

Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri

Mehtap TATAR*, İsmet ŞAHİN**, Hüseyin Büyükkayıcı***

ÖZET

Her ülke için geçerli bir fenomen olan kı kaynakları en iyi şekilde kullanma zorunluluğu sağlık hizmetlerinde de öncelik belirleme konusunu kaçınılmaz olarak gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme, sağlık statüsünü artırmak ve sağlık kaynaklarının dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmek amacıyla ilk önce verilmesi gereken hizmetlerin seçilmesini içerir. Bu araştırmada sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusu çeşitli ülke örnekleri incelenerek genel teorik çerçevesiyle ele alınmakta ve özellikle SSK hastanelerinde çeşitli düzeylerde görev yapan yöneticilerin Türkiye'de öncelikle ele alınması gereken sağlık hizmetleri hakkındaki görüşlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu amaçla literatürden de yararlanılarak geliştirilen anketin çeşitli düzeydeki 170 SSK hastane yöneticisine uygulanması sonucunda "koruyucu hekimlik hizmetleri, önlenabilir bulaşıcı hastalıkların engellenmesine yönelik önlemler, çocukların ölümcül hastalıklarının tedavisi, aile planlaması hizmetleri ve sağlık eğitimi" öncelikle ele alınması gereken sağlık hizmetleri olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Öncelik belirleme, sağlık hizmetleri

Priority Setting in Health Services: Theory and Views of SSK Hospital Managers

ABSTRACT

Efficient use of scarce resources, a phenomenon valid for almost all countries, has put priority setting in health services to the agendas of policy-makers as well. Priority setting in health services involves selection of the services that should be delivered first in order to improve health status and distribute health resources according to pre-

* Prof.Dr. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

*** Dr. SSK Başkanlığı, Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İşletmesi Tesisleri Daire Başkanı

determined criteria. This research aims at analyzing the theoretical aspects of prioritization with special emphasis on country examples and presenting the views of SSK hospital managers about the services to be provided in Turkey. To this end, an instrument was developed with detailed analysis of the theoretical background and literature. The questionnaire was replied by 170 SSK hospital managers and "preventive health services, programs for preventable infectious diseases, treatment of fatal childhood diseases, family planning and health education" emerged as priority health services.

Key Words: *priority setting, health services*

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri ve bu hizmetler için yapılan harcamalar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde değişen önem dereceleri ile gündeme gelmektedir. Ülkelerin değişen ekonomik, sosyal ve demografik yapıları sağlık sistemlerini zorlamakta, mevcut (ve her zaman kıt) kaynaklarla toplumsal ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayabilme sorunu sağlık politikası belirleyicilerini zaman zaman toplumla karşı karşıya getirmektedir. Bu gelişmelere paralel olarak gündeme gelen iki önemli kavram hizmet sınırlaması (rationing) ve öncelik belirlemedir (priority setting). Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme, sağlık statüsünü artırmak ve sağlık kaynaklarının dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmek amacıyla ilk önce verilmesi gereken hizmetlerin seçilmesini içerir. Öncelik belirleme; kaynakları, sunum ve finansman yöntemleri ne olursa olsun tüm sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı bir olgudur. Tercih edilen yöntemler ve seçilen öncelikler farklı olmasına karşın, öncelik belirleme evrensel bir faaliyettir (Ham,1995; Ham,1997; Klein, et al.1995; Van de Ven, 1996).

Bu makalede sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusu genel teorik çerçevesiyle ele alınacak, çeşitli ülke örnekleri incelenecek ve özellikle son dönemde Sağlık Bakanlığı'nın benimsediği yaklaşım çerçevesinde kaçınılmaz olarak Türkiye'de de gündeme gelecek olan bu konu ile ilgili olarak SSK hastanelerinde görev yapan üst düzeydeki yöneticilere literatürden yararlanarak geliştirilen bir anket ile sağlık hizmetlerini önceliklendirme araştırmasının sonuçları sunulacaktır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEME: GENEL BİLGİLER

Yukarıda kısaca değinildiği gibi, ülkelerin çeşitli parametrelerindeki değişim, sağlık hizmetleri arzı ve talebini de etkileyerek bu ülkelerin sağlık sistemlerini değişen düzey ve boyutlarda kaynak sorunları ile karşı karşıya bırakmıştır. Toplumların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artması ve bu beklentilerini sağlık politikasını belirleyenler üzerinde bir baskı unsuru olarak kullanmaları bu sorunun öneminin artmasına ve çok çeşitli düzeylerde tartışılmasına yol açmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak özellikle 1990'lı yıllardan sonra sağlık hizmetleri literatüründe hizmet sınırlama ve öncelik belirleme, üzerinde tartışılan ve araştırma yapılan konular haline gelmiştir. Öncelik belirleme kavramı ve yöntemleri üzerinde durmadan önce her iki kavram arasındaki farklılıkların ortaya konmasında yarar görülmektedir. Hizmet sınırlama (rationing), hastaya faydalı olma potansiyeli olan bir şeyin (tedavi yöntemi, ilaç, ameliyat vs) kaynak yokluğu gerekçesi ile yapılmamasını içermektedir. Bu durumda hasta, aldığı sağlık hizmetinden kaynakların sınırsız olduğu bir dünyada alması beklenenden daha az fayda elde etmektedir. Buna karşılık öncelik belirleme (prioritization, priority setting), kaynakların belirli hizmetlere ya da hasta/hastalık gruplarına ayırımını içermektedir. Bu ayırımın türü ve şekli elbette hizmet sınırlaması için zorunlu ortamı hazırlamakta ve bu sınırlamayı gerekli kılan önemli parametrelerden biri olmaktadır. Ancak her ikisi arasındaki en önemli ayırım karar verme süreci ve bu süreçte rol alan kişiler üzerinde olmaktadır. Hizmet sınırlama, belirli tedavi yöntemlerinin etkililiği ve uygunluğu hakkında bir uzman görüşünü gerektirirken öncelik belirleme daha geniş kapsamlı sosyal unsurları ve değer yargılarını içerir. Hizmet sınırlama açık ya da kapalı olarak birçok şekilde yapılabilir. Belirli hastalıkların tedavisini ya da belirli tedavi şekillerini tamamen reddetmek açık hizmet sınırlama yollarından birisidir. Ancak, bekleme listeleri oluşturmak, hizmetlere erişimin önüne engel koymak da hizmet sınırlama yollarından olup kapalı hizmet sınırlamaya örnek olarak gösterilebilir (Klein, et al.1995).

Hizmet sınırlamadan farklı olarak öncelik belirleme ise daha önce de belirtildiği gibi kıt sağlık kaynaklarının nerelere ayrılacağına karar verilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Ryyanen ve arkadaşları öncelik belirlemeyi dışsal ve içsel olarak ikiye ayırarak incelemekte ve çeşitli öncelik belirleme düzeylerini ortaya koymaktadırlar(Ryyanen, et al.1999). Bu bağlamda, dışsal öncelik belirlemeyi hasta ya da hasta grupları arasında öncelik belirleme olarak tanımlarken, içsel öncelik belirleme farklı tedavi türleri arasında öncelik

belirleme olarak tanımlanmaktadır. Rynanen ve arkadaşları tarafından kavramsallaştırılan öncelik belirleme düzeyleri ve yöntemleri Tablo 1'de gösterilmektedir (Ryynanen, et al.1999).

Tablo 1: Öncelik Belirleme Yöntemleri ve Düzeyleri

	Dışsal Öncelik belirleme	İçsel Öncelik Belirleme
Makro düzey	Devlet sağlık harcamaları konusunda karar verir	Devlet sağlık politikası kararları verir
Mezo Düzey	Hastane bazı faaliyetleri durdurma ve bazılarını başlatma kararı verir	Hastane pahalısı yerine daha ucuz bir ekipmanı seçer
Mikro Düzey	Doktor hasta ile ilgili öncelik belirleme kararını verir	Doktor hastasını daha ucuz bir yöntemle tedavi eder
Hasta Düzeyi	Hasta doktora gidip gitmeme kararı verir	Hasta daha pahalı özel doktora gitmek yerine kamuda çalışana gitmeye karar verir

Öncelik belirleme düzeylerine ilişkin bir başka çalışma da Ham tarafından yapılmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme düzeyleri aşağıdaki tabloda ele alınmaktadır (Ham,1995).

Tablo 2: Öncelik Belirleme Düzeyleri

1. Makro: sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların belirlenmesi
2. Bütçenin coğrafi alanlar ve hizmetler arasında dağılımı
3. Kaynakların çeşitli tedavi yöntemlerine dağılımı
4. Hangi hastaların tedaviye kabul edileceğinin belirlenmesi
5. Bireysel hastalara ne kadar harcanacağına karar verilmesi

Tablo'da da görüldüğü üzere, makro ya da sistem düzeyindeki tercihler genellikle politikacıların müdahale alanıyken, mikro ya da klinik düzeyde tercihler doktorun ya da diğer sağlık çalışanlarının olmaktadır. Geleneksel olarak bu kararlar genellikle dış çevreye kapalı ortamlarda, ya doktorun muayene odasında ya da politika belirleme ve kaynak tahsisinden sorumlu komisyon odalarında verilmektedir. Ancak son yıllarda sağlık sistemleri üzerinde hızla gelişen ve yoğunlaşan baskılar bu kararların daha açık ve objektif kriterlere dayanarak geniş bir katılım yoluyla gerçekleştirilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren sağlık

hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanımının sürekli gündeme gelmesi, Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları (QALY-Quality Adjusted Life Years), Engelliliğe Ayarlı Yaşam Yılları (DALY-Disability Adjusted Life Years) gibi öncelik belirlemede objektif kriterler sağlama amacına yönelik yöntemlerin geliştirilmesi ve bunların hem ülkeler tarafında, hem de Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslar arası kuruluşlar tarafından kullanımının artması bu zorunluluğun bir yansımasıdır. Literatürde sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemede iki örnek ağırlıklı tartışılmaktadır. Bu örnekler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

III. ÖNCELİK BELİRLEMEDE ULUSLARARASI ÖRNEKLER

3.1. Oregon

ABD'nin Oregon eyaletinde, belirli bir gelir düzeyinin altındakilere sağlık hizmeti sağlamakla yükümlü bir kamu programı olan Medicaid'in finansman problemlerine çözüm bulmak amacıyla geliştirilen öncelik belirleme yaklaşımı literatürde sıklıkla kullanılan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır (Honningsbaum, et al.1995; Kitzhaber, Kemmy, 1995). Yaklaşımın en önemli özelliği, öncelik belirleme süreci içinde toplum dahil olmak üzere ilgili tarafların yoğun katılımının sağlanmış olmasıdır. Bu katılımın temel amacı ise özellikle toplumsal değer yargılarını ve çeşitli hastalık ve tedavi yöntemlerine atfedilen önem derecesini ortaya çıkarmak olmuştur.

Bu örnekte çıkış noktası, Oregon Medicaid programının mevcut fakirlik sınırı ile eyaletteki fakirlerin ancak % 58'inin kapsayabildiğini ortaya koyması olmuştur. 1987 yılında eyaletteki yüksek bebek ölüm hızını düşürme amacıyla 1500 kadın ve çocuğun bu program kapsamına alınması kararlaştırılmış ve bunu gerçekleştirebilmek için de kalp, karaciğer, pankreas ve kemik iliği nakilleri Medicaid'in karşıladığı hizmetler kapsamında çıkarılarak sadece kornea ve böbrek nakli hizmetleri verilmeye devam edilmiştir. Ancak bu yaklaşımın adil olmadığı düşünülerek ve programın sadece fakirleri değil tüm eyaleti kapsamasını sağlamak amacıyla bir temel fayda paketinin oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu amaçla bir komite oluşturulmuş ve komitede beş doktor, bir halk sağlığı hemşiresi, bir sosyal çalışmacı ve dört toplum üyesi rol almıştır. Fayda paketine girecek listenin belirlenmesinde ilk olarak Kaliteye Ayarlı Yaşam Yıllarından (QALY) yararlanma yoluna gidilmiş ancak bu yaklaşımdan kaynaklanan bazı olumsuzluklar nedeniyle vazgeçilmiştir. Öncelik belirleme komitesi daha sonra tüm eyalette toplu

çeşitli düzeylerde toplantılar yapmış ve bunun sonucunda toplumun belirlediği 13 temel değer yargısına göre kategorileri belirlemiştir.

Bunlar önem sırasına göre aşağıda sıralanmıştır:

1. Koruma
2. Yaşam kalitesi
3. Maliyet etkililik
4. Fonksiyon yeteneği
5. Eşitlik
6. Tedavinin etkililiği
7. Faydalanan kişi sayısı (incelenen hastalık/durumdan etkilenen kişi ve tedaviden yararlanan kişi sayısı)
8. Akıl sağlığı ve madde bağımlılığı
9. Kişisel tercih
10. Toplumsal destek
11. Toplum üzerindeki etki (örneğin enfeksiyon hastalıkları)
12. Yaşam süresi
13. Kişisel sorumluluk (ya da kişinin yaşam tarzının örneğin sigara içmesinin hastalıktan sorumlu olma derecesi)

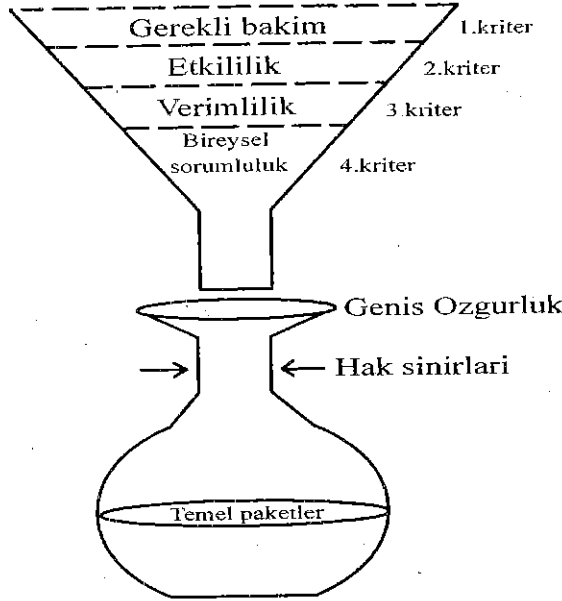
Bu kategoriler belirlendikten sonra uzman görüşü de alınarak 17 sağlık bakım kategorisi belirlenmiş ve ICD 9 sınıflandırmasından da yararlanılarak öncelik verilecek hastalıklar ve tedavi yöntemleri listelenmiştir. Komisyon bu listede 709 hastalığa yer vermiş ve Medicaid fonlarının bu listedeki ilk 587 hastalık için kullanılabileceğini, liste dışında kalan 122 hastalığın tedavisinin finanse edilemeyeceğine karar vermiştir. Bu hastalıklar arasında varis, bronşit, kanser (tedavinin hastaların % 10'unda 5 yıl yaşam süresi sağlamadığı türler), hemoroid, AIDS ve aşırı düşük doğum ağırlığı (500 gramın altında) yer almıştır. Bu liste daha sonra çeşitli revizyonlardan geçmesine karşın Bill Clinton'un başkanlığı döneminde kabul edilmiş ve uygulamaya geçilmiştir.

3.2.Hollanda

Hollanda'da öncelik belirleme çalışmaları yeniden düzenlenen sosyal sigorta sisteminin fayda paketi içinde yer alacak hastalık ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla 1990 yılında kurulan Dunning Komitesi ile başlamıştır. Komite raporunu 1992 yılında yayınlamış ve herhangi bir hizmet ya da tedavinin fayda paketinde yer almadan önce dört testi (ya da eleği) geçmesi gerektiğini belirlemiştir. Bu testler (ya da elekler) söz konusu hizmetin (ya da tedavinin) toplumsal bakış açısıyla gerekli olduğunun, etkili ve

verimli olduğunun ve kişisel sorumluluğa bırakılmasının mümkün olmadığını ispatlanmış olmasını içermektedir. Şekil 1’de Dunning Komitesi’nin belirlediği öncelik belirleme modeli sunulmaktadır (Van de Ven, 1996).

Şekil 1: Hollanda Sosyal Güvenlik Sisteminin Öncelik Belirleme Modeli



Şekil’de de görüldüğü üzere, Dunning Komitesinin önerisinde hizmetler bu dört kriteri karşıladıktan sonra fayda paketi içinde yer almaya hak kazanabilmektedir. Bu kriterleri karşılamayan bazı hizmetler, örneğin yetişkinlere verilen ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile homöopatik ilaçlar fayda paketinin dışında bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme çalışmaları sadece bu ülkeler ile sınırlı kalmamış Yeni Zelanda, İngiltere, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde de sağlık sisteminin çeşitli düzeylerinde zaten gerçekleştirilen bu süreci sistematik bir yapıya kavuşturma çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Örneğin İngiltere’de Sağlık Otoriteleri arasında yapılan bir araştırmada tüm sağlık otoritelerinde açık önceliklendirmenin yapıldığı, bunların bir bölümünde klinik kriterlerin bir bölümünde de sosyal kriterlerin (örneğin tüp bebek uygulamasında kadının yaşı gibi) kullanıldığı ortaya çıkmıştır (Locock, 2000). Araştırmada sağlık otoritelerinin önceliklendirme konusunda ortaya attıkları temel nedenlerin

finansal sınırlılıklar ve müdahalelerin tıbbi açıdan etkililiğinin kanıtlanmamış olması gösterilmiştir.

Yukarıda kısaca özetlenen gelişmeler çerçevesinde özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından önemli bir gelişme Dünya Bankasının 1993 yılında yayınladığı "Sağlığa Yatırım" dokümanı gösterilebilir (World Bank,1993). Dünya Bankası Engelliliğe Ayarlı Yaşam Yılları (DALY) yöntemini uygulayarak dünyadaki hastalık yükünü saptadığı çalışmada temel olarak gelişmekte olan ülkelerin kaynaklarını hamilelikle ilgili bakım, aile planlaması hizmetleri, tüberküloz kontrolü, cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü ve çocuklarda sıklıkla görülen hastalıkların bakımına yönelik hizmetlere yönlendirmeleri gereğini ortaya koymuştu. Raporda gelişmiş ülkelerin bu listeyi daha da genişletmelerinin mümkün olduğu belirtilmiştir.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEMEDE ROL ALAN TARAFLAR

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusu ile ilgili olarak literatürde temelde iki konunun kabul edildiğini söylemek mümkündür. Bunlardan birincisi, öncelik belirlemenin ister gelişmiş isterse de gelişmekte olan olsun tüm ülkelerde kaçınılmaz bir girişim olduğunun kabul edilmesidir. Gerçekte kapalı öncelik belirleme olarak adlandırılacak süreç her ülkede gerek makro gerekse de mikro düzeyde gerçekleştirilmektedir. Literatürde kabul gören genel görüş, açık ve objektif kriterlere göre yapılan önceliklendirmenin kapalı ve tesadüfi önceliklendirmeye göre daha verimli ve etkili sonuçlar yarattığıdır (Locock, 2000). Bu gerçek kabul gören ikinci noktayı önemli kılmaktadır. Bu da gerçekte var olan öncelik belirleme sürecinin mümkün olduğu kadar objektif ve ilgili tüm tarafların katılımıyla gerçekleştirilmesi yollarını araştırmaktır. Yukarıda kısaca ele alınan ülke örnekleri bu yolda önemli adımların atıldığını göstermektedir. Ancak bu süreç içinde karşılaşılan en önemli sorun sürece katılan tarafların kimler olması gerektiği ve bunların katılımının nasıl sağlanacağı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu sürece katılan/katılması gereken ve süreçten etkilenen taraflar, politikacılar, bürokratlar, hizmeti sunanlar, hizmeti alanlar olarak sıralanabilir.

Makro düzeyde öncelik belirlemede en önemli görev sağlık politikasını belirlemede temel sorumluluğu olan politika belirleyicileri ve bürokratlara düşmektedir. Bu düzeyde alınan kararlar (örneğin sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak düzeyi) mikro düzeyde alınacak karar ve önlemlerin de en önemli belirleyicisidir. Politika belirleyicilerine bu kararlarında rehberlik eden önemli

öğeler bürokratların önerileri ve hizmeti sunanlarla alanlardan gelen istek ve tepkilerdir. Karşılıklı etkileşim mekanizmalarının açık olduğu toplumlarda bu istek ve tepkiler makro kararları etkilemede çok önemli bir yere sahip olabilir.

Öncelik belirleme sürecinde üçüncü önemli grup sağlık hizmetini sunanlardan oluşmaktadır. Makro düzeyde alınan kararların mikro düzeyde temel uygulayıcısı olan bu grubun verdikleri kararların kaynak kullanımını düzeyi konusunda önemli etkileri olduğu için bu grubun katılımı öncelik belirleme sürecinin başarısı için bir zorunluluktur.

Öncelik belirleme sürecinde dördüncü ama en önemli taraflardan birisi de hizmeti alanlar ya da toplumdur. Daha önce, öncelik belirleme sürecinin toplumsal değer yargılarından çok fazla etkilenen bir süreç olduğu ifade edilmişti. Toplumsal değer yargıları her toplumda sağlığa, sağlıksızlığa, belirli hastalıklara ve tedavi şekillerine verilen önem ve değer önemli belirleyicisidir. Bu nedenle öncelik belirleme sürecinde bu değer yargılarını ortaya çıkaracak mekanizmaların bulunması önemli bir zorunluluktur.

Yukarıda özetle sunulan bu dört temel grubun öncelik belirleme süreci içindeki algılarını ve görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik araştırmalar son yıllarda yoğunluk kazanmıştır. Örneğin Ryyanen ve arkadaşları tarafından Finlandiya'da yapılan çok geniş kapsamlı bir araştırmada toplum, politikacılar, doktorlar ve hemşirelerin sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme kriterlerine karşı tutumlarını değerlendirme amaçlanmıştır (Ryyanen, et al. 1999). Bu araştırmada tüm gruplar tarafından ortaklaşa kabul edilen öncelik belirleme yöntemlerinin; sevklerin aciliyet kriterine göre sınıflandırılması, tedavi ücretlerinin artırılması, pahalı tedavi ve teşhis yöntemlerinin sınırlandırılması olmuştur. Ameliyatlar için bekleme listelerinin kullanımı ve bazı birimlerin kapatılması her grup içindeki azınlık bir grup tarafından kabul edilmiştir. Tedavi ücretlerinin artırılması temelde doktorlar ve politika belirleyiciler tarafından kabul görmüş buna karşılık bu görüş hemşireler ve toplum tarafından daha az kabul edilebilir bulunmuştur. Pahalı teşhis ve tedavi yöntemlerinin sınırlandırılması, hemşirelerin yarısından fazlası, doktorların üçte birinden kabul görmüş ancak bu görüş politikacılar ve toplum tarafından daha az desteklenmiştir. Toplumun % 32'si sağlık hizmetlerinde hiçbir sınırlamanın olmaması gerektiğini savunurken doktorların sadece % 5'i bu görüşü paylaşmıştır (Ryyanen, et al, 1999).

Finlandiya'da Kinnunen ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada da toplum, hemşireler, doktorlar ve politikacılardan, kendilerine

tanımlanan bütçe sınırları içinde uzmanlaşmış hizmetler ve temel sağlık hizmetleri arasında öncelik belirlemeleri istenmiştir (Kinnunen, et al.1998). Araştırma sonucunda tüm grupların ikinci ve üçüncü düzey bakımı ve bunların destek hizmetlerini (röntgen, laboratuvar tetkikleri vs) önceliklendirdiği görülmüştür. Evde bakım hizmetleri hemşireler, doktorlar ve politikacıların listesinde üst sıralarda yer alırken toplum, ambulans ve hasta taşınması hizmetlerine öncelik vermiştir. Araştırmada sağlık eğitimi, çevre sağlığı, iş sağlığı gibi koruyucu hekimlik hizmetleri tüm grupların listelerinde 11-16. sıralarda yer almıştır.

İngiltere'de yapılan bir araştırmada ise öncelik belirleme konusunda toplumun görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla kalitatif yöntem kullanılmıştır (Cookson, Dolan, 1999). Araştırmada 7-8 kişi arasında değişen 8 gruba hipotetik olarak verilen dört vaka arasından hangisinin öncelikle sağlık hizmeti alması gerektiği tartışılmış ve bunun sonucunda grupların öncelik belirleme kriterlerinde ağırlıklı olan değer yargılarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda bu grubun öncelik belirleme kararlarında üç temel kararın önemli olduğu ortaya çıkmıştır: (1) yaşam kurtarma (aciliyet) (2) toplumun genel sağlığının maksimize edilmesi (3) bireylerin yaşam sürecindeki sağlık eşitsizliklerini azaltmak.

İngiltere'de toplumun öncelik belirleme konusundaki değer yargılarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bir başka araştırmada da toplumun görüşleri alınarak bunların sonuçları diğer gruplarla karşılaştırılmıştır. Tablo 3'de sağlık hizmetlerinin sıralanmasında öncelik sıralaması sunulmaktadır (Jacobson, Bowling, 1995; Bowling, et al.1993).

Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlemede Toplumun Sıralaması

Öncelik	Sağlık Hizmetleri
1	Çocuklarda yaşamı tehdit eden hastalıklara yönelik tedaviler
2	Ölmekte olan hastalara verilen bakım
3	İleri teknoloji gerektiren cerrahi müdahaleler/işlemler
4	Tıbbi araştırma
5	Toplum sağlığı hizmetleri
6	Engellilik ile ilgili cerrahi müdahale
7	Engellilik ile ilgili tedavi
8	Uzun dönemli bakım
9	Koruyucu hizmetler
10	Akıl sağlığı hizmetleri
11	Yaşama ümidi olmayan prematüre bebeklere verilen yoğun bakım
12	Aile planlaması hizmetleri
13	Kısırlık tedavisi
14	Sağlık eğitimi hizmetleri
15	Tamamlayıcı tıp
16	Kozmetik cerrahi

Bu sonuçlar, diğer gruplar için yapılan benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Buna göre, ileri teknoloji gerektiren müdahaleler ve çocuklar için yapılan tedaviler toplum tarafından üst sıralarda yer alırken sağlık eğitimi, aile planlaması ve toplum sağlığı hizmetleri daha alt sıralarda yer almıştır. Buna karşılık sağlık eğitimi ve aile planlaması halk sağlığı doktorları tarafından daha üst sıralarda yer almış ancak diğer doktorlarda bu hizmetler öncelik sıralamasında alt sıralarda kalmıştır.

Delfi tekniğini kullanarak İsveç'in bir Kanoton'unda sağlık profesyonellerinin ve toplumun önceliklerini belirlemeyi amaçlayan bir araştırmada da katılımcılardan en önemli gördükleri sağlık problemlerini sıralamaları ve bunlara ilişkin müdahaleleri önermeleri istenmiştir (Schopper, et al, 2000). Araştırma sonucunda belirlenen temel sorun alanları fiziksel sorunlar (kardiyovasküler hastalıklar, akciğer ve göğüs kanseri, AIDS, trafik kazalarına bağlı yaralanmalar, kronik sırt ağrısı), psiko-sosyal rahatsızlıklar (depresyon, intihar, ailede şiddet, stres) ve madde bağımlılığı (alkol ve tütün) olmuştur. Bu sorunlara ilişkin olarak temelde birincil ve ikincil korumaya yönelik müdahaleler ve sağlığın geliştirilmesi önlemleri önerilmiştir. Bunun temel nedeni olarak araştırmacılar İsveç'te kaliteli tıbbi bakıma toplumun tümünün erişiminin sağlanabilmesini göstermiştir.

Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusu literatürde artan önemi ve ülke sağlık sistemlerinde sık sık gündeme gelmeye başlaması ile paralel olarak sağlık hizmetlerinde araştırma literatüründe de ele alınmaya başlamıştır. Türkiye açısından bakıldığında sağlıkta öncelik belirleme konusunun ne akademik düzeyde ne de toplumsal düzeyde gündeme geldiği söylenemez. Bu konudaki ilk somut girişim Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planının hazırlık döneminde Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu içinde yer alan "Sağlıkta Öncelikler ve Hedefler Alt Komisyonu"nun kurulması olmuştur (DPT, 2001). Bu komisyonu oluşturan ve çoğunluğu akademik çevreleri temsil eden 10 üye makro politikalar açısından Türkiye'nin önceliklerini ortaya koymayı amaçlamış ve Plana temel teşkil eden önerilerde bulunmuştur.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusunun giderek önem kazanacağını önemli belirtileri Sağlık Bakanlığı'ndan gelmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi kapsamında Dünya Bankası'ndan sağladığı krediler karşılığında iki önemli projeyi başlatma girişiminde bulunmuştur. Bunlardan birincisi Ulusal Sağlık Hesapları diğeri ise Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Analizi projeleridir. Her iki projenin de nihai amaçları sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkili kullanımına rehberlik edecek verileri sağlamaktır. Bu projelerden elde edilen sonuçlar Genel Sağlık Sigortası sistemi çerçevesinde ulusal fayda paketinin belirlenmesinde temel teşkil edecektir. Ancak Türkiye'de makro ve mikro düzeyde öncelik belirlemede geçerli değer yargılarını ortaya koymaya yönelik araştırma bulunmamaktadır. Aşağıda bu amaçla gerçekleştirilmiş bir araştırmanın sonuçları sunulmaktadır.

V. ARAŞTIRMA

5.1. Materyal ve Yöntem

Bu araştırmada SSK hastanelerinde 2001 yılında görev yapan üst düzey hastane yöneticilerinin Türkiye’de öncelikle ele alınması gereken sağlık hizmetleri hakkındaki görüşlerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Bu amaçla literatürden yararlanılarak geliştirilen anket 30 Nisan-18 Mayıs tarihleri arasında Antalya SSK Eğitim ve Dinlenme Tesislerinde yürütülen hizmet içi eğitim çalışmalarının tüm katılımcılarına uygulanmıştır. Araştırmada toplam 220 katılımcıya soru formu dağıtılmış, ancak bunlardan 170 tanesinin eksiksiz ve değerlendirmeye uygun bulunmuştur. Anketin cevaplanma oranı %77’dir. Araştırmaya katılan yöneticilerin görev unvanlarına göre dağılımı incelendiğinde % 27,6’sı (47 kişi) hekim yönetici (başhekim ve yardımcıları), % 32,9’u (56 kişi) hemşire yönetici (başhemşire ve yardımcıları), % 20,5’i (35 kişi) hastane müdür ve yardımcısı ve % 18,8’i de (32 kişi) baş eczacıdan oluşmaktadır. Geliştirilen anketle hastane yöneticilerinden kendilerine verilen bir dizi sağlık hizmeti türünden zorunlu olduklarını düşündükleri 4 hizmetin karşısına 1, çok önemli olduklarını düşündükleri 4 hizmetin karşısına 2, önemli olduklarını düşündükleri 4 hizmetin karşısına 3 ve az önemli olduklarını düşündükleri hizmetlerin karşısına da 4 yazarak önceliklendirmeleri istenmiştir. Araştırma verileri her hizmet türüne verilen öncelik sırasına göre her yönetici grubu için ayrı ayrı değerlendirilerek ve en önemli olandan en az önemli olana göre önceliklendirilerek sıralanmış ve SSK sağlık profesyonellerinin hizmet öncelikleri profilleri tanımlanmıştır.

5.2. Bulgular ve Tartışma

Tablo 4’te SSK hastaneleri hekim yöneticilerin, hemşire yöneticilerin, müdür ve müdür yardımcılarının ve eczacı yöneticilerin sağlık hizmetlerinde öncelik alanları sunulmaktadır.

Tüm grupların önceliklendirme sırasında ilk beş sıra incelendiğinde koruyucu hizmetler ve çocuklara verilen sağlık hizmetlerinin önceliği aldığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetler, önlenabilir bulaşıcı hastalıkların engellenmesine yönelik önlemler, çocukların ölümcül hastalıklarının tedavisi, aile planlaması hizmetleri ve sağlık eğitimi hizmetleri araştırmada yer alan gruplara göre Türkiye’de sağlık kaynaklarının ayırımında ve harcanmasında öncelik verilmesi gereken hizmetler olarak ortaya çıkmıştır. Bu sıralama içindeki tek istisnai grup eczacılar olmuş ve bu grubun öncelik sıralamasında “ileri teknoloji gerektiren cerrahi müdahaleler” 3. sırada yer alırken diğer

gruplarda ilk beş öncelik sırasında yer alan "sağlık eğitimi hizmetleri" 11. sıraya düşmüştür. Çocukların ölümcül hastalıklarının tedavisinin öncelik sıralamasında üst sıralarda yer alması literatürdeki diğer araştırmalarla da uyumludur. Ryyanen ve diğerleri tarafından yapılan araştırmada (Ryyanen, et al, 1999) ve Cookson, Dolan tarafından yapılan araştırmada da öncelik sıralamasında çocuklar en üst sırada yer almıştır (Cookson, Dolan, 1999).

Tablo 4: SSK Hastaneleri Üst Düzey Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Öncelik Sıralaması

Sağlık Hizmetleri	Yöneticilere Göre Öncelik Sırası				
	Hekim Yön. n=47	Hemşire Yön. n=56	Hastane Müdürü n=35	Eczacı Yön. n=32	Genel N=170
Koruyucu sağlık hizmetleri	1	1	1	2	1
Çocukların ölümcül hastalıklarının tedavisi (lösemi vb gibi)	2	3	3	1	2
Önlenebilir bulaşıcı hastalıkların engellenmesine yönelik önlemler (örneğin kızamık, ishal vb. gibi)	3	2	2	4	3
Aile planlaması hizmetleri	4	4	4	5	4
Sağlık eğitimi hizmetleri	5	5	5	11	6
Hareket sınırlılığı olan hastaların günlük yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı cerrahi müdahale	6	10	9	8	7
Doğum ağırlığı düşük ve yaşam şansı olmayan prematüre bebekler için yoğun bakım	7	8	10	6	5
Yeni tedavi yöntemleri için tıbbi araştırma	8	9	7	9	8
Özürlülerin günlük yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı terapi	9	7	8	7	10
İleri teknoloji gerektiren cerrahi müdahaleler ve ölümcül hastalıkları tedavi eden yöntemler (örneğin kalp ve karaciğer nakli gibi)	10	6	6	3	9
Akıl hastalarına verilen hizmetler	11	12	12	10	11
Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi	12	11	11	12	12
Kısırlık tedavisi	13	13	13	13	13
Tamamlayıcı/alternatif tıp	14	15	14	14	14
Kozmetik cerrahi	15	14	15	15	15

İleri teknoloji gerektiren cerrahi müdahalelerin öncelik sıralamasındaki konumuna bakıldığında gruplar arasında ilginç bir farklılığın bulunduğu göze çarpmaktadır. Bu öncelik alanı müdür/müdür yardımcısı, eczacı ve hemşire

grubunda ilk altı sırada yer alırken hekim grubunda 10. sıraya düşmüştür. Başhekim ve başhekim yardımcılarının tıbbi yaklaşımı benimsediği ve ileri teknolojiyi en yoğunlukla kullanan grup olduğu düşünüldüğünde bu sıralamanın beklentilere uymadığı söylenebilir. Başhekim ve yardımcıları altıncı sırada “hareket sınırlılığı olan hastaların günlük yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı cerrahi müdahale”ye öncelik verilmesini öngörmüşlerdir. Bu farklılık hekimlerin günlük çalışmaları esnasında bu tür hastalarla sık sık yüzyüze gelmeleri ve hastaların çektikleri acı ve sıkıntıları gözlemelerinden kaynaklanıyor görünmektedir.

Grupların öncelik sıralamasında son beş sıraya bakıldığında ise yukarıdakine benzer bir şekilde gruplar arasında bir uzlaşma olduğu görülmektedir. Son beş sırada “evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, akıl hastalarına verilen hizmetler, kısırlık tedavisi, kozmetik tedavi, tamamlayıcı/alternatif tıp” yer almıştır. Yine bu gruplar içinde istisna olarak eczacılar “akıl hastalarına verilen hizmetler” yerine “sağlık eğitimi hizmetleri”ne son beş sırada yer vermişlerdir.

Araştırma kapsamına giren grupların öncelikleri literatürdeki örnekleriyle karşılaştırıldıklarında gelişmiş ve gelişmekte olan ülke farklılıklarının sonuçlara yansıdığı ortaya çıkmaktadır. Örneğin İngiltere’de yapılan benzer araştırmaların (Jacobson, Bowling, 1995; Bowling, et al. 1993) sonuçlarına bakıldığında “koruyucu hizmetler, aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri” gibi önceliklerin sıralamada sonlarda yer aldığı görülürken “çocuklarda yaşamı tehdit eden hastalıklara yönelik tedaviler, ölmekte olan hastalara verilen bakım, ileri teknoloji gerektiren cerrahi müdahale/işlemler ve tıbbi araştırma”nın ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Her iki araştırma arasındaki ortak benzerlik “kısırlık tedavisi, tamamlayıcı/alternatif tıp ve kozmetik cerrahi”nin öncelik sıralamasında alt sıralarda yer almasıdır.

Bu bulgulardan hareketle Türkiye’de Cumhuriyet’in kurulduğu günden bugüne kadar sık sık gündeme getirilen “koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi” söyleminin bu araştırmaya dahil gruplar tarafından da paylaşıldığı söylenebilir. Bu söylem sağlık politikası belirleme sürecinin çeşitli düzeylerinde de sıklıkla gündeme gelmiş ve politika dokümanlarına yansımıştır. 1960-1990 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçelerinin görüşüldüğü toplantı tutanaklarının incelendiği bir araştırmada da (Tatar,1993) koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verileceği/verilmesi gerektiği konusu görüşmelerde ağırlıklı olarak yer almıştır. Uygulamaya bakıldığında politika düzeyindeki bu uzlaşmaya karşın hem kaynak ayırımında hem de öncelik

belirlemede koruyucu hizmetlerin her zaman tedavi edici hizmetlerin gerisinde kaldığı görülmektedir. Bu tartışmalarda koruyucu hizmetlere öncelik verilmesinin temel gerekçesi bu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerden daha ucuz olması olarak ifade edilmiştir. Ancak literatürde bunun aksine iddialar da yer almaktadır (Klouda, 1983).

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin yüz yüze kaldıkları önemli bir faaliyet olduğunun ortaya konduğu bu makalede SSK hastanelerinde çeşitli düzeylerde çalışan yöneticilerin Türkiye’de sağlık hizmetlerinde öncelikler konusundaki görüşleri sorgulanmıştır. Araştırmaya katılan grupların önceliği koruyucu hekimlik hizmetlerine verdiği ve bunun da ülkenin ekonomik yapısı ve sağlık göstergeleri ile uyumlu olduğu ortaya konmuştur. Şüphesiz mikro düzeyde uygulayıcı olan sağlık profesyonellerinin verdiği kararların kaynak kullanım düzeyi konusunda önemli etkileri bulunmaktadır ve kaynakların rasyonel kullanımında öncelik belirlemenin rolü yadsınamaz. Ancak öncelik belirlemede sağlık hizmeti alan toplumun tercihleri ve değer yargıları da çok önemlidir. Bu makalede çok küçük bir grup ile yapılan araştırma sonuçları sunulmuştur. Bu yönde yapılacak hem sağlık profesyonellerini hem de sağlık hizmeti kullanıcılarını içine alan daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim bulunmaktadır. Bu araştırmanın bir kurumdaki belirli sayıdaki yöneticilere uygulanmış olması bir sınırlılık olmakla birlikte, sağlık profesyonelleri tarafından sağlık hizmetlerine atfedilen önem ve öncelikler hakkında ampirik bulgulara dayalı fikir vermesi bakımından bir ilktir. Bu yönde yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmaların Sağlık Bakanlığı önderliğinde başlayan harekete de yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynakların hangi hizmet alanlarına tahsis edileceği konusu güncelliğini korumaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı’nın Dünya Bankası kredileri ile başlattığı iki projenin önceliklendirme konusunda politika belirleyicilere rehberlik etmesi amaçlanmaktadır. Ancak literatürde yaygın olarak gerçekleştirilen ve kısıtlı bir bölümünün sonuçları bu makalede sunulan araştırmalar, öncelik belirleme sürecinde sadece politika belirleyicilerin değil çeşitli düzeyde hizmet sunucuları ve toplumun da katılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bowling, A. ve diğerleri (1993) "Explorations in Consultation of the Public and Health Professionals on Priority Setting in an Inner London Health District" *Social Science and Medicine*, 37(7): 851-857.
2. Cookson, R.; Dolan, P (1999) "Public Views on Health Care Rationing: A Group Discussion Study" *Health Policy* 49: 63-74.
3. Devlet Planlama Teşkilatı (2001) *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu* Ankara.
4. Ham, C. (1995) "Synthesis: What Can We Learn From International Experience" *British Medical Bulletin* 51(4): 819-831.
5. Ham, C. (1997) "Priority Setting in Health Care. Learning from International Experience" *Health Policy* 42: 49-66.
6. Honningsbaum, F. ve diğerleri (1995) *Priority Setting Processes for Health Care*, Ractcliffe Medical Press ltd. Oxford.
7. Jacobson, B.; Bowling, A. (1995) "Involving the Public: Practical and Ethical Issues" *British Medical Bulletin* 51(4):869-876
8. Kinnunen, J. ve diğerleri (1998) "Health Care Priorities as a Problem of Local Resource Allocation" *International Journal of Health Planning and Management*, 13: 216-229
9. Kitzhaber, J., Kemmy, A.M. (1995) "On the Oregon Trial" *British Medical Bulletin* 51(4):808-818.
10. Klein, B., Day, P., Redmayne, S. (1995) "Rationing in the NHS: The Dance of Seven Veils- In Reverse" *British Medical Bulletin* 51(4): 769-781.
11. Klouda, A. (1983) "Prevention is More Costly than Cure: Health Problems for Tanzania" içinde Morley, D., ve diğerleri, *Practicing for Health for All*, Oxford, Oxford University Press
12. Locock, L. (2000) "The Changing Nature of Rationing in the UK National Health Service" *Public Administration* 78(1): 91-109.
13. Ryyanen, O.P. ve diğerleri (1999) "Attitudes to Health Care Prioritisation Methods and Criteria Among Nurses, Doctors, Politicians and General Public" *Social Science and Medicine* 49: 1529-1539.
14. Schopper, D. ve diğerleri (2000) "When providers and Community Leaders Define Health Priorities: The Results of a Delphi Survey in the Canton of Geneva" *Social Science and Medicine*, 51: 335-342.

20 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:6, Sayı:1 (2003)*

15. Tatar, M. (1993) *Health for All by the Year 2000 and Primary Health Care: The Turkish Case*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Nottingham University, Nottingham.
16. Van de ven, W.P. (1996) "Market Oriented Health Care Reforms: Trends and Future Options" *Social Science and Medicine* 43(5): 655-666.
17. World Bank (1993) *Investment on Health* Washington