göstermektedir.

Avrupa Topluluğu ülkelerinde yapılan çalışmalar, 1995 yılında AIDS hastalarının tedavisi için hastane yatağı ihtiyacının, bu ülkelerde varolan tüm hastane yataklarının yüzde 0.45'ine ve Avrupa Topluluğu ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içinde AIDS hastalığının tedavi maliyetinin de yüzde 0.15 ile yüzde 0.30 arasında değişeceğini göstermektedir.

AIDS epidemisi, tasarruf edilen kaynaklar ve üretim kapasitesi üzerindeki etkisinden dolayı yakın gelecekte çoğu ülkede ekonomik büyüme üzerinde ciddi tehdit oluşturabilecektir. Kanada'da HIV/AIDS'e bağlı ölümlerin dolaylı maliyetleri üzerine yapılan bir çalışmada, 25-64 yaş grubu erkeklerde halihazırdaki trendin devamı halinde toplam üretimdeki kaybın yılda yüzde 10 civarında olacağını göstermiştir. Tayland'da 1992-2000 yılları arasında AIDS'in ekonomik etkisinin 8 milyar dolar olacağı tahmin edilmektedir. 1991 yılında bireylere test uygulanması ve bunun için gereken malzeme-yeye yapılan harcamanın yaklaşık 2 milyon dolar, eğitim kampanyasının 20 milyon dolar olduğu, buna karşılık bir AIDS hastasının yıllık tedavi maliyetinin 615 ile 1015 dolar arasında olduğu, dolayısıyla bu sorunun tedavisi için toplam harcamanın 61 ile 167 milyon dolar civarında olduğu, AIDS hastaları ülkenin toplam yatak gününün 1991'de yüzde 1'ini işgal ederken, bu oranın 2000 yılında yüzde 12 olacağı, 25 yaşında ölen bir kişiden kaynaklanan ortalama üretim kaybının 22000 dolara çıkacağı, 1991-2000

yılları arasında 470000-560000 ölüme bağılı 7.3-8.5 milyar dolarlık yük oluşacağı, yabancı yatırımların ve kişisel tasarruf eğiliminin düşeceği saptanmıştır.

Dünya Bankası'nın tahminleri, bu hastalıktan en fazla etkilenen Sahra Altı Afrika ülkelerinde kişi başına yıllık gelir artışında yılda ortalama yüzde 0.6 puan düzeyinde bir yavaşlama olacağını göstermektedir. AIDS üretken çağdaki çok sayıda bireyin zamansız ölümüne sebep olarak ulusal ve bireysel üretimde, bir başka deyişle gelirden kayıplara yol açmaktadır. Zamansız ölümlere bağılı olarak nitelikli yetişmiş insan gücünün ikamesi uzun süren ve yüksek maliyetli bir süreçtir. Örneğin; Tanzanya'da yapılan bir çalışma, 2010 yılına dek AIDS'ten ölen öğretmenlerin ikamesi için 40 milyon dolar gerektiğini göstermiştir. Ayrıca, bir yetişkinin ölümü bakmakla yükümlü olduğu kişiler için de olumsuz sonuçlar yaratabilmektedir. Sosyal etkiler bir yana bırakılsa dahi, devletin sağlık bakımı giderlerini karşılaması halinde bile, aileler yine de hem tıbbi bakım için, hem de cenazenin kaldırılması için harcama yapmaktadırlar. Tanzanya'daki çalışmalar bu harcamanın kırsal alandaki kişi başına yıllık gelire neredeyse eşit olduğunu (60 dolar), aile büyüğünün kayımdan dolayı özellikle çocuk nüfusun gelir elde etmek için çalışmasına bağılı olarak okula gitme oranlarının giderek düştüğünü göstermektedir. HIV pozitif nüfusun yüzde 80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı düşünülürse, bunun kalkınma çabaları için ne denli önemli engel oluşturabileceği daha da somutlaşmaktadır. Bir yetişkinin HIV ile infekte olduktan sonra (HIV pozitif), hastalığın ortaya çıkması için ortalama 6 ile 10 yıllık bir sürenin geçebileceği gözönüne alındığında, gelecek yıllarda virüsün geçişi önemli ölçüde kontrol altına alınsa dahi, AIDS vakalarında artış olması kaçınılmazdır. AIDS yaygınlığı ile ilgili bulgular, global hastalık yükünün içindeki AIDS hastalığının tahmini payının 1990 yılında yüzde 3.5 iken, 2000 yılında en az yüzde 8'e çıkacağını işaret etmektedir. Hastalığın ekonomik etkilerinin yanı sıra demografik etkileri de olacak, tahmini olarak nüfus artış hızı yılda yüzde 0.25 puan ve ortalama yaşam süresi ortalama 6 yıl azalacak, ölüm oranları ise yüzde 25 oranında artabilecektir. İnfeksiyon hastalıklarına, özellikle tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, solunum yolları enfeksiyonları ve sıtmaya karşı ilaç direnci olan vakalarda ise sorun çok daha vahimdir. Çünkü; bu bireyler aynı zamanda HIV pozitif iseler sağlık düzeyi daha kısa sürede daha da kötüleşmektedir.

Bu tartışmalar çerçevesinde AIDS'in en temel ekonomik ve sosyal etkilerini şu başlıklar altında toplamak mümkündür;

- Henüz tedavisi mümkün olmayan ve bulaşan bir hastalık olan AIDS, birey ve çevresi üzerinde büyük sosyal, psikolojik ve ekonomik etki yaratmaktadır.
- Yetişkinlerde hastalık iş gücüne katılamama nedeniyle; gelir kaybı, verimlilik kaybı, yüksek tedavi maliyetleri (kişinin kendisinin ya da çalıştırmanın ödediği), ailenin hastaya bakmak için işe gidememelerinden doğan gelir kayıpları, okul çağı çocukların gelir elde etmek zorunda kalıp okula gidememeleri, erken yaşta ölümlerden doğan gelir kayıpları ve ekonomik kalkınmanın engellenmesi gibi çok sayıda olumsuz ekonomik etki yaratmaktadır.

• Özellikle gelişmekte olan ülkelerde AIDS bir aile hastalığı görünümünü sergilemektedir; infekte birey hastalığı eşine vermekte, daha sonra da anneden bebelere geçebilmektedir. Eğer bu ülkede temel üretim faaliyetleri çok sınırlı sayıda sektörde yapılmakta ise ve bu faaliyetler emek yoğun teknoloji ile genellikle aile işletmelerinde yapılıyorsa, yine hem aile hem de ülke ekonomileri etkilenmektedir. Bunun bir başka etkisi ise bu iş kollarının olumsuz anlamda etiketlenmesiyle hem bu alana yapılacak girişimlerden vazgeçilmekte hem de çalışacak işçi bulunamamaktadır. Ayrıca işveren için de sık işçi değiştirme, hasta çalışanın bakımı ve emeklilik hakları açısından yük gelebilmektedir.

• Bebek ve gençlerin ölümlerindeki artış nedeniyle ortalama yaşam süresi kısalmaktadır.

• HIV/AIDS'e bağlı sorunların yaygınlık kazanması, bu alana ayrılan kaynaklarla diğer tedavi edici sağlık hizmetleri arasında, tedavi edici hizmetlerle temel sağlık hizmetleri arasında, dolayısıyla sağlık sektöründeki diğer öncelikli programlar arasında, sağlık sektörü ile diğer insana yatırım yapan alanlar arasında, bu sektörlerle diğer fiziki yatırım alanları arasında dengeleri olumsuz etkileyip rekabet yaratarak kalkınmanın olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır.

• Hastalığa yakalanan kişi sayısının artması ile birlikte kişisel gelirden azalma sonucu tüketici piyasalarında daralma olabilmektedir.

• Bireylerin tasarruf eğilimleri olumsuz yönde etkilenmektedir.

• Turizm gelirleri azalabilmektedir.

• Az gelişmiş ülkelerde kaynak dağılımı ve yatırımların tümü etkilenmektedir.

• Yabancı sermaye gelişi ve dış ülkelere olan işçi talebi durabilmekte ve halen çalışanlarda geri gönderilebilmektedir.

• Gençlerin ve orta yaşta yetişkinlerin, özellikle kadınların dolayısıyla bu grupların çocuklarının konumlarının kötüleşmesi sonucu, dramatik bir psikolojik ve sosyal değişim ortaya çıkabilmektedir.

• Sosyal hizmetlere daha fazla talep ve yük yaratılmaktadır.

A. HIV/AIDS İnfeksiyonunda Koruyucu Önlemler ve Ekonomik Etkileri

Toplum sağlığı ile ilgili olarak, infeksiyon hastalıklarının kontrolü, çevre kirliliği, sağlığa zararlı alışkanlıklar, AIDS hastalığından korunma gibi, kişinin kendisinden başka çevresini de risk altına almayı engelleyici müdahalelerin finansmanı öncelikli olarak sağlanmadıkça, daha sağlıklı bir toplumda yaşama mümkün olmayacaktır.

AIDS hastalığına karşı kesin sonuç veren herhangi bir aşı ya da tedavi henüz olmadığı için, birincil koruma hastalığa karşı savaşta halen tek uygulanabilecek ve en maliyet etkili yoldur. Yeterli düzeyde koruyucu önlemin alınmadığı durumda da AIDS, özellikle belirli gruplarda (örneğin; birden fazla eşle cinsel ilişkide bulunanlar,

göçmenler, kırsalardakiler, uzun yol sürücüleri, aynı enjektörü paylaşan uyuşturucu bağımlıları, vb.) ve belirli konumlarda (örneğin; kan ve kan ürünlerinin test edilmeden sunumu) çok hızlı yayılmaktadır. Riski yüksek gruplarda her bir yeni cinsel ilişki, riski genel nüfusa kıyasla on kez arttırmaktadır. Ancak AIDS'ten korunma programları öncelikle sosyal açıdan marjinal gruplarla (örneğin; eşcinseller), yasal olmayan davranışlar içinde olanlarla (örneğin; uyuşturucu kullananlar, fuhuş yapanlar) çalışmayı gerektirdiği ve etkili bir koruma programında gençler bilgilendirilirken çok özenli bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği için, bu tür programlar politik açıdan yararsız, cazip olmayan ve tartışmalı faaliyetler olarak nitelendirilebilir. Oysa arkasında güçlü bir devlet desteği olmayan programların başarı şansı oldukça düşüktür. Bu nedenle karar vericilerin bu konudaki bilinç düzeyi, isteklilikleri ve kararlılıkları çok önemlidir. AIDS'in yayılmasının önlenmesinde stratejiler kombinasyonunun yanı sıra yeterli kaynak desteği de şarttır. Benimsenecek stratejiler de infeksiyondan korunmanın nasıl olacağı ile ilgili bilgi verilmesi, kondom kullanımının teşviki, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi ve kan yolu ile geçen hastalıklara karşı alınan önlemler türünden son derece maliyet etkili, yani her bir önlenen HIV pozitif vakasında yaratılan etkinin maliyetten çok yüksek olduğu stratejilerdir. Halen bu tür programlara ayrılan toplam mali kaynaklar 1.5 milyar dolar civarındadır. Bu kaynak içinde kamunun payı ise ülkeden ülkeye yüzde 10 ile yüzde 75 arasında değişmektedir. Yapılan tahminler bu konuda harcanması gereken mali kaynakların yılda 1.5 ile 2.9 milyar dolar düzeyinde olması gerektiğine işaret etmektedir. Bu miktar halen yapılan harcamaların 10-15 katı olmakla beraber, sonuçta çok büyük kazanç yaratacaktır. Zira, 1993 ile 2000 yılları arasında bu miktar harcama ile, 9.5 milyon yetişkinde yeni HIV infeksiyonu önlenmiş olacaktır. Ancak hazırlanan programlarında risk grupları, yaş grupları, cinsiyet, bilgilendirmede ve korunmada seçenek yollar, vb. alanlarda belirli hedefleri olmadığı takdirde, maliyet etkili olması sözkonusu değildir. Örneğin; 1992-2000 yılları arasında AIDS'in ekonomik etkisinin 8 milyar dolar olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca, yalnızca 10 AIDS hastasının uygun şekilde bakımı için dahi, Zaire'de en büyük hastanenin bütçesinin on katı harcama gerekmektedir. Oysa bu hastaneye her gün 15 yeni vaka gelmektedir. AIDS'ten ölümlere bağlı ekonomik kayıplar bu ülkede gayri safi milli hasılanın yüzde 8'ine ulaşmıştır. Bu durumda hastalığın yaygın olduğu Zaire gibi az gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin iflası kaçınılmazdır.

Koruyucu önlemler arasında önemli bir yer alan kondom kullanımı ile, Nairobi'de 1986 yılında uygulanan bir programda, bir yılda 6000 ile 10000 arasında yeni HIV infeksiyonu, hastalığa göre düzenlenmiş olan her bir kazanılan yıl (Disease Adjusted Life Years: DALY) başına 0.50 dolarlık maliyetle önlenmiştir. Kan yolu ile geçişin önlenmesi ise kan bankasının olması halinde, tarama testleri nakledilen kanın her bir biriminin toplam maliyetine yüzde 5'lik ek bir maliyet getirmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi, yayılması ve tedavisine yönelik programlarda AIDS'e karşı savaşta maliyet etkilidirler. Örneğin; tedavi edilen her bir gonore vakasında 120 yıl kazanılmakta (tasarruf edilmekte) ve bunun maliyeti de HIV geçişinde riskin azal-

ması ve daha az sekonder vaka görülmesi gözönüne alındığında kazanılan yıl başına 1 dolardan daha az olabilmektedir.

Birincil koruma kapsamında erken tanının önemi büyüktür. Bu kapsamda yeni geliştirilen HIV antikor testleri ile daha hızlı ve kesin tanı koyabilmek mümkün olmakta, bireylerin ikinci kez kliniğe gitmesi gerekmediği için hasta kaybı en aza inmekte, test sonrası danışmanlık da hemen verilebilmektedir. Ulusal çapta oluşturulacak olan düzenli kayıt ve geri bildirim sistemi de AIDS ile savaşta program planlama, uygulama ve faaliyetlerin değerlendirilmesi açısından çok önemlidir. Örneğin; ülkemizde tespit edilen vakalarda dahi izleme yapılmadığından bireyin hastalığının seyri, tedavi alıp almadığı ve bulaştırıcılığı ile yaşam süresi ve kalitesi hakkında hemen hiç sağlıklı bilgi yoktur. Ayrıca riskli grupların taranması da makro açıdan bir başka maliyet etkili yoldur.

Taylandlı araştırmacılar, temel koruyucu önlemler olarak kondom kullanımının iki katına çıkarılması, birden fazla cinsel eşi olanların en azından yüzde 50 azaltılması ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisinin yapılması ile 2000 yılına kadar 3.5 milyon kişinin enfeksiyondan korunabileceğini ve 5 milyar dolardan daha fazla tasarruf sağlanabileceğini saptamışlardır. Ancak koruyucu tür programların başarısı da gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgili olabilmektedir. Örneğin; temel gereksinimlerini karşılayamamış toplumlarda sosyoekonomik koşullar AIDS'ten korunma programlarını engellemekte, toplumun büyük çoğunluğunun okuma yazma bilmediği durumda eğitim programlarının başarısı da çok az olmaktadır. Ayrıca görülme sıklıkları ve öldürücülükleri itibarıyla hastalık örüntüleri farklı olan toplumlarda HIV/AIDS önleme programlarının dahi önceliği tartışmalı olmaktadır.

B. AIDS Hastalarının Tedavisi ve Ekonomik Etkileri

1992 yılında gelişmekte olan ülkeler AIDS hastalarının tedavisi için 340 milyon dolar harcarlarken, gelişmiş ülkelerin harcadıkları miktar 4.7 milyar dolar olmuştur. Ancak halen çoğu AIDS kontrol programının hastalar için stratejik planlama ile geliştirdiği maliyet-etkili bir tedavi rejimi bulunmamaktadır. Yalnızca ömrü uzatan antiviral ilaçların, örneğin azidotimidin (AZT)'in bir yıllık kullanımı dahi 3000 dolardan fazlaya mal olmaktadır. Dolayısıyla düşük gelirli ülkeler genellikle yalnızca ağrıları hafifletici ve fırsatçı enfeksiyonları tedavi edici rejimlere başvurabilmektedir. Oysa stratejik planlama çerçevesinde saptanmış bir tedavi rejimi, daha ucuz ilaç kullanımı ve mümkün olan durumlarda ayakta ya da evde tedavi ile maliyetleri büyük ölçüde düşürebilecektir. Temel tedavi, fırsatçı enfeksiyonların ayakta tedavisi de dahil olmak üzere, kazanılan yıl başına 200 ile 400 dolara mal olmaktadır. Evde palyatif bakım ise 30 ile 70 dolar arasında bir miktara mal olmakta, ancak bu bakımın aile içinde sosyal ve dolaylı ekonomik maliyeti büyük olmaktadır.

1991 yılında Taylandlı araştırmacılar AIDS'in doğrudan ve dolaylı toplam maliyetinin 8 milyar dolar civarında olduğunu saptamışlardır. Zira hastalığın sağlık sektörün-

deki kaynak kullanımı dışında, gelir ve verimlilik azalması ile birlikte, diğer sektörlerdeki dolaylı maliyetleri arasında, turizm gelirlerinin azalması, yabancı sermaye gelişiminin ve dış ülkelerden olan işçi talebinin durması ve halen çalışanların da geri gönderilmesi gibi çok sayıda olumsuz ekonomik etkisi de bulunmaktadır.

HIV/AIDS'E KARŞI ÇABALARDA ULUSAL ve ULUSLARARASI İŞBİRLİĞİ İLE YAPILABİLECEKLER

Çoğu ülkede halen ulusal AIDS programları oldukça yetersizdir. Genelde yalnızca sağlık bakanlıklarına verilmiş olan kamu kaynaklarını kullanabilen standart uygulamalar yapılmakta olup, cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü ihmal edilmektedir.

Her bir ülkenin AIDS ile savaşta kulanabileceği tek tip strateji yoktur. HIV/AIDS müdahaleleri seti içinde önceliklerin saptanmasında kullanılacak üç temel ölçüt arasında, HIV prevalansı, gelecekteki yayılma riski ve halihazırdaki AIDS yükü sayılabilir. Farklı ülkeler ve bölgeler için geçerli olabilecek stratejiler de dört gruba ayrılabilir. Bu gruplamalar aracılığı ile hizmet tipinin belirlenmesi, faaliyetlerin planlanması, yapılacak müdahalelerde önceliklerin saptanması, finansman yükünün belirlenmesi ve kaynakların bulunup amaca yönelik olarak harekete geçirilmesi kolaylaşacaktır. Böylece yapılacak faaliyetlerin maliyet etkili olması sağlanacaktır. Yapılacak gruplamalarda gözönüne alınacak hususlar ise aşağıda verilmiştir:

• *HIV pozitif vakaların ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların az görüldüğü yöreler:* Bu yöreler saptanarak gençlere ve yüksek riskli davranış içinde olabilecek gruplara AIDS'ten korunmada izlenecek yöntemlere yönelik yoğun cinsel eğitim programları düzenlenmeli ve hassas bir HIV sürveyans sistemi kurulmalıdır.

• *HIV'in erken yayılma döneminde endemi için yüksek riskli bölgeler ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların çok sık görüldüğü bölgeler:* Bu bölgelerde yüksek risk gruplarında hedefe yönelik, yoğun koruyucu önlemler alınmalı, genel eğitimin yanısıra kan ürünleri de test edilmelidir.

• *HIV epidemisinin olduğu ancak hastalığın nispeten henüz az görüldüğü yöreler:* Yüksek risk gruplarına yönelik müdahalelerin yanısıra, nüfusun tümü için AIDS'ten korunma programları geliştirilmelidir. Gönüllü HIV testi ve danışmanlık hizmetleri ile AIDS hastalarına bakımın nasıl olacağına yönelik hizmet de sağlanmalıdır.

• *Epideminin ve hastalık yükünün çok yüksek olduğu yöreler:* Geniş çapta hem koruyucu hem de hasta bakımına yönelik hizmetler sunulmalıdır.

Ülke içinde ulusal çapta oluşturulacak olan ve sektörler arası işbirliği sağlayıcı bir örgütlenme atılabilecek ilk adımdır. Böylece AIDS ile ilgili faaliyetlerin planlanması ve bütçeleme işleri bakanlıklar arası, uluslararası finansman kuruluşları ve yerel destek sağlayan kaynaklar arasında düzenlenmiş olacaktır. Bu tür bir düzenleme aynı zamanda özel sektör ile gönüllü kuruluşlar arasında beraber yapılan faaliyetlerin de plan-

lanmasını sağlayacaktır. Gönüllü kuruluşlar, koruyucu önlemlerin alınmasında, tedavi aşamasında ve toplumsal destek programlarında işlevleri gereği çok yararlı olmaktadır. Ancak mali, yönetsel ve teknik destek elde edemedikleri sürece de başarıları çok sınırlı kalabilmektedir.

KAMUNUN OLANAKLARI İLE YAPILABİLECEKLER

Kamunun yükümlülükleri dahilinde hazırlanacak toplum sağlığı programları ile düşük maliyette önemli sağlık kazançları elde etmek mümkündür. Böylece, gelişmekte olan ülkelerde, kişi başına yaklaşık 4 dolarlık bir harcama ile (kişi başına gelirin yüzde 1.2'si) hastalık yükü yüzde 8, orta düzeyde gelire sahip ülkelerde yaklaşık 7 dolarlık bir maliyetle (kişi başına gelirin yüzde 0.5'i) hastalık yükü yüzde 4 oranında azalabilmektedir. Yerel düzeyde koşullar değişmekle birlikte, geliştirilecek toplum sağlığı programı kapsamına AIDS ile mücadelenin yansısı aşağıdaki konular girdiği takdirde daha maliyet etkili sonuç alınabilir;

- Genişletilmiş bağışıklama ve elzem besin öğelerinin tüketiminin desteklenmesi programı,
- İnfeksiyonlardan korunma, elzem besin öğelerinin yetersizliklerinin giderilmesi ve sağlık eğitimi veren okul sağlığı programları,
- Aile planlaması, beslenme, kendi kendine tedavi, vektör kontrolü faaliyetleri ve hastalık sürveyansı hakkında toplumu bilgilendirici, eğitici programlar,
- Tütün, alkol ve diğer bağımlılık yaratıcı uyuşturucuların tüketimlerinin azaltılmasına yönelik programlar,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönü güçlü olan AIDS'ten korunma programı.

TÜRKİYE'DE DURUM ve GELECEK İÇİN ÖNERİLER

Türkiye'de, diğer ülkelerde de olduğu gibi, sağlık sektörüne ilişkin harcamalar ulusal gelir hesaplamalarında yer almadığı için, miktara ilişkin kolay ve yeterli tahmin yapmak oldukça zordur. Sağlık sektörü finansmanı ve harcamalarına ilişkin veri yokluğu uygun kararlar almayı, sağlık sektörünün etkililiği ve finansal planlaması hakkında bilgi sağlamayı engellemektedir.

Türkiye'de 1980-1992 döneminde gayri safi milli hasıla (GSMH) sabit fiyatlarla yüzde 79 artarken sağlık harcamaları yüzde 135 artmıştır. Türkiye'de kişi başına cari fiyatlar üzerinden olan sağlık harcaması 1980 yılında 55.5 Amerikan doları iken, 1992 yılında 106.4 Amerikan dolarına yükselmiştir. Satın alma gücü paritesine göre yapılan hesaplamalarda ise kişi başına sağlık harcaması aynı dönemlerde 86.5 Amerikan dolarından 207 Amerikan dolarına yükselmiştir. Sağlık göstergeleri Türkiye'den çok daha iyi durumda olan İngiltere'de bu miktarın 1987 yılında dahi 758 Amerikan doları olduğu düşünüldüğünde ülkemizdeki harcamaların sağlık hizmetlerinde duyulan ihtiyacı karşılamayacağı açıktır. Tablo 2'de çeşitli ülkelerde ve farklı yıllarda, sağlık har-

camalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı verilmektedir. Bu tablodan da görüldüğü gibi, gelişmiş ülkelerde de sağlık harcamaları zaman içinde artmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti talebini etkileyen unsurlardan biri de finansman yöntemidir. Üçüncü organların (örneğin; bir sosyal güvenlik kuruluşu) hizmet bedelini ödemesi durumunda tüketicinin hizmet talep katsayısı yükselmekte, kişinin hizmeti doğrudan finanse etmesi halinde ise hizmet talep katsayısı düşmektedir. Böylece bir ülkede eğer bütün nüfusu kapsayan ve iyi işleyen bir sağlık güvencesi sistemi kurulamamışsa, hastalık riski de zaten yüksek olan düşük gelir gruplarında hissedilen ihtiyaç da fiili talebe dönüşmemektedir. Dolayısıyla bu grupların hizmet talebi herhangi bir şekilde desteklenmediği takdirde yetersiz kalabilmektedir. Örneğin; Türkiye’de, 1992 yılında kişi başına sağlık hizmet talep katsayısı yıllık ortalama 2.44’tir. Bu katsayı SSK kapsamındakilerde 3.59, emekli sandığı kapsamındakilerde 4.59, kamu çalışanlarında 3.24, sağlık güvencesi olmayanlarda ise 1.57’dir. Oysa yine bir yıllık dönemde hekime başvuru katsayısı 1985 yılında Kanada’da 7.1, 1986 yılında Japonya’da 12.8, 1981 yılında Almanya’da 10.8, 1984 yılında İngiltere’de 5.2’dir.

Türkiye’de primlerle desteklenen zorunlu kamu sigortası ve özel sigortacılığın yanısıra, vergi gelirleriyle finanse edilen kamu sağlık hizmetleri olup 1995 yılında nüfusun yüzde 65.8’i sağlık güvencesine sahiptir. 1994 yılında harcamaların yüzde 64.7’sinin kamu, yüzde 35.3’ünün de özel kesim tarafından gerçekleştirildiği hesaplanmıştır.

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri tüm nüfusa ücretsiz olarak devlet tarafından Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunulur. Bulaşıcı hastalıklar ve acil sağlık hizmetleri de

Tablo 2. Bazı Ülkelerde Farklı Yıllarda Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın Yüzdesi Olarak Sağlık Harcamaları

Ülkeler	Yıllar			1982/1972	1992/1982
	1972	1982	1992	değişim (%)	değişim (%)
Avusturya	5.8	7.7	8.8	+31	+14
Kanada	7.2	8.4	10.1	+17	+20
İrlanda	6.7	8.4	7.1	+25	-15
Japonya	4.8	6.8	6.9	+42	+3
Yunanistan	3.9	4.4	5.4	+13	+23
Portekiz	4.1	6.3	6.0	+24	-5
Türkiye	-	3.6	4.1	-	+14
ABD	7.6	10.3	14.0	+36	+36
İngiltere	4.7	5.9	7.1	+26	+20

bu kapsama girer. Tedavi hizmetleri ise ücret karşılığında sunulur. Ancak bu ücretlerin bireylere yansıtılması onların gelir düzeylerine, bağlı oldukları sağlık güvencesi programına ve ödeme isteklerine bağlı olarak değişik biçimlerde olmaktadır. Örneğin; ödeme güclüğü içinde olanlar kamu kaynakları tarafından finanse edilen yeşil kart sistemi ile kamuya ait kurumlarda yataklı tedavi hizmetlerinden (buradaki ilaç harcamaları da dahil olmak üzere) ücretsiz olarak yararlanırken, üniversite hastanelerinde sağlık güvencesi olmayanlar hizmet bedelini doğrudan kendileri ödemekte, özel sağlık sigortasına sahip kişiler ise program çerçevesinde diledikleri yere başvurabilmektedirler. Dolayısıyla tanı ve tedavi hizmetleri ayakta ya da yatırılarak kamuya ya da özel sektöre ait kurum ve kuruluşlardan sağlanmaktadır. Bunların başlıcaları Sağlık Bakanlığının ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı çeşitli düzeydeki kuruluşlar; üniversite eğitim hastaneleri; kamu iktisadi teşebbüsleri, bazı bakanlıklar ve belediyelere ait kuruluşlar ve benzerleri ile özel sektörde yer alan tanı ve tahlil laboratuvarları, eczaneler, muayenehaneler ve hastanelerdir.

Bütün bu bulgular bize Türkiye'de sağlığa ayrılan kaynakların yetersizliğine paralel olarak, somut veriler olmamasına rağmen, AIDS ile olan mücadeleye ayrılan kaynakların da yetersiz olacağı ve riskli davranış içinde olan grupların hizmete ulaşmalarındaki olası engeller konusunda bilgi vermektedir. Türkiye'de AIDS hastalığından kaynaklanan ekonomik etkilerin ne düzeyde olduğuna dair herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Hastalığın yaygınlığı, dolayısıyla toplam nüfus itibarıyla ölüm hızları henüz görece olarak bazı ülkelerden düşük olmakla birlikte, geleceği güvence altına alacak somut önlemler de henüz alınmamıştır. HIV/AIDS görülme sıklığının yanı sıra, hem diğer hastalıklar hem de bu hastalığa bağlı olan ölümler hakkında güvenilir, tam ve sürekli bilgi akışı sağlayabilecek bir sistem henüz uygulamaya konulamamıştır. Buna bağlı olarak da hastalıkların ekonomik ve sosyal yüklerine ilişkin çalışmalar da sınırlı sayıda ve oldukça yetersizdir. Ancak kamunun sorumluluklarını yerine getirmesi açısından, yapılan uluslararası çalışmalardan alınan örnekler de, ülkemizde halihazırındaki durum ve ilerdeki gelişmeler hakkında olumsuz fikir sahibi olmayı sağlar niteliktedir. Türkiye'de HIV/AIDS bildirim zorunlu olan hastalıklar kapsamındadır. İlgili testler ve hastalığa yakalananların tedavisi, ödeme gücüne bakılmaksızın bu hastalığın bulaşıcılığı ve öldürücülüğü nedeniyle, başta Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar olmak üzere diğer tüm kamu kuruluşlarında ücretsiz olarak sunulması gerekli olmakla beraber, gerçekte durum böyle değildir ve hastalar büyük sorunlarla karşılaşmaktadır. Türkiye'de sağlıkta insan gücü ve altyapıdaki niceliksel ve niteliksel yetersizliklere ve bu tür hizmet sunumunda arz açığına bağlı olarak hizmete ulaşamama ve/veya hizmet yokluğu ile sağlık güvencesine sahip olmayan bireyler için ödeme güclüğü sözkonusudur. Tanı merkezlerinin yetersizliği, danışmanlık hizmeti olmayışı, tanı testleri için bedel ödeme kaygısı, üçüncü kişilerin haberdar olacağı kaygısı (gizliliğe uyulmaması), toplumun ve karar vericilerin duyarsızlığı, eğitim eksikliği, denetim yapılmaması, sevk mekanizmasının olmayışı, izleme yapılmaması ve diğer nedenler de tanı koyulmasını zorlaştırmakta, hastalığın yayılmasını ve hasta kişi sayısını arttırmaktadır.

Türkiye'de AIDS ile mücadelede daha önce de belirtilen ulusal ve uluslararası işbirliği kapsamında önerilen önlemlerin yanısıra şu konulara da yer verilmelidir;

- Sağlığa daha fazla kaynak ayrılmalıdır.
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere gereken önem ve öncelik verilmeli, yeterli kaynak ayrılmalı ve rasyonel kaynak kullanımı sağlanmalıdır.
- Türkiye'de tüm nüfusu kapsamına alan ve sosyal sigorta kuralları çerçevesinde kurulan bir genel sağlık sigortası oluşturulmalı ve hizmete ulaşmada eşitlik sağlanmalıdır.
- Esnek, süreklilik gösteren ve tutarlı halk sağlığı programları AIDS'ten korunmayı da kapsayacak şekilde geliştirilerek uygulamaya geçirilmelidir.
- Sağlık enformasyon sistemi kurulmalı, demografik ve epidemiyolojik bilgi akışının sürekli, tam ve güvenilir olması sağlanmalı ve gerçek maliyetler hesaplanmalıdır.
- Diğer hastalıkların yanısıra AIDS'in ekonomik yükü ile koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin ekonomik etkilerini (maliyet, etki, kazanç ve yararını) ortaya çıkaran çalışmalar başlatılmalıdır.
- Bürokratik engellerin çıkmasını önlemek için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılmalı ve siyasetçilerin tam desteği sağlanmalıdır.
- Kamuda hizmet sunan ve hizmeti finanse eden kuruluşların birbirinden bağımsız olması sağlanmalı, dolayısıyla etkili kaynak kullanımı için istek ve teşvik ortamı yaratılmalıdır.
- Hizmetlerin sübvansiyonu sosyal adalet ilkeleriyle bağdaşmalı, hizmetin finansmanına katkıda bulunanlar hizmetten yararlanabilmeli ve katkılarının karşılığını gerektiği biçimde alabilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cullis JG, West PA. *The Economics of Health: An Introduction*. Martin Robertson, 1979.
2. McGuire A, et al. *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. Routledge & Kegan Paul, 1988.
3. Çilingiroğlu N. Sağlık Ekonomisi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde. Eds. Bertan M, Güler Ç. Güneş Kitabevi, Ankara, 1995;389-421.
4. Fişek NH. *Halk Sağlığına Giriş*. Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
5. Ferranti D. *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview*. World Bank Staff Paper, no. 721, Washinton DC, 1985.
6. Luce BR, Elixhauser A. *Standarts for Socio Economic Evaluations of Health Care Products and Services*. Berlin: Springer-Verlag, 1990.

7. *Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Healthcare Programmes. Oxford: Oxford University Press, 1987.*
8. *Drummond MF, et al. Economic Evaluation in the Development of Medicines. Office of Health Economics, 1988.*
9. *WHO. World Health Report. World Health Organization, Geneva, 1997.*
10. *Çilingiroğlu N. HIV/AIDS sorunu ve ekonomi yönünden etkileri, AIDS Hakkında Bilinmesi Gerekenler içinde. Ed. Başer Z. Türkiye Aile Planlaması Derneği, Ankara, 1997.*
11. *World Health Organization. The World Health Report 1995: Bridging The Gaps. World Health Organization, Geneva, 1995.*
12. *World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press, 1993.*
13. *Voelker R. The world in medicine: AIDS and the world economy. JAMA 1997.*
14. *Over M, et al. The direct and indirect costs of HIV infection in developing countries: the cases of Zaire and Tanzania, The Global Impact of AIDS: Proceedings of the First International Conference on the Global Impact of AIDS içinde. ed. Leming AF, et al. 1988.*
15. *Postma M, et al. Economic impact of the AIDS epidemic in the European Community: towards multinational scenarios on hospital care and costs. AIDS 1993;7:541-53.*
16. *Farnham P. Defining and measuring the costs of the HIV Epidemic to Business Firms, Public Health Reports. May-June, 1994;109(3):311-8.*
17. *Hanvelt RA, et al. Indirect cost of HIV/AIDS mortality in Canada. AIDS 1994;8(10):7-11.*
18. *Handley P. An ounce of prevention. Far Eastern Economic Review 1992;13:30-1.*
19. *Yıldırım S. Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 1994.*
20. *Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, Ankara, 1995.*