

Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi:Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim

Mehmet TOP*

ÖZET

Bütün sağlık sistemlerinde mevcut talepler, ihtiyaçlar arasından kaynakların öncelikle hangilerine dağıtılacağı ile ilgili kararları alma önemli bir zorunluluk ve ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sistemlerinde, bu kararlar farklı hasta, hastalık ve hizmet alanları ile ilişkilendirilmiş kararları yansıtmaktadır. Sağlık bakım önceliklerini oluşturmak, öncelikle verilmesi veya sunulması gereken sağlık hizmetlerinin, programlarının, eylemlerinin seçimini gerektiren bir karar alma sürecidir. Yani öncelikleri belirleme, değer yargıları ile şekillenmiş bir politik süreçtir. Amaç, sağlık kaynaklarının verimli kullanım ve dağıtımını sağlayarak, toplum sağlık statüsünü geliştirmektir. Sağlık önceliklerinin belirlenmesi sağlık sistemlerinin diğer unsurlar ile kaçınılmaz olarak örtüşmektedir. Sağlık sektöründe, öncelikler birtakım etkenlerden bağımsız olarak belirlenemez. Öncelikler sosyal değerler ve prensipler ve sağlık politikası hedefleri ile uygunluk içinde olmalıdır. Sağlık sisteminin kurumsal ve yasal çerçevesi, bu önceliklerin uygulanabileceği ve belirlenebileceği sınırları oluşturmaktadır. Önceliklerin belirlenmesi ile ilgili ülke uygulamaları arasındaki farklılıklar belirlenmelidir. Ülke uygulamaları arasında bazı ortak noktalar da vardır. Önceliklerin oluşturulması evrensel bir olgudur ve ülkelerin bu konuda bir birlerinden öğrenebilecekleri çok şey vardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık öncelikleri, sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirleme, uluslararası deneyim.

Priority Setting in Health Services:Levels, Dynamics, Approaches and International Experience

ABSTRACT

The need to make choices on the allocation of resources between competing demands exists in all health care systems. In publicly financed systems, these choices

* Uz., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

reflect the priority attached to different services and patients. Setting health care priorities refers to the selection process of health services, programmes or actions that will be provided first, with the purpose of improving the health benefits and distribution. Priority setting is a political process shaped by beliefs and values. The domain of health priorities inevitably overlaps with other elements of the health system. In the health sector, priorities can not be set without several elements. Health priorities need to be congruent with societal values and principles and with health policy objectives. The institutional and legal framework of the health system provides the limits in which priorities can be set and implemented. The differences among international (countries) experiences must be determined. There are a few similar areas among countries' health care priority setting practices. It is clear that priority setting is a universal phenomenon and that countries have much to learn from each other.

Key Words: *Health priorities, priority setting in health services, international experience.*

I. GİRİŞ

Sağlık sektöründe öncelikleri belirleme yeni olmayan ve önemi gün geçtikçe artmakta olan bir konudur. Birçok ülkede sağlık hizmetleri talebindeki artışa rağmen, sağlık kaynaklarındaki sınırlılık baskısı politikacıların daha fazla sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi süreci ile ilgilenmelerine neden olmuştur. Bunun sonucu olarak öncelik belirleme çalışmalarında bir artış yaşanmış ve bu da konunun daha belirgin hale getirilmesinde önemli yer tutmuştur (Ham 1996 ; Ham 1997).

Kaynakların, rekabet eden taleplere tahsisinde seçim yapılması sağlık hizmetleri sistemlerinde her zaman varolmuştur. Bu seçimler, farklı hizmetlere veya farklı tip hastalara ilişkin göreceli öncelikleri yansıtmış, genellikle seçimler tamamı ile sağlık çalışanları tarafından yapılmıştır. Uygulamada sağlık hizmetleri öncelikleri bazen, verilen hizmetlerin sınırlanması, bekleme listeleri veya maliyet paylaşımı düzenlemeleri gibi mekanizmalarla da ifade edilmektedir (Saltman, Figueras 1997).

Son kırk yıl içinde dünya genelinde sağlık hizmetleri kapsamı ve kullanımında büyük gelişmeler olmasına rağmen, sağlık ihtiyaçları sağlık sistemleri kapasitelerinin oldukça üzerindedir. Son zamanlardaki kamu sağlık harcamalarını kısımaya dönük uygulamalar, sağlık ihtiyaçları ile sağlık kaynakları arasındaki farkı daha da artırmıştır. Bunun bir sonucu olarak,

politikacılar makro boyutta tüm sağlık sektörü ve ülke açısından kaynakların öncelikle hangi alanlara ayrılması gerektiğine karar vermelidirler (Bobadilla 1996).

Planlamanın özünde sınırlı kaynaklar ve bu kaynakların nasıl verimli kullanılacağı yatmaktadır. Bu kaynakları nasıl verimli kullanacağız sorusu aslında bizi öncelikleri nasıl belirlemeliyiz sorusuna götürür. Planlama sürecinin asıl fonksiyonu, büyük ihtiyaçları belirlemek, bunları karşılamak için uygun programlar geliştirmek ve kaynakları buna göre dağıtmaktır. Fakat bütün sağlık ihtiyaçlarının tamamen karşılanamayacağı evrensel bir gerçektir. Bu sağlık ihtiyaçlarından öncelikle hangilerinin karşılanması gerektiği belirlenmelidir. Bu yöndeki kararlar, özellikle kaynakların çok daha sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkeler için daha çok önem arz etmektedir. Ekonomik gelişmişlik düzeyi öncelik belirleme şeklini ve yöntemini etkilemesine rağmen, öncelik belirleme zorunluluğunu ortadan kaldırmaz. Örneğin, bugün İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde (NHS) kaynak miktarı yüksek düzeyde olmasına rağmen, kaynak sınırlılığı nedeni ile hasta bekleme listeleri oluşturulmaktadır (Green 1995).

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, farklı düzeylerde çok yönlü kararların alındığı, kaynakların öncelikle hangi programlara, tedavilere, müdahalelere veya aktivitelere ayrılması gerekliliğini içeren kompleks bir karar verme sürecidir. Farklı düzeydeki kararların (makro, bölgesel, hizmet, hasta esaslı vs.) nasıl alınması gerekliliği yönünde analitik araçlar ve etik prensiplerin daha henüz yeterince geliştirildiğini söylemek oldukça zordur. Önceliklerin belirlenmesini daha rasyonel kılmak için karar verme yapısı ve sürecini iyice incelemek ve makro ve mikro kararları iyi analiz etmek gerekir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ile ilgili uygulamalar incelendiğinde genellikle verimlilik, eşitlik, etkililik, bireysel sorumluluk, insan saygınlığı, ihtiyaç, talep gibi kriterlerin kullanıldığı görülmektedir (Klein 1993). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılan kriterler üzerinde makalenin bazı ülke uygulamalarından örneklerin verileceği bölümünde durulacaktır.

Bu makalede, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmenin önemi, dinamikleri, düzeyleri, öncelik belirlemeyi etkileyen faktörler, bazı öncelik belirleme yaklaşımları, uluslararası bazı öncelik belirleme uygulamaları

(Oregon-A.B.D'de bir eyalet-, Yeni Zellanda, Hollanda, İsveç, İngiltere) ve bütün bunlar sonucunda çıkarılabilecek dersler üzerinde durulacaktır.

II.SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİNİN ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sağlık sektörüne ayrılan kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiği ile ilgili olan ve yapısında birçok dinamik ve karar vericinin yer aldığı karmaşık bir karar verme sürecidir. Daha önce de belirtildiği gibi, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kaynaklar sınırlıdır. Düşük gelirli ülkelerde hükümetlerin çözmesi gereken problemler daha şiddetli ve acil olmasına rağmen, bütün hükümetler sınırlı sağlık kaynakları ile sağlık ihtiyaçları arasında uygun bir denge kurmak zorundadır. Bu denge kurulmaya çalışılırken tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanamayacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir. Sınırlı sağlık kaynaklarını verimli ve etkili kullanmanın yollarından birisi de, kaynakların öncelikle ayrılması gerektiği hizmetleri, hastaları, programları belirlemektir. Bir başka deyişle sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sınırlı kaynakların verimli ve etkili dağıtım ve kullanımının temel bir parçasıdır. Bir nüfus ne kadar sağlıklı olursa olsun, onların sağlık ihtiyaçları ve talepleri mevcut sağlık hizmetleri miktarından her zaman fazla olacaktır (Bobadilla 1996).

Toplumların epidemiyolojik, sosyo-ekonomik, demografik profillerindeki değişiklikler ile sağlık sistemlerinin finansman ve organizasyon yapılarındaki bazı değişiklikler sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ihtiyacını hem artırmakta hem de önceliklerin belirlenmesi süreci yaklaşımlarını etkilemektedir (Bobadilla 1996).

Maxwell (1974 yılı) başta olmak üzere birçok araştırmacı sağlık hizmetlerindeki uluslararası trendleri, sağlık bakım harcamalarını, harcamalarda artışa neden olan baskı unsurlarını incelemişlerdir (Ham 1996). Sağlık hizmetleri talep ve kullanımındaki artış ile bu artışın yansımaları olarak sağlık bakım harcamalarındaki artışın dört temel nedeninden bahsedilebilir (Bobadilla 1996; Fuchs 1993):

Birincisi, doğurganlık düzeyindeki orta vadeli azalmalar nüfusta yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Nüfus yaşlandıkça hastalıkların artma riski fazlalaşır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin maliyetleri genellikle

diğer yaş gruplarına verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinden daha fazladır. Bunu başlıca nedeni, yaşlıların kronik hastalıklara daha çok maruz kalması ve uzun süreli bakım gerektirmeleridir. İkincisi, nüfusun eğitim düzeyi arttıkça algılanan sağlık ihtiyaçları, problemleri ve riskleri artmaktadır. Yani sonuçta bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlık hizmetlerine olan talepleri de artmaktadır. Kırsal alan ve toplumların üst kesimlerindeki insanların yaşam stillerindeki değişiklikler sağlık hizmetleri talebini artıran bir diğer faktördür. Son olarak, tıbbi teknolojiadaki gelişmeler de sağlık hizmetleri talebi ve sağlık bakım harcamalarını yükseltmektedir. Genel olarak tıbbi teknolojik gelişmeler ve yeni ilaçlar toplum sağlığına pozitif yönde etkilemesine rağmen, sağlık hizmetleri maliyetlerinin hızla artmasına neden olduğu bir gerçektir.

Yukarıda anlatılan ve sağlık hizmetlerinde harcamaların artmasına neden olan bu dört faktörün tarihsel süreci incelendiğinde, özellikle son 30 yıldır az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu bu faktörlerden biri veya birkaçı ile karşılaşmıştır. Fakat Latin Amerika, Uzak Doğu ve Doğu Avrupa'da bazı ülkeler bu faktörlerin hepsini yaşamıştır (Bobadilla 1996).

Bütün bu anlatılanlar şu şekilde özetlenebilir. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kaynakların sınırlılığı ve tüm sağlık ihtiyaçlarının bu kaynaklarla karşılanamayacağı gerçeği, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin temel nedenini oluşturmaktadır. Buradan hareketle sınırlı kaynakları verimli ve etkili kullanarak, bundan toplumun maksimum düzeyde sağlık kazanımı elde etmesinin başlangıç noktası, önceliklerin iyi bir şekilde belirlenmesidir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi kaynakların etkili ve verimli dağıtımını ve kullanımını yanında sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanması için de gereklidir (Henigbotham 1992; Klein et al. 1995; Ven 1995; Ham 1995; Ham 1996).

Daha önce de belirtildiği gibi özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaynak kısıntısı daha şiddetli olduğundan bu ülkelerde sağlık bakım önceliklerini belirlemenin önemi ve gerekliliği daha fazladır. Bir kez daha tekrarlamak gerekirse, önceliklerin belirlenmesi süreci, tüm sağlık sektörüne ayrılması gereken kaynak miktarının belirlenmesinden hareketle bu kaynakların öncelikle hangi hizmet alanlarına, hastalıklara, tedavilere, hastalara ayrılması gerektiğini ortaya koyan birçok faktör, dinamik, karar vericiyi bünyesinde barındıran kompleks bir karar verme sürecidir (Liss 1993;

MacStravic 19978; Grimshaw, Hutchinson 1995; Bobadilla 1996; Mooney 1994).

III. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİNDE GENEL YAPISI VE SÜRECİ: DÜZEYLER, FAKTÖRLER, DİNAMİKLER VE KRİTERLER

Makalenin bu bölümünde öncelik belirleme düzeyleri, öncelik belirlemeyi etkileyen faktörler ve öncelik belirleme dinamikleri açıklanmaya çalışılacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılan bazı kriterlerin isimleri belirtilecektir. Bu kriterlerden bazıları daha sonra örnek ülke uygulamaları bölümünde ülkeler açısından açıklanacaktır.

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, farklı disiplinler temellere sahip araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Ekonomi dışındaki en büyük katkı, siyaset bilimi, felsefe ve epidemiyolojiden gelmiştir. Epidemiyoloji ön planda olduğunda iki önemli tema ortaya çıkmıştır. İlki, mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) modellerinin analizi yolu ile karar vericilere ölüm ve sakatlıkların nedenleri hakkında yardımcı olmaktadır. İkinci olarak, ekonominin katkıları farklı yöntemlerin maliyet etkili olması için yapılan karşılaştırmalara imkan vermesidir. Fakat özellikle siyaset bilimciler ve politik analistler önceliklerin belirlenmesinde sosyal değerlerin göz ardı edildiğini savunmaktadırlar (Saltman, Figueras 1997).

Rudolf Klein, öncelik belirlemenin farklı düzeylerinin olduğunu savunmaktadır. Bir başka deyişle Klein önceliklerin uygulamada birkaç düzeyde belirlenebileceğini belirtmiştir. Makro düzeyde, kaynaklar üzerinde hak iddia eden diğer taleplerle bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerine tanınan öncelikler bulunmaktadır. Yani makro veya tüm sağlık sistemi açısından önceliklerin belirlenmesinde tüm ülke dikkate alınmaktadır. Makro düzeyde sağlık sektörüne ayrılacak kaynaklar ve öncelikler belirlenirken diğer sektörlerde ayrılacak kaynak miktarlarına da dikkat edilmelidir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin ikinci düzeyinde, sağlık bakım bütçesinden farklı coğrafik bölgelere ve hizmet alanlarına ayrılacak kaynaklarla ilgili tercih kararlarını içeren kararlar yer almaktadır. Bir sonraki öncelik belirleme düzeyinde ise, kaynakların hizmet alanları içindeki tedavi şekillerine göre tahsis edilmesi ile ilgili olarak alınan kararlar bulunmaktadır. Örneğin, kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına öncelik verilmesi gibi. Tedavinin acil olarak yapılmasının gerektiği durumlarda, hangi hastanın ilk olarak tedavi

edilmesi gerektiği konusunda alınacak kararlar da bu düzeye örnek olarak verilebilir. Son olarak, her bir hasta için, özellikle yeni ve pahalı yöntemler söz konusu olduğunda, bir tedavinin sağlanıp sağlanmayacağına ve sağlanacaksa ne kadar süre içinde verileceği hakkındaki önceliklerin belirlenmesi gerekir. Yani tedavisine karar verilen hastaya ne kadar harcama yapılacağına karar verilir (Saltman, Figueras 1997; Ham 1995; Ham 1997). Aşağıdaki şekil öncelik belirlemenin düzeylerini özetlemektedir:

Şekil 1. Farklı Öncelik Belirleme Düzeyleri

1. Makro: Sağlık hizmetlerine göre kaynak dağıtım düzeyi
2. Coğrafi alanlar ve hizmetler arasında bütçe dağıtım
3. Belli tedavilere göre kaynak dağıtım
4. Tedavi edilecek hasta veya hastalıkların tedavisi
5. Bireysel hastalara ne kadar harcama yapılacağı kararı

Kaynak: Ham 1997.

Yukarıda belirtilen öncelik belirleme düzeyleri, öncelik belirleme sürecini analiz etmek için yararlı bir çerçeve sunmaktadır. Mikro düzeydeki kararlar makro düzeydekilerden etkilendiği halde, öncelik belirleme hakkındaki tartışmalar, farklı düzeyler hakkında ayırım yapmamakta ve yapılan tercihlerin doğası ve sorumluluğu hakkında belirsizliklerle sonuçlanmaktadır. Politikacıların makro düzey sorumlulukları, klinik tedavi uzmanlarının (sağlık profesyonellerinin) mikro düzey sorumlulukları ile paralel tutulabilir. Öncelik belirlemenin orta düzeyinde bir takım politik, yönetsel ve kliniksel faktörler yer almakta ve bunların etkisi ülke sağlık sistemlerine göre değişmektedir (Saltman, Figueras 1997).

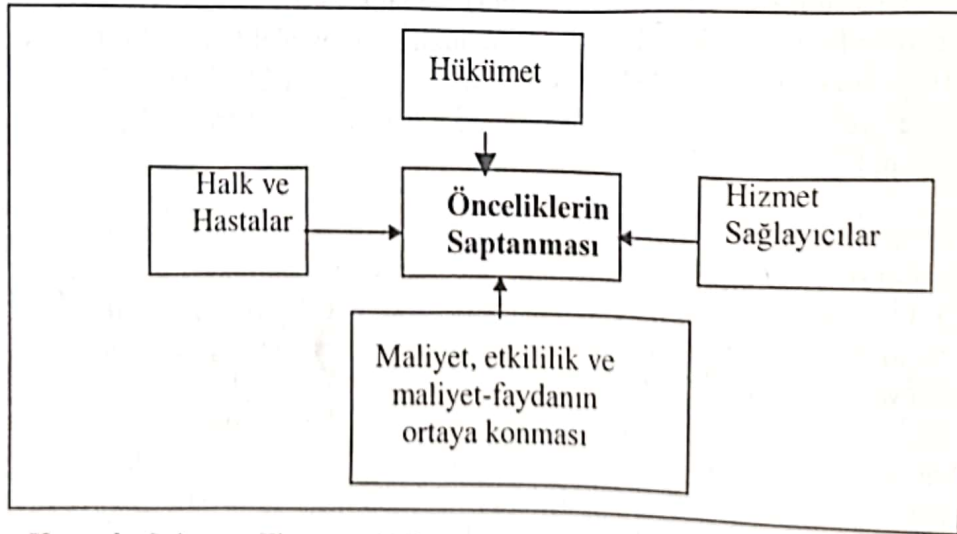
Klein'in farklı öncelik belirleme düzeyleri göz önüne alındığında, makro veya tüm sistemle ilgili tercihler (öncelikler) genellikle politikacılar tarafından, buna karşılık kliniksel veya mikro düzeydeki önceliklerin başta doktorlar olmak üzere diğer sağlık profesyonelleri tarafından belirlendiği görülmektedir. Makro ve mikro öncelik belirleme düzeyleri arasındaki süreçlerde farklı taraflar vardır. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesindeki karar mekanizmasını anlamak her zaman mümkün değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinde öncelikler, genellikle kliniksel (mikro) düzeyde öncelikler doktor odalarında doktorlar tarafından, makro düzeyde politika belirleme ve kaynak

dağıtımından sorumlu politikacılar tarafından komite odalarında belirlenmektedir (Honigsbaum et al. 1995; Ham 1995; Ham 1996).

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesine öncülük eden güçler Şekil 2'de gösterilmiştir. Bu güçler; hükümet hizmet sunucuları, halk ve hastalar, sağlık ihtiyaçları ve uygun müdahalelerin/tedavilerin maliyeti ve verimliliği hakkındaki bulgulardır. Bu etkilerin rolleri ve önemleri, farklı sağlık sistemleri arasında değişiklik göstermektedir. Planlı sistemlerde, politikacıların ve hükümetin etkisi hem makro düzeyde önceliklerin belirlenmesinde hem de alt düzey kararların alınma yöntemlerinin şekillenmesinde özellikle önemlidir. Buna karşılık rekabetçi sistemlerde hastalar ve klinik tedavi uzmanları karar vermede önemli bir role sahiptirler ve hükümetin rolü bunlara oranla daha azdır (Saltman, Figueras 1997).

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sürecinde, sağlık statüsü üzerinde pozitif etki yapabilecek programlar, tedaviler, müdahaleler ve tüm uygulamalar göz önüne alınmalıdır. Sağlık sektörü dışındaki bazı program veya uygulamalar da sağlığı olumlu yönde etkileyebilir. Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi hem sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen hem de sağlık sektörü dışındaki sektörler tarafından yürütülen programlar arasından seçim kümesi yapmayı gerektirir (Bobadilla 1996).

Şekil 2. Önceliklendirme Sürecini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Saltman, Figueras 1997.

Sağlık öncelikleri alanı sağlık sistemlerinin diğer unsurlarıyla kaçınılmaz bir şekilde örtüşmektedir. “Şekil 3” son zamanlardaki öncelik belirleme sürecindeki öğelerin genel bir haritasını sunmaktadır. Ayrıca “Şekil 3” öncelik belirleme sürecini ayrıntıları ile göstermekte ve bu süreçte yer alan unsurlara işaret etmekte ve sürecin dinamik yapısını açıklığa kavuşturmaktadır (Bobadilla 1996; Saltman, Figueras 1997). Şekil, gelecekte konu ile ilgili olabilecek değişimler hakkında da çok genel bir fikir vermektedir. Şöyle ki; mevcut sağlık öncelikleri, eski algılanan sağlık ihtiyaçlarından hareketle belirlendiğinden yeni sağlık ihtiyaçlarını karşılama noktasında daima yetersiz kalacaktır.

Sağlık sektöründe, öncelikler bir takım öğelerden bağımsız olarak belirlenemez. Öncelikler, sosyal değerler ve prensiplerle ve sağlık politikası hedefleri ile uygunluk içinde olmalıdır (Saltman, Figueras, 1997). Sağlık sistemlerinin kurumsal ve yasal çerçevesi, sağlık bakım önceliklerinin uygulanabileceği ve belirlenebileceği sınırları oluşturmaktadır (Şekil 3’e bakınız). Sağlık sistemlerinin yasal ve kurumsal çerçevesinde radikal değişiklikler yapılmadıkça, onun yasal ve kurumsal yapısı yani sağlık önceliklerini doğru belirlemede yetersiz kalacaktır (Bobadilla 1996).

Günümüzde mevcut öncelikler bütçe sınırlamalarını, hizmet taleplerini ve siyasi baskıları içeren ve yöneticilerin nadiren kontrol altına alabilecekleri bir dizi faktörden etkilenmektedir. “Şekil 3” incelendiğinde, sağlık bakım önceliklerini belirlerken mevcut sağlık sistemlerinden toplum memnuniyet düzeyine de ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklanan tatminsizlikler; kaynakların adil dağıtılmaması, kaynakların gereksiz müdahalelere kullanılarak israf edilmesi, bazı maliyet-etkili tedavilerin göz ardı edilmesinden kaynaklanmaktadır. Sağlık reformlarında her zaman sağlık sistemlerine toplumun duyduğu tatminsizlik ve toplum beklentileri önemli bir reform gerekçesi olmuştur (Bobadilla 1996).

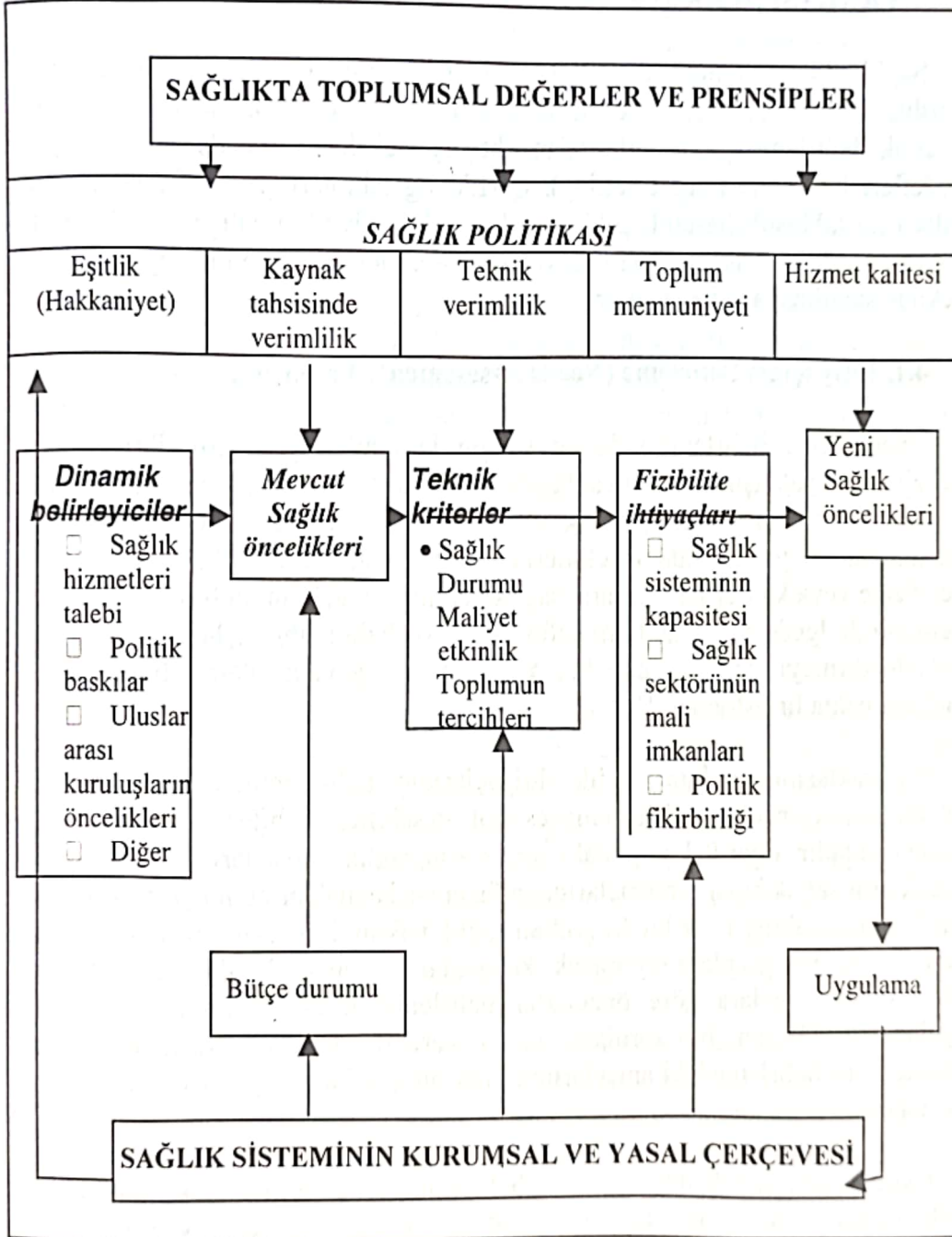
Kamu kuruluşlarında sağlık bakım önceliklerinin belirlenmesinde kullanılan 3 temel kriter vardır. Bunlar (Bobadilla, 1996); a) tedavi veya müdahalenin, hastalık yükünü (burden of disease)¹ önemli ölçüde azaltması, b) maliyet etkili olması, c) toplumun tercihlerini karşılama. Belirlenecek öncelikler ayrıca 3 tane de fizibilite kriterini içermelidir. Bunlar ise (Bobadilla 1996; Saltman, Figueras 1997); a) öncelikli müdahalelerin/tedavilerin, mevcut sağlık

sisteminde kabul edilebilir bir kalite düzeyinde sunulması, b) tüm toplum için ulaşılabilir olması, c) politikacılar tarafından desteklenmesi.

Belirlenen sağlık bakım öncelikleri mevcut sağlık bakım öncelikleri ile karşılaştırılmalıdır. Çünkü kaynaklarda herhangi bir azaltma ya da artış yapıp yapılmayacağı ve kaynak açığını belirlemek bunu gerektirir. Mevcut sağlık bakım kaynakları dağıtımını değiştirmenin amaçları şunlar olabilir (Bobadilla 1996): Fakirlere sunulan hizmetlerin kapsamını genişletmek, sunucu ve tüketici davranışlarını düzenleyen norm ve yasaları çıkarmak, sağlık bakım kurumları için bütçeleme ve programlama sürecini etkileyecek maliyet muhasebesini kurmak, teknolojik gelişmeler için zorlayıcı kuralları uygulamak vs.

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ve kaynak dağıtımını kararlarında kullanılan kriterlerle ilgili literatür incelendiğinde, 4 temel kriterin ön plana çıktığı söylenebilir. Bunlar; hayat kurtarma, maliyet-etkililik, maliyet-fayda ve eşitliktir. Bunların dışında insana saygı, gereklilik, bireysel sorumluluk, verimlilik, etkilenen kişi sayısı gibi birçok kriter de sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Harrison 1995; Honigsbaum et al. 1995; Ham 1997).

Şekil 3. Sağlık Önceliklerinin Belirlenmesinin Dinamikleri



Kaynak: Bobadilla1996.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİ YAKLAŞIMLARI

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde değişik yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşımlar ülkeden ülkeye değişmektedir. Burada en yaygın öncelik belirleme yaklaşımlarından ihtiyaç belirleme (needs assessment), hedefleri belirleme (target setting), QALY lig tabloları (kalite ayarlı yaşam yılları lig tablosu), hastalık şiddeti ve hastalık maliyetleri çalışmaları (cost of illness studies) yaklaşımları okuyucularda genel bir izlenim uyandıracak şekilde sunulmaya çalışılacaktır.

4.1. İhtiyaçları Belirleme (Needs Assessment) Yaklaşımı

Önceliklerin belirlenmesinde en yaygın kullanılan yaklaşım, ihtiyaçların belirlenmesi yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, bir bütün olarak belli bir nüfusun, belli bir hasta grubunun, müşteri grubunun sağlık bakım ihtiyaçlarını esas almaktadır. Bu yaklaşımda önceliklerin belirlenmesi, çocuk sağlığı ihtiyaçlarını belirleme veya kanser hastalarının sağlık bakım ihtiyaçlarını belirleme belki de belli bir bölgede yaşayan tüm nüfusun sağlık bakım ihtiyaçlarını belirleyip değerlendirmeyi gerektirmektedir. Yaklaşım en yaygın olarak İngiltere'de kullanılmaktadır (Mooney 1994).

Bu yaklaşım, toplum sağlık ihtiyaçlarının belirlenebileceği ve sağlık ihtiyaçlarının öncelik belirlemenin esaslarını şekillendirebileceği varsayımına dayanmaktadır. Eğer 0-1 yaşındaki çocukların sağlık ihtiyaçları, 1-2 yaşındaki çocukların sağlık bakım ihtiyaçlarından fazla ise kaynaklar bu iki grup arasında nasıl dağıtılacaktır? Eğer bu iki grubun sağlık bakım ihtiyaçları arasında iki kat fark varsa, bu gruplara ayrılacak kaynaklar arasında da iki kat fark mı olacaktır? İhtiyaçlara göre öncelikler belirlenirken eşitlik prensibine nasıl uyulacaktır? Bütün bu sorulara cevap verebilmek için öncelikle sağlık ihtiyaçlarını belirlemedeki amaçlarımızı net bir şekilde ortaya koymak gerekir (Mooney 1994).

Uygulamada sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ile ilgili olarak, aralarında fark yokmuş gibi görülen iki olasılık vardır. Birinci olasılık, ihtiyaç herhangi bir şeyin azlığını veya eksikliğini ifade eder. Bu bağlamda sağlık ihtiyacı, sağlıktaki bozulma, azalma ya da kayıpları ifade eder (Cullis, West 1979; Green 1995; Liss 1993). Bu olasılıkta, toplumda hastalıklar ne kadar fazla ise ihtiyaçlarda o kadar fazladır varsayımı hakimdir. Bu bakış açısına göre sağlık

ihtiyaçlarını belirlemek direkt olarak sağlık statüsünü ölçmeyi gerektirir. Ayrıca sağlık ihtiyaçlarını belirlerken sağlık ihtiyaçları belirlenecek nüfusun hastalık profillerinin çıkarılması, hastalıkların insidans ve prevalanslarının belirlenmesini gerektirir. Bütün bunlara ilave olarak sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemek için hastalıkların tedavi şekillerini de bilmek gerekir (Mooney 1994, Green 1995).

İkincisi, ihtiyaç yararlanma kapasitesi (capacity of benefit) ile ilgilidir. Bu olasılığa göre ise, toplumda sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesi arttıkça toplumun sağlık ihtiyaçlarının da aynı yönde arttığını yansıtmaktadır. Alınması gereken bakım düzeyleri hastalıklar arasında farklılık göstermektedir. Hatta aynı hastalığı olan iki hastanın alması gereken sağlık bakım düzeyi bile farklılık göstermektedir. Bu bakış açısı ihtiyacı, teknolojinin bir yansıması ya da fonksiyonu olarak görmektedir. Bu varsayım, eğer mevcut teknoloji herhangi bir hastalığı ya da rahatsızlığı çözemezse, bu tür rahatsızlıkların ihtiyaç olmadığı gibi yanlış algılamalara neden olabilir (Robinson, Elkan 1996; Mooney 1994).

Değişik hastalıklar için gerekli sağlık bakımları belirlenerek yukarıda anlatılan iki bakış açısı için bir uzlaşma zemini oluşturulabilir. Kaynaklar sağlık ihtiyaçlarına göre dağıtılmalıdır. Bu mantık çerçevesinde faydalanma kapasitesinin yüksek olduğu sağlık hizmetlerine kaynakların daha çok ayrılması kaynak dağıtım verimliliğini maksimize etmeye yardımcı olabilir. Fakat bu durumda tedavilerin maliyetleri göz önüne alınmaz. İhtiyaç birimi başına düşen farklılaşma maliyetleri hastalıklara göre büyük farklılıklar gösterir. Bazı durumlarda tedaviler maliyet-etkili olmasa da verilmek zorundadır. Bu, tedavilerin maliyet-etkililik skalalarına göre her zaman önceliklerin belirlenmeyeceği anlamına gelmektedir (Mooney 1994).

İhtiyaçları belirleme yaklaşımında önceliklerin belirlenmesinde bir diğer yöntem, ihtiyaçlar belirlendikten sonra, onları büyükten küçüğe veya önemliden önemsiz doğru sıralamaktır. Daha sonra bu sıralamalardan hareketle kaynak dağıtımı veya önceliklendirmeye gidilebilir (Mooney 1994).

Sağlık ihtiyaçlarının geleneksel epidemiyolojik belirleme ve değerlendirme yaklaşımı, toplumdaki bozuk sağlığın düzeyini ölçen, hastalıkları kategorilere ayıran ve bu bilgilerden hareketle farklı hastalıklar arasından kaynakların öncelikle ayrılması gerekenleri belirleyen bir yaklaşımdır. İhtiyaç daha önce de

belirtildiği gibi kaybedilen yaşam, kaybedilen yaşam yılları, mortalite ve morbidite göstergeleri gibi verilerden hareketle ölçülebilmektedir. Fakat bu verilerin ekonomik değerlendirmeler sonucu elde edilen bulgularla birleştirilmesi gerekir (Donaldson, Mooney 1991).

Sonuç olarak ihtiyaçları belirleme yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde en çok kullanılan yaklaşımdır. Bu yaklaşım sağlık ihtiyacı kavramının ele alınış şekline göre farklı bakış açılarını yansıtmaktadır. Şöyle ki; sağlık ihtiyacı sağlıktaki azalma, eksilme veya kayıplar şeklinde nitelendirildiğinde, ihtiyaçları belirlemek için hastalıkların prevalans ve insidansları ile ilgili verilere ihtiyaç vardır. Hastalıklar eradike edildiğinde, sağlık kazanımını yansıtan bazı göstergeler de sağlık ihtiyaçlarını belirleme de kullanılabilir. Ayrıca hastalıkların neden olduğu hastalık yükleri (burden of disease), kaybedilen yaşam sayısı, kaybedilen yaşam yılları, kayıp QALYs (kalite ayarlı yaşam yılları) hesaplanabilir. Sağlık ihtiyacı, sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesi ya da olasılık olarak da ele alınabilir. Bu durumda sağlık ihtiyaçlarını belirleme eğer hastalık tedavi edilirse, elde edilecek sağlık kazanımın ölçülmesini gerektirir (Mooney 1994).

4.2. Hedeflerin Belirlenmesi (Target Setting) Yaklaşımı

Öncelikleri belirlerken hedeflerin oluşturulması fikri yanıltıcı olabilir. Aslında hedefler harekete geçmek için birer motivatördür ve genellikle ihmal edilen öncelikleri yansıtabilir. Fakat bütün bunlar hedeflerin belirlenme şekline bağlıdır (Mooney 1994).

Sağlık ve sağlık bakımında çok ünlü bazen de kötü olarak nitelendirilen hedefler, genellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 yılında herkese sağlık" şeklinde sloganlaşmış hedefi etrafında şekillenmektedir. Bu hedefler sağlık sistemlerini tümünden değiştirmek yerine sistemde düzeltmeler yapmak üzerine odaklanmaktadır. Daha iyi sağlık, uluslararası sağlık eşitsizliklerini azaltma, ekonominin bütün sektörlerini sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha iyi sunumu yönünde yönlendirme (sektörler arası işbirliği), sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırma bu hedeflerden bazılarıdır (Mooney 1994).

Bu hedeflerin uzun dönemde üç etkisinden bahsedilebilir (Mooney 1994). Birincisi, bazı ülkeler hedeflerini bunlara göre belirleyebilir. İkincisi, ülkeler bu hedefleri karar verme ve önceliklendirme sürecinde bir araç olarak kullanabilirler. Son olarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri, sağlığın

sloganlaştırılması ve propagandalaştırılması eğilimindedir. Bu tür hedefler özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bir dayatma gibi sunulabilir.

Ulusal düzeyde herhangi bir hizmetin öncelikli olması için üç kriteri karşılaması gerekir. Birincisi, büyük bir sağlık problemi ya da şiddetli bir hastalık olması. İkincisi, bu hastalık ya da problemin etkili bir tedavi şeklinin olması. Son olarak, problem veya hastalığa ilişkin hedeflerin sayısal olarak ifade edilmesi gerekir. Hedefleri belirleme yaklaşımında genellikle faydalar, maliyetler göz önüne alınmaz. Bu yaklaşımda daha önce de belirtildiği gibi sloganlaşmış hedefler etrafında sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi olasılığı çok yüksektir. Büyük sağlık problemlerini ortadan kaldırmak gibi hedefler sağlık bakım önceliklerini önemli ölçüde etkilemektedir (Mooney 1994).

Hedef gruplara sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi uygulamaları hedeflerin belirlenmesi yaklaşımı içinde nitelendirilebilir. Buna göre öncelikler ve sağlık üzerindeki perspektifler hedef gruplara göre şekillendirilebilir. Bu hedef gruplar yaş, hastalık, bölge, hasta grupları esas alınarak belirlenebilir. Belli bir hastalığı olanlar, öncelikli gruplara en yaygın örnektir. Hastalıklı gruplar içinde de genellikle bulaşıcı hastalığı olanların önceliği daha yüksektir. Dikey temel sağlık hizmetleri kızamık, lepra, tüberküloz, trahom ve AIDS gibi hastalıkların tedavi ve korunmasını amaçladığı için, hasta olanlar burada hedef gruptur. Hedef grup bazen toplumdaki belli bir nüfus grubu olabilir. Örneğin, kadınlar, çocuklar, yaşlılar gibi (Green 1995).

Hedef gruplara göre sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemenin üç temel perspektifi vardır (Green 1995). Birincisi mortalite ve morbidite göstergeleri dahilinde ihtiyacı fazla olanlara daha fazla sağlık bakımı verilebilir. Örneğin çocukların ölüm oranı yaşlılarınkinden yüksektir. Ayrıca anne ölüm oranları da çok yüksektir. Bu gruplardaki mortalite oranlarını azaltmak için bu gruplara daha çok öncelik verilmelidir. İkincisi, genellikle üretken oldukları için gençlere daha çok öncelik verilebilir. Üçüncü görüşe göre ise, çocuklar hedef grup olmalıdır. Çünkü çocukların beklenen yaşama süreleri erişkinlerden daha fazladır. Bir başka ifade ile eşitlik prensibi açısından bakıldığında çocuklar erişkinler kadar yaşamadıklarından onlara daha çok öncelik verilmelidir. Sağlık planlamasında sık sık rastlanan diğer bir hedef grup ise kırsal bölgelerde yaşayanlardır.

Sonuç olarak, gerek Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri gerekse ülke sağlık hedefleri sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesini şekillendirmektedir. Ayrıca belirlenen hedef gruplara göre de sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme süreci değişmektedir.

4.3. Hastalık Şiddeti (Severity of Illness) Yaklaşımı

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılan ve Norveç'te Loning Komitesi tarafından hazırlanan raporda sunulan hastalık şiddetini baz alarak önceliklerin belirlenmesi, bir diğer yaklaşımdır. Bu yaklaşımda öncelikler belirlenirken temel kriter hastalığın veya problemin şiddet derecesidir. Problem veya hastalık şiddet derecesi 5 grupta incelenebilir. Kısa süre ölüme neden olan hastalıkların şiddet derecesi en yüksek iken, bireyin kendiliğinden iyileşeceği hastalıkların şiddet derecesi en düşüktür (Mooney1994).

Bu yaklaşıma göre herhangi bir sağlık problemi veya hastalık aşağıdaki üç gruptan birine dahil edilebilir. Bunlar (Mooney1994): a) tedavi olsa da olmasa da ölecek olan hastalar, b) tedavi olmasa da iyileşecek olan orta şiddetli hastalar, c) tedavi alındığında iyileşme süreçleri hızla aratacak olanlar. Burada son gruptaki hastalara daha çok öncelik verilmelidir.

Bu yaklaşım da tedavi veya müdahalelerin maliyetlerini göz ardı etmektedir. Yaklaşımda marjinal fayda ve maliyetler de göz önüne alınmaz. Yaklaşımın isminden de anlaşılacağı üzere sağlık bakım öncelikleri belirlenirken hastalık şiddeti temel kriterdir. Hastalıklar şiddetlerine göre sıralanır ve şiddet derecesi en yüksekten en küçüğe doğru önceliklendirme süreci gerçekleştirilir (Mooney 1994). Yaklaşım hastalıkların farklı olumsuz yönlerinin olduğunu savunmaktadır. Örneğin, çocuk felci sakatlığa, kolera ölüme, kronik tüberküloz işsizliğe, alkolizm sosyal rahatsızlıklara neden olabilir. Yaklaşıma göre hastalıkların şiddet derecesi hesaplanırken bu gibi olumsuz etkilerin iyi değerlendirilmesini gerektirir (Green 1995).

4.4. QALY (Kalite Ayarlı Yaşam Yılları) Lig Tabloları Yaklaşımı

Uluslararası alanda, son yıllarda önceliklerin tespit edilmesindeki çabalar daha rasyonel, bilimsel ve objektif davranışları ortaya çıkarmaktadır. QALY lig tabloları bu yöntemlerden biridir (Mooney 1994).

QALY, ABD ve İngiltere’de geliştirilmiş bir sağlık çıktı ölçüsü olarak ortaya çıkmıştır (Green 1995). Bu ve benzeri ölçütlerin temel özelliklerinden birisi “yaşam kalitesini” farklı öğelerini gözönünde bulundurarak sayısal olarak ifade edilebilen ve böylece karşılaştırılabilen tek sonuca varmasıdır. Bu sonuç (outcome) ölçütü girdilerle birleştirilerek bir dizi sağlık bakım müdahalesinin karşılaştırılabileceği temel birim elde edilebilir. Daha matematiksel bir ifade ile “maliyet/QALY” önceliklendirme ve kaynak dağıtımında kriter olarak kullanılabilir (Tatar 1995).

QALY lig tablolarına göre sağlık hizmetlerinde öncelikler belirlenirken öncelikler QALY başına maliyeti düşük hizmetlerden, maliyeti yüksek hizmet ya da tedavilere doğru yapılmaktadır. Fakat bu yaklaşıma bazı eleştiriler getirilmiştir. Birincisi, tedavilerin QALY değerlerine özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki mevcut sağlık enformasyon sistemleri ile ulaşmak hemen hemen imkansızdır (Green 1995). İkinci eleştiri, QALY –kalite ayarlı yaşam yılları- başına maliyetleri baz alarak öncelikler belirlendiğinde sosyal değerlerin göz ardı edildiği yönündedir. Bir eleştiri ise QALY çalışmaları genellikle değişik bölgeleri kapsadığı için belli bir bölgenin sağlık bakım önceliklerini belirlemek için uygun olmayabilir (Mooney 1994).

4.5. Hastalık Maliyetleri Çalışmaları (Cost of Illness Studies) Yaklaşımı

Hastalıkların maliyetleri ile ilgili çalışmalar sağlık bakım önceliklerini belirlemede önemli bir bilgi girdi kaynağıdır. Hastalık maliyetleri tedavi maliyetleri yanında diğer maliyetleri de (örneğin, işçinin işinden ayrı kaldığı zamandaki maliyet...vb.) kapsamaktadır. Hastalıkların neden olduğu indirekt maliyetleri hesaplamak çok zordur. Başka bir ifade ile hastalığın bireye, ailesine, çevresine ve topluma verdiği elem ve ızdırap başta olmak üzere sosyal etkilerini sayısal değere dönüştürmek de çok zordur. Hastalık maliyetlerine göre önceliklendirme maliyeti yüksek hastalıklardan düşüklere doğru yapılır (Mooney 1994).

Hastalıkların maliyetlerine göre öncelikleri belirlemeye sağlık bakım önceliklerinin belirlenmesi için minimum düzeyde bir kriter olacağı yönünde yoğun eleştiriler olmasına rağmen, hastalık maliyetleri öncelik belirlemede bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Hastalık maliyetleri çalışmalarını sağlık bakım önceliklerini belirlemede temel kriter olarak kullanmak ne kaynakların verimli dağıtımını ne de uygun verimliliği sağlayacaktır (Mooney 1994).

Makalenin bu kısmında şimdiye kadar sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılan yaklaşımlar hakkında genel bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Bu yaklaşımların kaynak dağıtımında verimliliği artırıp artırmayacağını test etmek için üç soruya olumlu yönde yanıt vermesi gerekmektedir. Bu sorular şunlardır (Mooney 1994):

1. Yaklaşım, tedavilerin/müdahalelerin maliyetlerini değerlendiriyor mu?
2. Yaklaşım, tedavilerin/müdahalelerin faydalarını değerlendiriyor mu?
3. Yaklaşım uygulanabilir mi?

Eğer herhangi bir yaklaşım bu sorulardan birine bile olumsuz yanıt verirse, o yaklaşımın öncelik belirlemede kullanılmasına ve kaynak dağıtımını verimliliğini artırmasına şüphe ile bakılabilir.

Olayı daha da aydınlatmak için hastalık maliyetlerine göre öncelik belirleme yaklaşımı yukarıdaki üç soru açısından incelenebilir (Mooney 1994).

1. Yaklaşım tedavilerin/müdahalelerin maliyetlerini kısmen de olsa değerlendirmektedir. Yaklaşımın mantığı bunu gerektirmektedir.
2. Yaklaşım tedavilerin/müdahalelerin faydalarını incelemez ve bunlar arasında bir karşılaştırma yapmaz.
3. Yaklaşımın uygulanabilirliği de zordur.

Böylece hastalık maliyetleri çalışmalarından hareketle öncelik belirleme yaklaşımı bu üç sorudan sadece birisine yanıt vermektedir. Bu durumda yaklaşımın sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanımını savunmak zorlaşmaktadır.

V. BAZI ÜLKELERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİ UYGULAMALARI

Öncelikleri belirleme sürecini anlaşılır kılmak için bu bölümde Oregon (A.B.D), Yeni Zelanda, İsveç, İngiltere'nin öncelik belirleme uygulamaları genel bir bakış açısı ile verilmeye çalışılacaktır. Ülke uygulamaları

incelendiğinde sağlık hizmetlerinde önceliklerin oluşturulması güçlüğü bir kez daha anlaşılacaktır.

5.1. Oregon (A.B.D)

Oregon A.B.D'nin bir eyaletidir. Oregon'da 1989 tarihinde yasama kuruluna, Medicaid programının nasıl geliştirilebileceği konusunda önerilerde bulunmak üzere bir Eyalet Sağlık Komisyonu tayin edilmiştir. Bu görevlendirme öncelikle Medicaid programındaki bir hastaya kemik iliği nakli yapılamadığı için ölmesinden sonra yapılmıştır. Komisyon, ekonomik değerlendirmeye dayalı bir yaklaşımla başlayarak bir kaç yöntem denemiştir. Farklı tedavi ve müdahalelerin etkinliğini ekonomik analize dayalı olarak değerlendiren yöntemleri kapsayan bazı yaklaşımlar test edildikten sonra, Komisyon üyeleri kamu görüşüne ait ortak sonuçları ve öncelikler dizisini oluşturmak için kendi karar ve görüşlerini ortaya koymuşlardır. Yani Komisyon, halka danışma konusunda, birkaç uygulama ile desteklenen yargısal bir yaklaşıma başvurmuştur. Ortaya çıkan yaklaşık 700 vaka-tedavi çiftinden oluşan liste yasamaya sunulmuş ve federal hükümeti tatmin etmek ve özürülük yasamasını ihlal etmekten kaçınmak için değişiklikler yapıldıktan sonra, 1994'te Oregon planı uygulanmıştır. Plandan önce Medicaid kapsamında 696 sağlık hizmeti kalemi finanse edilmekte idi. Taslak'da , Plan kapsamında 565 tedavi finanse edilmekte ve nüfus kapsamı plan mimarlarının beklentileri ile paralel olarak genişletilmektedir. Halkın, kamu bildirimleri ve toplantıları ile öncelik belirleme çalışmalarına katılmalarını sağlamak, Oregon yaklaşımının temel parçası olmuştur (Kitzhaber 1993; Saltman, Figueras 1997; Ham 1997; Ham 1995; Ham 1996).

Komisyon vaka-tedavi çiftleri listesinden öncelik alanlarını belirlemek için bazı değer yargıları ortaya koymuştur. Bu değer yargılarına toplum katılımını sağlama çalışmaları sonucunda ulaşılmıştır. Komisyon sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde 23 değer yargısının kullanılmasını önermiştir. Bunlar (Honigsbaum et al. 1995):

- a) Önleme, b) yaşam kalitesi, c) maliyet-etkililik, d) fonksiyon yeteneği, d) eşitlik, e) tedavi etkililiği, f) tedaviden yararlanan sayısı (vakadan etkilenen kişi sayısı ve tedaviden yararlanan kişi sayısı), g) ruh sağlığı ve ilaç bağımlılığı, h) bireysel tercih, i) toplum baskısı, i) toplum üzerine etki (enfeksiyon

hastalıklarına daha çok öncelik verme), j) yaşama süresi, k) bireysel sorumluluk.

Komisyon, daha sonra yaptığı çalışmalarla bu 13 değer yargısını 3 ana başlık altında toplamıştır. Bunlar ise (Honigsbaum et al. 1995; Ham 1997); a) temel sağlık bakımı gerekliliği (essential to basic health care), b) toplum değeri (value to society), c) bireysel hizmet ihtiyacının değeri (value to an individual needing the service).

Oregon'da yapılan bu çalışmalar sonucunda sağlık hizmetleri öncelikler açısından 17 kategoride sınıflandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin önceliklendirmesi yapılırken yukarıdaki değer yargılarından hareketle Komisyon üyelerinin görüşleri de alınmıştır. Bu 17 hizmet kategorisi Şekil 4'de sunulmuştur.

Şekil 4. Oregon'un Öncelik Kategorileri.

1. Akut ölümcül; ölümü önleyen ve tamamen iyileştiren tedavi ya da bakım.
2. Anne sağlığı bakımı; yeni doğanların tedavi ve bakımını da içermekte.
3. Akut ölümcül; ölümü önleyen fakat tamamen iyileştirmeyen tedavi ya da bakım.
4. Çocuklar için önleyici bakım.
5. Kronik ölümcül; yaşam süresi ve kalitesini geliştiren tedavi.
6. Doğum (üreme-reproductive) hizmetleri; anne sağlığı ve kısırlık hizmetlerini de kapsar.
7. Comfort (dinlendirici, stress atıcı) bakım.
8. Erişkin ve çocuklara yönelik önleyici diş sağlığı hizmetleri.
9. Erişkinler için etkili önleyici bakım.
10. Akut ölümcül olmayan; önceki sağlık durumuna geri döndüren tedavi.
11. Kronik ölümcül olmayan; yaşam kalitesini geliştiren tedavi.
12. Akut ölümcül olmayan; önceki sağlık durumuna geri döndürmeyen tedavi.
13. Kronik ölümcül olmayan; yaşam kalitesini geliştiren çok tekrarlı bakım.
14. Akut ölümcül olmayan; iyileştirme sürecini hızlandıran bakım.
15. Doğum kontrol hizmetleri.
16. Erişkinler için etkililiği düşük koruyucu bakım.
17. Ölümcül veya ölümcül olmayan; yaşam kalitesinde minimum ya da hiç bir gelişime neden olmayan tedavi.

Kaynak: Honigsbaum et al. 1995; Ham 1997.

5.2. Yeni Zellanda

Yeni Zellanda'da Hükümet, 1992'de kâmunun finanse ettiği sağlık sisteminde bulunması gereken hizmetlere danışmanlık etmek üzere Çekirdek Hizmetler Komitesi'ni tayin etmiştir. Komite, Oregon tarzı bir liste oluşturmanın uygun olmayacağına karar vermiştir. Bunun yerine, mevcut hizmetlerin sunulması gerektiğini iddia etmiş ve bazı hizmet sunumu alanlarında önceliklendirmeye yönelik bir süreç belirlemiştir. Bu, fikir birliği konferansları, basılmış araştırmaların ve uluslararası bulguların incelenmesi, mevcut faaliyetlerin uzman değerlendirmesi, kapalı toplantılar, muhalif edilen kamu bildirimleri ve halka danışma dahil bir dizi yöntem aracılığıyla yapılmıştır (Ham 1995; Ham 1997; Saltman, Figueras 1997; Cooper 1995; Ham 1996).

Komite, çekirdek hizmetleri belirlerken dört soruya ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bunlar (Honigsbaum et al. 1995):

- Hizmetlerin faydası nedir?
- Hizmetlerin parasal değeri (maliyeti) nedir?
- Hizmetin verilmesi acil mi?
- Hizmet, toplum değerleri ve öncelikleri ile örtüşüyor mu?

Bu sorulardan ilk ikisi sonuç ve maliyet-etkililik ile ilgilidir. Son iki soru ise eşitlik ve sosyal değerlerin değerlendirilmesi ile ilgilidir.

5.3. Hollanda

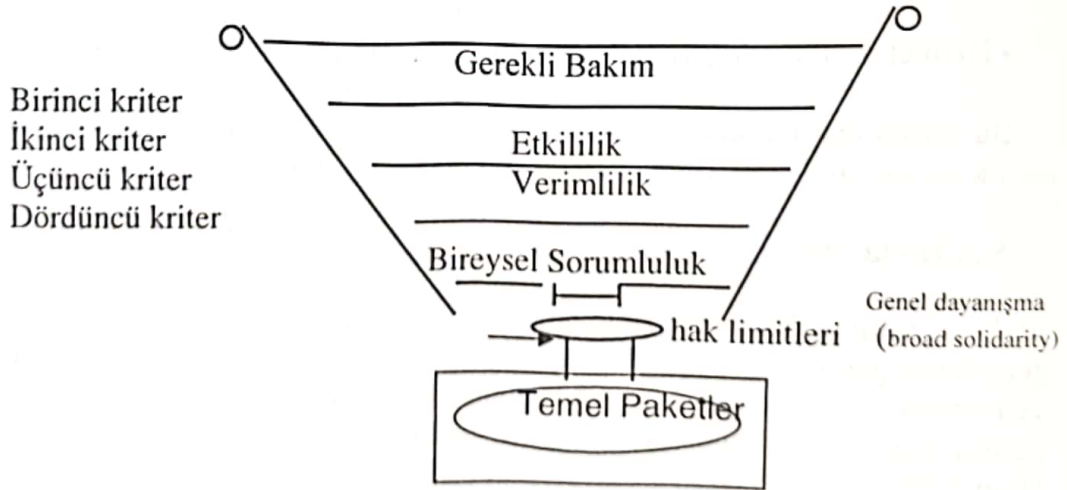
1990 yılında Hollanda Hükümeti, yeni tıbbi teknolojilere nasıl sınırlar getirilmesi gerektiği, hizmetlerin istenen miktarda verilmesi, hizmet sınırlaması ve hizmete öncelikle alınması gereken hastaların seçimi gibi konularda öneriler getirmek üzere Dunning Komitesi görevlendirilmiştir (Honigsbaum et al. 1995; Ham 1996; Ham 1995).

Komitenin hazırladığı rapor, Hollanda'da 1992 yılında yayınlanmış ve bu rapor önceliklerle ilgili kararların alınmasında bir rehber olmuştur. Ayrıca rapor, sosyal sigorta alanındaki reformlarda önceliklerin belirlenmesi konusunda bazı öneriler getirmiştir. Bu raporda, bekleme listeleri öncelikleri ve

bekleme listelerine girişi belirleyen kriterlerin geliştirilmesi, uygun ve etkili bakımı sağlayacak protokol ve ilkeler ile sağlık teknolojisinin değerlendirilmesini kapsayan ayrıntılı bir yaklaşım sunmuştur. Komite, temel sağlık bakım talebinde bulunması gereken hizmetleri belirlemek için politikacılara yardımcı olabilecek bir taslak da sunmuştur. Özetle Hollanda yaklaşımı, gerekli bakımın herkese verilmesi şartı ile bazı hizmetlerin kamu finansmanından çıkarılmasını esas alan bir anlayışı yansıtmaktadır (Ham 1995; Ham 1996; 1997; Saltman, Figueras 1997).

Komite, herhangi bir sağlık hizmetin temel sağlık bakımı paketine alınmasının gerekip gerekmediğinin belirlenmesi için dört kriterin uygulanmasını önermiştir. Bu kriterler; toplumun bakış açısından hizmetin gerekliliği, bu hizmetin etkililiği ve verimliliği ve bireysel sorumluluğa bırakılıp bırakılmamasıdır. Şekil 5’de görüldüğü gibi, herhangi bir sağlık bakım hizmeti bu kriterlerden geçerse, temel hizmet paketine alınır. Erişkinler için diş sağlığı bakımı bireysel sorumluluğa bırakılabileceğinden, kısırlık tedavisi toplum bakış açısından gerekli görülmeyebileceğinden, homeopathic tedaviler etkililiği düşük olabileceğinden bu tür hizmetler temel sağlık bakım paketine alınmayabilir (Ham 1995; Ham 1996; Ham 1997; Saltman, Figueras 1997).

Şekil 5. Sağlık Hizmetleri İçin Dunning Komitesinin Dörtlü Süzgeci



Kaynak: Ham 1997.

5.4. İsveç

Hollanda'da olduğu gibi bekleme listelerinde azaltma yapma isteği, sağlık politikası belirleyicilerini önceliklerin belirlenmesi konusunda ulusal düzeyde harekete geçmelerine neden olmuştur. İsveç'te hükümet tarafından 1992 yılında Parlamento Öncelikler Belirleme Komisyonu kurulmuş ve Komisyon, 1993'te bir taslak doküman hazırlamıştır. 1995'te Komisyon bu dokümandaki ana konuları göz önüne alarak nihai bir rapor yayınlamıştır. Komisyon, bu nihai raporunda önceliklerin belirlenmesi sürecinde bütün partilerden birer üyenin bulunması, etnik platformun sağlanması, hem politik hem de kliniksel düzeyde karar almaya yardımcı olacak öncelik kategorilerinin açık ir şekilde ortaya konması gerekliliği üzerinde durmuştur. Komisyon, raporda özellikle öncelik belirlemenin sağlam ve açık bir etik platforma dayandırılmasını önemle vurgulamıştır (Ham 1995; Ham 1996; Ham 1997; Calltorp 1995; Saltman, Figueras 1997).

Etik platform bugün ve gelecekteki önceliklerin belirlenmesinde kullanılabilir üç etik prensibi içermektedir. Bunlar (Calltorp 1995; Ham 199; Saltman, Figueras 1997):

1. İnsana saygı (the principle of human dignity): Tüm insanlar toplumdaki kişisel özelliklerine, etnik kökenine, dinine ve toplumdaki işlevlerine bakılmaksızın eşit saygı görmeli ve eşit haklara sahip olmalıdırlar.
2. İhtiyaç ve dayanışma (the principle of need and solidarity): Kaynaklar, ihtiyaçların fazla olduğu alanlara yönlendirilmeli ve kişisel saygınlıkların farkında olmayan veya diğerlerine göre seslerini daha az duyurma veya haklarını daha az kullanma şansına sahip olan grupların ihtiyaçlarını karşılamaya özel önem verilmelidir.
3. Maliyet verimlilik (the cost-efficiency principle): Farklı seçenekler arasından seçim yaparken, maliyet ve etkisi arasında makul bir ilişki amaçlanmalıdır (bu prensip sadece aynı hastalığı tedavi etmek için gerekli yöntemleri karşılaştırırken kullanılmalıdır). Bu prensipler öncelik sıralamasına sınıflandırılmıştır ve pratikte bu, maliyet verimlilik prensibine göreceli olarak en az öncelik verildiği anlamına gelmektedir.

Komite, öncelik belirlemenin yaş, eğitim durumu, şans gibi faktörler tarafından etkilenmemesini savunmaktadır. Komite, ayrıca farklı öncelik belirleme kategorileri de belirlemiştir. Bu kategoriler içinde en önemlisi, yaşamı tehdit eden akut hastalıklar iken en az önemlisi ise bireysel bakımla ya

da bireyin kendiliğinden iyileşebileceği orta şiddetli rahatsızlıklar veya hastalıklardır (Ham 1996).

5.5. İngiltere

İngiltere’de, Hollanda ve İsveç’te görülen tipte bir sağlık bakım önceliklerini oluşturma girişimi olmamıştır. Sağlık hizmetlerinin alımı ve sunumu ile ilgili sorumlulukları ayıran Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) reformları, öncelik belirleme girişimlerinin artmasına neden olmuştur. Sağlık Otoriteleri (DHAs) önceliklerin oluşturulmasına daha sistematik yaklaşımlar geliştirilmesi çabalarına öncülük etmişlerdir (Saltman, Figueras 1997).

İngiliz Hükümetinin görüşü, herhangi bir hizmeti Ulusal Sağlık Hizmetleri’nden (NHS) çıkarmadan önce önceliklerin belirlenmesine ilk olarak verimliliği artırarak yaklaşılması gerektiği yönündedir. İngiltere’de özellikle temel sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kapsamı dışında düşünülemeyeceği görüşü hakimdir. Hükümet, öncelik belirleme konulu ulusal bir araştırma veya diğer ülkelerde olduğu gibi izlenecek yolu gözden geçirmek için bir komite oluşturma çağrılarını direnmiştir (Ham 1997).

Burada incelenen diğer ülke uygulamalarının aksine İngiltere’de öncelikleri belirleme ulusal düzeyde hükümet tarafından desteklenmiştir. İngiltere’de ulusal düzeyde öncelikleri belirleme sorumluluğu yerel düzeydeki Bölge Sağlık Otoritelerine (DHAs) verilmiştir. Bölge Sağlık Otoriteleri sağlık hizmetlerini satın alırken, sorumlu olduğu bölgelerin sağlık ihtiyaçlarını belirleyip, bundan hareketle öncelikleri belirlemektedir. Dolayısı ile İngiltere’de önceliklerin belirlenmesi yaklaşımlarından ihtiyaçların belirlenmesi yaklaşımı (needs assessment) kullanılmaktadır. Bundan dolayı yukarıda da belirtildiği gibi İngiliz hükümeti Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamındaki hizmet alanlarını analiz edecek ulusal düzeyde bir komisyon ya da komite oluşturulmasını istememiştir (Honigsbaum et al. 1995; Ham 1996).

VI. SONUÇ VE ORTAYA ÇIKAN DERSLER

Bu makalede sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi konusunda genel bir çerçeve sunulmaya çalışılmıştır. Amaç, okuyucularda bu konuda genel bir bakış açısı oluşturabilmektir. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin önemi, gerekliliği, boyutları, dinamikleri, kriterleri, yaklaşımları ve uluslararası deneyimler genel bir

perspektif açısından verilmeye çalışılmıştır. Bu kısımda daha önceki bölümlerde anlatılanlardan hareketle ortaya çıkan dersler ve sonuçlar genel hatları ile verilmeye çalışılacaktır.

Sağlık sektöründe öncelikleri belirleme, önemi gün geçtikçe artmakta olan, karmaşık ve süreklilik gösteren bir karar alma sürecidir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin temel nedeni, kaynakların sınırlılığı ve kaynakların verimli kullanımı ve dağıtımı zorunluluğudur. Uluslararası ülke deneyimlerinden ortaya çıkan ders, sürecin karmaşıklığını destekler niteliktedir. Yani bu deneyimler sağlık bakım önceliklerini oluşturmanın birçok faktörü ve dinamiği içeren kompleks bir karar verme süreci olduğunu açıkça göstermektedir. Sağlık sektöründe bilimsel veriler yeterli bile olsa, önceliklerle ilgili kararları vermek zordur. Öncelik belirleme tartışması, kamu finansmanlı sağlık hizmetleri sunumu hakkında endişe verici sorular ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme faaliyetlerinin bir kısmı, sağlık sistemi için bir bütün olarak öncelik belirleme açısından siyasi düzeyde olacaktır. Bazıları, hangi hastaların hangi öncelik sırasında tedavi edileceğini konusunda kararların araştırma sonuçlarına dayalı olmasını sağlayacak biçimde klinik düzeyde olacaktır (Saltman, Figueras 1997; Ham 1996). Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde politikacı ve hekimlerin kararları çok önemlidir. Fakat öncelikleri oluşturma sürecine halk ve hastalar da dahil edilmelidir. Toplum sürece katma çabaları ve yöntemleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Ülkelerin politik yapısı ve demokratikleşme seviyesi toplum katılımını önemli derecede şekillendirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde kullanılan kriterler konusunda bir uzlaşmaya ulaşıldığını söylemek çok zordur. Bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde, verimlilik, eşitlik, maliyet-fayda, maliyet etkililik, hizmet gerekliliği, bireysel sorumluluk, insan saygınlığı, hastalık şiddeti gibi kriterlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu kriterler ülkelere göre değişmektedir. Örneğin Hollanda, hizmetin gerekliliği, verimliliği, etkililiği ve hizmetin bireysel sorumluluğa bırakılıp bırakılmaması gibi kriterler kullanılmış olmasına rağmen, İsveç örneğinde ise insan saygınlığı, ihtiyaç ve dayanışma ve maliyet verimliliği gibi kriterler kullanılmıştır. Fakat uygulamada eşitlik başta olmak üzere bazı sosyal içerikli kriterlerin sağlık bakım önceliklerinin belirlenmesinde yeterince kullanılmadığı görülmektedir. Bunu özellikle

önceliklerin belirlenmesi konusu ile ilgilenen siyaset bilimciler ve siyaset analistleri önemle belirtmektedirler.

¹ *Hastalık yükü (burden of disease)*, hastalık veya yaralanma sonucu oluşan sağlıklı yaşam (sakatlıktan uzak) süresinde meydana gelen veya gelecek kayıpların bugünkü değerini ifade etmek için kullanılmaktadır (Tatar, 1995: 100).

KAYNAKLAR

1. Bobadilla, JL., (1996) 'Priority Setting and Cost Effectiveness'. In Katja Janovsky (ed.) **Health Policy and Systems Development: An Agende for Research**, pp.43-60. World Health Organization, WHO/SHS/NHP 96.1, Geneva.
2. Calltorp, J., (1995) "Sweden: No Easy Choices". **British Medical Bulletin**, 51(4): 791-798.
3. Cooper, MH., (1995) "Core Services and the New Zeland Health Reform". **British Medical Bulletin**, 51(4): 799-807.
4. Cullis, J. and West, PA., (1979) **The Economics of Health: An Introduction**, Oxford: Martin Robertson.
5. Donaldson, C. and Mooney, G., (1991) "Needs Assessment, Priority Setting and Contracts for Health Care, An Economic Review". **BMJ**, 303: 1529-1530.
6. Fuchs, VF., (1993) **The Future of Health Policy**. Harward University Press.
7. Green, A., (1995) **An Introduction to Health Planning in Developing Countries**. Oxford Univesity Press Inc., New York.
8. Grimshaw and Huthinson, C., (1995) "Clinical Practice Guidelines-Do They Enhance Value for Money in Health Care?". **British Medical Bulletin**, 51(4): 927-940.
9. Ham, C., (1995) "Synthesis: What Can We Learn from International Experience". **British Medical Bulletin**, 51(4): 819-830.
10. Ham, C., (1996) "Priority Setting in Health". In Katja Janovsky (ed.) **Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research**, pp. 25-41. **World Health Organization**, WHO/SHS/NHP 96.1, Geneva.

11. Ham, C., (1997) "Priority Setting in Health Care: Learning From International Experience". **Health Policy**, 42: 49-66.
12. Harrison, S., (1995) "A Policy Agenda for Health Care Rationing". **British Medical Bulletin**. 51(4): 885-899.
13. Heginbotham, C., (1992) "Rationing". **BMJ**, 304: 396-399.
14. Honigsbaum, F. et al. (1995) **Priority Setting Process for Health Care**. Radcliffe Medical Press Ltd., Oxford.
15. Kitzhaber, J.A., (1993), "Prioritising Health Services in Era of Limits: the Oregon Experience". **BMJ**, 307: 373-377.
16. Klein, R., (1993) "Dimensions of Rationing: Who Should Do What?". (BMJ) **British Medical Journal**, 307: 309-311.
17. Klein, R. et al. (1995) "Rationing in the NHS: the Dance of the Seven Veils-in Reverse". **British Medical Bulletin**, 51(4): 769-780.
18. Liss, P., (1993) **Health Care Need: Meaning and Measuring**. Vermont: Avebury Ashgate Publishing Limited Company.
19. MacStravic, R.E., (1978) **Determining Health Needs**. Health Administration Press, Michigan.
20. Mooney, G., (1994) **Key Issues in Health Economics**. Harvester/WheatSheaf
21. Robinson, J. and Elkan, R., (1996) **Health Needs Assessment: Theory and Practice**. Churchill Livingstone, New York.
22. Tatar, F., (1995) "Sağlık Sektöründe Kaynak Tahsisinde Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Türk Sağlık Sektörü İçin Gerekliliği Üzerine Düşünceler". **Toplum ve Hekim**, 10(66): 91-100.
23. Saltman, R.B. and Figueras, J., (1997) **European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies**. World Health Organization Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, No.672, Copenhagen:
24. Ven, W.P., (1995) "Choices in Health Care: a Contribution from The Netherlands". **British Medical Bulletin**, 51(4): 781-790.