SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAYNAK TAHSİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR VE BU YAKLAŞIMLARIN TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİN GEÇERLİLİĞİ ÜZERİNE DÜŞÜNCELER*

Fahreddin TATAR**

I. GİRİŞ

Ekonomi biliminin ortaya çıkışını sağlayan temel olgu olan kaynakların kıtlığı olgusu sağlık sektörüne yoğunlaşmış bir alt disiplin olarak sağlık ekonomisinin doğuşuna da kaynaklık teşkil etmektedir. Hızlı teknolojik gelişim ve değişim ve çeşitlenerek artan toplumsal sağlık hizmeti talebi zaten kıt olan ulusal kaynaklar üzerindeki baskıyı daha da artırmıştır. Bu arada görünür bir gelecekte sağlık sektörü açısından kaynakların önemli bir artış göstermeyeceği de açıktır. Bu durum, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlıkta da varolan kaynaklardan maksimum yararı toplum bütünü lehine elde etmek dışında bir alternatif bulunmadığını açıkça ortaya koymaktadır.

Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu ve gelişmekte olan ülkeler olarak gruplandırılan ülkelerde sağlık sektörü varılan kalkınmışlık düzeyinin ve birçok durumda tarihsel olarak egemen ideolojik ve politik tercihlerden dolayı daha fazla kaynak kıtlığı sorunu ile karşı karşıya kalmışlardır. Nitekim, yakın geçmiş incelendiğinde, tüm söylemlere karşın sağlık sektörüne ayrılan genel ve de özellikle kamu kaynaklarının düzeyi önemli ölçüde artırılamadığı gibi zaman zaman gerileme bile göstermiştir. Sonuçta neden ve düzeyi farklı bile olsa tüm ülkeler kronik bir kaynak kıtlığı sorunuyla karşı karşıyadırlar. Bu durum kaçınılmaz bir biçimde ülkeleri varolan kaynakların etkin kullanım yollarını bulma sorun ve zorunluluğu ile karşı karşıya getirmektedir. İşte bundan dolayıdır ki aralarında ekonomistlerin de bulunduğu birçok disiplin mensupları bu kaynakların tahsis ve kullanımı ile yakından ilgilenmektedirler. Ortaya çıkan çözüm önerilerinden kaynak tahsisine ilişkin olanları işte bu tebliğin temel konusunu oluşturmaktadır.

II. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAYNAK TAHSİSİ

Bu çalışmada "sağlıkta kaynak tahsisi"nden kasdedilen şey kaynakların farklı tedavi seçenekleri (veya sağlık müdahaleleri) arasında ulusal bazda bir politika gereği ortaya çıkan tercihler doğrultusunda tahsisidir. Değilse varolan ulusal sağlık kaynaklarının kurumlar (hastaneler) ve bölgeler arası dağılımı bu çalışmanın kapsamı dışındadır.

Başlangıçta değinilen sağlıkta kaynak kıtlığı gerçeğinin (1) diğer tüm sektörlerde olduğu gibi en bariz sonucu herkesin tam tedavi olanağına kavuşamadığı veya kavuşturulamadığıdır. Bu olgunun derece farkına karşın tüm toplumların ortak sorunu olduğu söylenebilir. Bundan dolayıdır ki ulusal bazda herkesi güvence kapsamına alan ülkelerde bile

* Bu makale 12-16 Eylül 1994'de Didim'de gerçekleştirilen 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde panelist olarak yaptığım konuşmaya dayandırılarak yazılmıştır. Makale panelde gerçekleştirilen tartışmalardan ve değerli katılımcıların ortaya koyduğu görüşlerden önemli ölçüde yararlanılarak hazırlanmıştır. Burada bu görüş ve eleştiri sahiplerinin tümünün adlarıyla anılması olası değildir. Ancak tüm katkı sahiplerine teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca böylesi bir bilimsel tartışma ortamının oluşumunda aktif rol alan tüm Kongre Düzenleme Komitesi üyelerine de teşekkür ederim.

** Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara-06100.

önemli hizmet kısıntıları ile yüz yüze gelinmektedir. Bu durumun doğal sonucu ise kaynakların bölüşümü sorunudur. Kaynak bölüşümü sorunu ise beraberinde özellikle sağlık sektöründe önceliklerin saptanması yoluyla oldukça karmaşık bir karar verme sürecini zorunlu kılmaktadır. Bu noktada önemle vurgulanması gereken şey her sağlık sektöründe adı konulmuş olsun veya olmasın bir kaynak tahsisi sürecinin var olduğudur. Ancak bu sürecin yer aldığı kademe (ulusal, bölgesel, kurumsal veya klinik), bu sürecin egemen aktörleri (klinisyenler, yöneticiler, politikacılar, hastalar -tüm toplum-, veya bunların bir kombinasyonu), sürecin işleyişine önderlik eden kriterler (maliyet ve diğerleri) sistemden sisteme değişiklik göstermektedir. Kaynak tahsisi sistemleri işte bu çerçeve içinde bu çalışmaya özgü olmak üzere "geleneksel" ve "yeni" olarak iki kategoride incelenmektedir.

a) Geleneksel Kaynak Tahsisi Süreci (2)

Yukarıdaki öğelerden hareketle geleneksel kaynak tahsisi sürecini incelemek olasıdır. Geleneksel süreçte kaynak tahsisi kararlarının çoğunlukla ulusal ve bölgesel tercihlerin genel etkisi altında klinik düzeyde klinisyenler tarafından verildiği söylenebilir. Verilen kararların temelinde ise klinik yargıya paralel olarak maliyet öğesi ön plana çıkmaktadır. Nasıl tanımlanırlarsa tanımlansınlar "ihtiyaç" ve "tedavi hakkı"nın birçok ulusal sağlık sisteminde kaynak tahsisine rehberlik eden temel kriter olduğu sık sık ifade edilmektedir (Carr-Hill, 1991). Bu durumda kaynak tahsisi tartışmaları daha çok ihtiyacın değerlendirilmesi ve kimin neye ne kadar hakkının olduğunun belirlenmesi ile ilgili olmaktadır.

Ulusal sağlık sistemleri kaynak tahsisine kaynaklık oluşturan ihtiyacın belirlenmesi konusunda farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Örneğin İngiliz sağlık sisteminde (NHS) ihtiyaca göre kaynak tahsisi coğrafik alanlar baz alınarak gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (3). Bu yöntemle tahsis edilen kaynakların gerçekten ihtiyacı yansıtıp yansıtmadığı ise bir tartışma konusu olagelmiştir (Carr-Hill, 1991). Ancak aralarında İngiltere'nin de bulunduğu birçok ülkede farklı türden sağlık bakım uygulamalarının önceliklerinin saptanması konusunda pek fazla bir tartışma gündeme gelmemiştir. Bunun bir istisnası bilinen koruyucu ve tedavi edici hizmetler(4) arasındaki denge hakkındaki tartışmalardır. Acak bu konuda bile uzun bir süreden beri süregelen tartışmalara ve politik/bürokratik söyleme karşın önemli bir ilerleme kaydedildiği söylenemez.

Mevcut kaynakların kullanımı ile elde edilen hizmetler karışımının içeriğini belirleme sürecinin en önemli adımı kuşkusuz ki önceliklerin saptanmasıdır. Bu süreçte koruyucu olsun tedavi edici olsun hangi hizmetlerin ne oranda sağlanması gerektiği açık bir biçimde sorgulanmak bir yana genellikle kaynak tahsisi tartışmalarında gündem dışı kalmıştır. Sağlık finansmanında 1980'li yılların başlarından beri yüz yüze gelinen ciddi problemler ve bu problemlerin zorladığı (İngiliz NHS'indekine benzer) yeni yönetsel ve örgütsel mekanizmalar birbiriyle rekabet içindeki birçok talep arasında seçim yapılmasını zorunlu kılmıştır. İşte bu noktada uzun yıllardır sadece birkaç bilim adamının üzerinde akademik düzeyde çalıştığı bazı radikal önlemler gündeme gelmiş ve öncelikle İngiltere gibi birçok batılı ülkede halen süregelen yoğun tatışmalara yol açmıştır. Tartışma Dünya Bankası'nın sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu (DKR) (1993) ile birlikte sadece uluslararası platformlara taşınmakla kalmamış aynı zamanda aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok ülkede aktif olarak ele alınmaya başlanmıştır. Birçok alanda önemli yansımaları olan bu yaklaşım işte bu çalışmada "yeni yaklaşım" olarak nitelenmektedir.

b) Kaynak Tahsisinde Yeni Yaklaşım

Kaynakların maliyetiyle karşılaştırıldığında en yüksek çıktıyı(5) elde edecek sağlık bakım türlerine tahsis edilmesi yeni yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Buna göre farklı sağlık bakım hizmetleri arasında kaynaklar tahsis edilirken sadece bu hizmetlerin sunumu için gerekli girdilerin maliyeti değil aynı zamanda bu kaynakların tahsis edildiği sağlık bakım türünün meydana getireceği sağlık etkisi de gözönünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla bu yaklaşım beraberinde her sağlık bakım hizmetinin (tedavi yönteminin) potansiyel etkileri açısından tek tek analiz edilmesini ve böylece karşılaştırılabilir nitelikte her hizmet türü için maliyetle ilişkilendirilmiş bir katsayı üretilmesini gerektirmektedir. Bu amaca yönelik olarak birden çok teknik farklı isimlerle geliştirilmiştir. Ancak bunların hepsine birden **DODOs** (Death or Disability-and-Distress Outcomes-Ölüm veya SAkatlık-ve-Sıkıntı Çıktıları) demek mümkündür (CArr-Hill, 1991). Bu tekniklerden en yaygın biçimde bilineni ve özellikle İngiltere başta olmak üzere birçok ülkede yerel düzeyde pilot çalışmalara konu olanı Quality Adjusted Life Years (**QALYs**) (Kaliteye Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılları) olarak bilinen tekniktir (Gudex, 1986). Son yıllarda Dünya Bankası'nın benimsemiş gibi göründüğü ve belki de bu nedenle giderek yaygınlıkla tartışılan bir diğer teknik ise **DALYs** (Disability Adjusted Life Years-Sakatlığa Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılı) olarak bilinen tekniktir (The World Bank, 1993; Bobadilla, Saxenian, 1993). Bunlar ve aynı kategorideki diğer tekniklerin hareket noktası hemen hemen aynıdır. Burada bunlardan özellikle QALYs üzerinde durulacaktır.

Yeni Yaklaşımın Temel Varsayımları

Bu yaklaşımın temel hareket noktasının salğık hizmeti sunumuna ayrılacak kaynakların kıtlığı olduğu başta da belirtilmişti. Sağlıkta kaynakların nasıl tahsis edileceğine ilişkin kararlar genellikle iki düzeyde verilir. Bunlar;

a) Makro düzeyde kararlar ki bunlar daha çok belirli sağlık kuruluşlarının inşa edilip edilmeyeceği, inşa edilecekse nerede inşa edileceği, veya belli bir kamu sağlık programının finanse edilip edilmeyeceğine ilişkin kararlardır.

b) Klinik düzeyde kararlar ki bunlar hastalar adına profesyoneller tarafından verilen kararlardır. Bu kararların belli ölçüde makro düzeyde verilen kararların etkisiyle sağlanan olanaklardan etkilenebileceği düşünülse bile bu türde kararlar genelde planlama, yönetim, veya finansman ile ilişkilendirilmeden verilmektedir.

Planlama sürecinde söz konusu olan iki temel soru vardır; bunlar (a) kaynaklar farklı alanlara nasıl tahsis edilmelidir? Ve (b) farklı sağlık bakım türleri arasında göreceli öncelikler ne olmalıdır? Yeni yaklaşımın ve bu yaklaşımın uygulanması amacıyla geliştirilen tekniklerin bu çalışmada geleneksel olarak nitelenen yaklaşımdan ayrıldığı nokta temelde bu ikinci soru ile ilgilidir.

Kaynak Tahsisinde Önceliklerin Saptanması: Geleneksel ve Yeni Yaklaşımın Karşılaştırması

Kaynakların kıtlığı gerçeği var olanın verimli (efficient) kullanımını, dolayısıyla da girdi ve çıktıların karşılaştırılmasını bir zorunluluk olarak karşımıza çıkarmaktadır. Girdilerin, en azından ilke olarak, ölçülmesinde önemli bir problem sözkonusu değildir. Sorun, sağlık sektöründe çıktıların ölçülmesinde ortaya çıkmaktadır. Ancak çıktıların ölçülemediği durumlarda da verimliliği normatif yargıların ötesinde sağlamanın da yolu tıkanmış olacaktır. Bu tıkanıklığın giderilmesi için geliştirilmiş bazı yöntemler vardır (Holland, 1985; Mooney, 1986). Önce bunlar üzerinde durulacaktır (6).

Kaynak tahsisi amacıyla başvurulabilecek ekonomik değerlendirme yöntemlerinden biri ve en ilkel olanı, **Maliyet Analizi**'dir. Aynı sonucu doğurduğu kabul edilen birden çok alternatif arasından en düşük maliyetlisinin seçilmesi ile ilgilidir (Drummond, Stoddart, 1985; Mills, Gilson, 1988; Torrence, 1986). Bu yöntemin en önemli sorunu özellikle salğık hizmetleri açısından bakıldığında yöntemin pratik olmayan bir "kabul" ile yola çıkmasıdır. Vurgunun sonuçlardan çok maliyetlere yoğunlaşması da yöntemin önemli eksikliklerindendir.

Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi yukarıdaki sorunlara çözüm olarak ortaya çıkmış bir yöntemdir. Alternatif programlar arasından seçim yapılırken her bir programın hem maliyetleri hem de sonuçları gözönünde bulundurulur. Ancak buradaki temel sorun maliyetlerle birlikte sonuçların da parasal olarak ifade edilmesidir ki bu durum sağlık sektöründe çıktıların (faydalar) parasal olarak ifadesinde karşılaşılan güçlükler gözönünde bulundurulduğunda önemli bir uygulama darboğazına yol açmaktadır (Drummond, Stoddart, 1985; Drummond ve diğerleri, 1987; Green, Baker, 1988; Leger, 1992; Mills, Drummond, 1985; Mills, Gilson, 1988).

Buraya kadar sözü edilen yöntemlerin uygulanma güçlük ve sorunlarından hareketle adına **Maliyet-Etkinlik (Cost-Effectiveness)** denen bir analiz yöntemi geliştirilmiştir. Bunun diğerleri ile karşılaştırıldığında en önemli avantajı sağlık gibi faydanın değerlemesine (valuation) ilişkin problemlerin olduğu sektörlerde uygulanabilir olmasıdır. Tanımlanmış bir amaca ulaşabilmek için mevcut alternatifler arasından seçim yapmak üzere başvurulan bu yöntem ile maliyet-fayda analizinde varolan sorunlar bir ölçüye kadar giderilmiştir. Ulaşılmaya çalışılan amaç (fayda) parasal olarak değil belli sağlık hedefleri olarak ifade edilmektedir. Kurtarılan veya eklenen yaşam süresi, önlenen doğum sayısı, başarı ile sonuçlanan uyuşturucu bağımlısı tedavisi sayısı gibi hedefler örnek olarak verilebilir. Bu yönteme yöneltilen en önemli eliştiri ise yöntemin saptanan hedefin (amaç) geçerliliğini sorgulamamasıdır. Varsayım saptanan amacın tüm koşullarda varılmaya değer olduğudur. Diğer bir eleştiri ise müdahale sonuçlarının parasal olarak ifade edilmemesi ve bu nedenle de karar vericilere aynı amaca yönelik farklı programlar arasından seçim yapma olanağı vermemesidir (Bu paragrafa ilişkin ayrıntı için Cochrane, 1972; Cullis, West, 1979; Drummond ve diğerleri, 1987, Drummond, 1987; Gaspari, 1983; Mills, Drummond, 1985; Prescott, Warford, 1988; Sorkin, 1988 gibi eserlerden yararlanılabilir).

Buraya kadar sözü edilen yöntemlerin ortak eksikliği müdahale sonucu bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişimi bir bütün olarak ele almaması ve sadece tıbbi (klinik) değerleme ile yetinmesidir. Bu önemli boşluğun doldurulması amacıyla **Maliyet-Utilite (Cost-Utility)** analizi geliştirilmiştir. Bu tekniği öncekilerden ayıran temel nitelik ise bu teknikte müdahale sonucu gerçekleştirilen sağlık iyileştirmesinin değerlemesine çalışılmasıdır. Bu tekniğin konuya ilişkin problemleri giderdiği iddia edilemez ancak bilinen o ki bu tekniğin giderek yaygınlaşan bir kullanım alanı bulduğu ve giderek artan ölçüde kabul gördüğüdür. Günümüzde gelinen noktada ise tartışmalar gerçekleştirilen sağlık iyi-

leştirmesinin değerleme sürecine ilişkindir. Aralarında Drummond'un (1989) da bulunduğu birçok ekonomist klasik maliyet-utilite analizlerini büyük ölçüde dar tıbbi kapsamlı değerlendirmelere (cinical trials) dayalı oldukları için yetersiz görmektedirler. Çünkü bu analizler hastanın veya yakınlarının müdahale sonucu işe dönebilmeleri gibi fonksiyonlarına ilişkin bir değerlendirmeyi içermemektedir. Kısaca belirtilen bu eleştirilerden dolayı sağlık müdahale veya programlarının yarattığı etki açısından kapsamlı bir tanımın çıkarılması gerektiği savunulmuştur. Sonuç, bugün üzerinde tartışmaların giderek yoğunluk kazandığı indeksleri ve buna dayalı olarak geliştirilen QALY ve DALY gibi teknikler olmuştur.

QALY
(Quality Adjusted Life Year-Kaliteye Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılı)

QALY daha önce de değinildiği gibi yaygınlıkla bilindiği için burada benzeri diğer teknikleri de temsil edebileceği ve bu tekniklere temel oluşturan felsefenin ortaya konmasına yardım edebileceği gerekçesiyle incelenmek üzere seçilmiştir. Bu tekniklerin temelinin 1970'li yılların başlarında ABD ve Japonya'da sosyal indikatörlerin geliştirilmesi programlarının bir parçası olarak ortaya çıkan **LE-ADDs** (Life Expectancies Adjusted for Disability and Distress) olduğu söylenebilir (Carr-Hill, 1991). Sağlıkta yaşamsüresi ile yaşam kalitesinin birleştirildiği bir indikatör geliştirme görüşü ise temelde 1980'li yılların bir ürünü olarak görülebilir. Ancak sağlıkta diğer ekonomik değerlendirme tekniklerinde olduğu gibi böyle bir indeks geliştirmenin ve bunu kullanmanın ele alınması gereken birçok yönü vardır. İşte bu bölümde tekniğin tanıtılmasından başlanarak bu türde tartışmalara yer verilecektir.

Daha önce de değinildiği gibi QALY bir sağlık çıktı ölçütü olarak ortaya çıkmıştır. Bu ve benzeri ölçütlerin en temel özelliklerinden biri ise "yaşam kalitesinin(7)" farklı öğelerini gözönünde bulundurarak sayısal olarak ifade edilebilen ve böylece karşılaştırılabilen bir tek sonuca varmasıdır. Bu çıktı (outcome) ölçümü girdilerle birleştirilerek bir dizi sağlık bakım prosedürünün karşılaştırılabileceği bir temel birim elde edilir. Daha matematiksel bir ifadeyle "maliyet/QALY" formülasyonu ile elde edilen rakamlar kaynak tahsisinde kriter olarak kullanılabilir.

Böyle bir kriterin en can alıcı noktası şüphesiz herhangi bir müdahalenin hem yaşam kalitesi hem de kazanılan yaşam süresi açısından bir değerlemesinin yapılmasıdır. Bu değerlemenin özellikle "yaşam kalitesi" ile ilgili bölümü üzerindeki çalışmaların tarihi daha eskilere dayanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak daha önce **the Karnofsky Index, the Nottingham Health Profile ve the Canadian Heart Association Classification of Angina** gibi klinik skalalar geliştirilmiştir. Aşağıda bunlara örnek olması amacıyla the Nottingham Health Profile sunulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Nottingham Sağlık Profili: Boyutlar, İfadeler ve Ağırlıklar

Fiziksel Hareketlilik	
Eşyaya ulaşımda güçlük çekiyorum	9.30
Eğilme güçlüğü çekiyorum	10.57
Merdiven veya basamak inmek ve çıkmakta zorlanıyorum	10.79
Uzun süre (örneğin mutfak lavabosunda, otobüs beklerken) ayakta durmakta zorlanıyorum	11.20
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	11.54
Kendi kendime giyinmekte zorlanıyorum	12.61
Dışarıda yürüyebilmek için (örneğin yürümeme yardımcı olacak bir aletin veya bana destek olacak birinin) yardımına ihtiyacım var	12.69
Hiçbir biçimde yürüyemem	21.30
TOPLAM	100.00
Ağrı	
Merdiven veya basamakları inip çıkmak bana ağrı veriyor	5.83
Ayakta dururken ağrı çekiyorum	8.96
Pozisyon değiştirmek ağrılı oluyor	9.99
Otururken ağrı çekiyorum	10.49
Yürürken ağrı çekiyorum	11.22
Geceleri ağrım oluyor	12.91
Dayanılmaz ağrılarım var	19.74
Sürekli bir ağrı içindeyim	20.86
TOPLAM	100.00
Uyku	
Sabahın erken saatlerinde uyanıyorum	12.57
Uykuya dalmam uzun bir zaman alıyor	16.10
Geceleri rahatsız uyuyorum	21.70
Uyumama yardımcı olacak uyku ilaçları alıyorum	22.37
Gecenin büyük bir bölümünde uyanık kalıyorum	27.26
TOPLAM	100.00

Enerji

Kısa sürede enerjisiz kalıyorum 24.00
Herşey (zorlu) bir çaba gibi geliyor 36.80
Her zaman yorgunum.....39.20
TOPLAM 100.00

Sosyal İzolasyon

İnsanlarla geçinmekte zorluk çekiyorum.....15.97
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum 19.36
Yakın olduğum hiç kimse yokmuş gibi geliyor.....20.13
Yalnızlık hissediyorum 22.01
İnsanlara bir yük olduğumu hissediyorum.....22.53
TOPLAM 100.00

Duygusal Reaksiyonlar

Günler geçmiyor gibi 7.08
Sıkkın hissediyorum.....7.22
Yaşamdan zevk almanın nasıl birşey olduğunu unuttum 9.31
Bugünlerde kendimi çabuk kaybediyorum.....9.76
Etrafımdaki şeyler beni mutsuz ediyor 10.47
Sıkıntılar içinde uyanıyorum 12.01
Endişe beni geceleri uykusuz bırakıyor 13.95
Sanki kontrolü yitiriyormuşum gibi geliyor....13.99
Yaşamaya değmez olduğunu hissediyorum ...16.21
TOPLAM 100.00

Kaynak: Drummond (1989).

QALY hesaplamalarında biri yaşam kalitesine diğeri de yaşam süresine (survival) ilişkin iki set veriye gereksinim duyulur. Bunlardan birincisinin yaygın biçimde başvurulan veri kaynağı geliştirilen hastalık durumu skalaları, indeksler veya profillerdir. Nottingham Health Profile'da olduğu gibi bu tür veri kaynaklarının kapsadığı temel alanlar (a) (hareketlilik, işi etkileme, ev işi gibi alanlarda) sosyal ve fiziksel sakatlıklar (disability) ve (b) (ağrı, duygusal durum, yaşamdan memnuniyet gibi konulara ilişkin) sıkıntılardır. Bu verilerin kişilerin değerlemelerine dayandırıldığı gözönünde bulundurulmalıdır. Bu amaca yönelik olarak geliştirilen bir formatla önce kişilerin belli hastalık durumları hakkındaki düşünceleri (değerlemeleri) alınıp daha sonra bunlar karmaşık ekonometrik süreçlerden geçirilerek 0 (sıfır) ile 1 (bir) arasında değişen katsayılara dönüştürülmektedir (Tablo 2). Burada sıfırın anlamı "ölüm", birin anlamı ise "tam sağlıklı olma"ya denk gelmektedir. Tabloda 0 ile 1 aralığı dışında kalan bazı negatif değerler de vardır ki bu değerler "kişilerin ölümden de kötü" veya "ölümü tercih edecekleri durumlar" olarak yansımaktadır. Kaynak tahsisi kararlarında kullanılabilecek nihai ürün ise her prosedürün QALY başına maliyetlerinin sunulduğu maliyet/QALY lig tablosunun oluşturulmasıdır (Tablo 3)(8).

Tablo 2. QALY Hesaplamaları İçin Utilite Skalası

	Sıkıntı			
Sakatlık	1	2	3	4
1	1.00	0.96	0.99	0.97
2	0.99	0.99	0.97	0.93
3	0.98	0.97	0.96	0.91
4	0.96	0.96	0.94	0.87
5	0.95	0.94	0.90	0.70
6	0.88	0.85	0.68	0.00
7	0.68	0.56	0.00	-1.49
8	-1.03	-	-	-

Kaynak: Rosser, 1990.

QALY: Kaynak Tahsisinde Bir Demokratik Platform mu? Profesyonel Egemenliğin Sonu mu?

Yukarıda da belirtildiği gibi QALY hesaplamalarının en önemli adımı herhangi bir müdahale öncesinde ve sonrasında hastanın sakatlık (disability) ve sıkıntı (distress) düzeyinin ölçülmesi adımıdır. Bir başka anlatımla müdahale öncesi ve sonrası sağlık profilinin ortaya konması gerekmektedir. Bununla kişinin yaşam kalitesi statüsü belirlenecektir. Geniş çaplı tartışmalara neden olan bu süreçte kimlerin görüşüne başvurulacağı, üzerinde önemle durulan konuların başında gelmektedir. Bunun açık cevabının ilk etapta profesyoneller olduğu söylenebilir ancak QALY'i dizayn edenlerin görüşü bu konuda demokratik olarak nitelenebilecek bir platform yaratılması ve aralarında profesyonellerin de bulunduğu geniş bir toplum kesimine ulaşılması gerektiğidir (Williams, 1987). Profesyoneller dışı toplum kesiminin hasta ve hasta yakınları olduğu

Tablo 3. QALY Başına Maliyet Ligi Tablosu.

	Hasta Başına QALY (%5 İndirimli)	Hasta Başına YıllıkMaliyet(£)	Toplam Maliyet (%5 İndirimli)(£)	QALY Başına Maliyet (£)
Devamlı Ayaktan Peritoneal Diyaliz (4 Yıl)	3.4	12,866	45,676	13,434[a]
Hemodiyaliz (8 Yıl)	6.1	8,569	55,354	9,075[a]
Cystic Fibrosisin Ceftazidime ile Tedavi (22 yıl boyunca)	0.4	250	3,290	8,225[a]
Böbrek Nakli (10 Yıl sürecek)	7.4	10,452	10,452	1,413[b]
Omuz kemiğinin yenilenmesi (Sholder joint replacement) (10 yıl sürecek)	0.9	533	533	592[b]
Skolyoz (scoliosis) ameliyatı				
İdyopatik adolesan	1.2	3,143	3,143	2,619[b]
Neuromuscular hastalık	16.2	3,143	3,143	194[b]

a Yıl boyu maliyetleri ve vaka başına yıllık QALY'leri ifade etmektedir.

b Vaka başına bir defalık maliyetleri ve bir vaka boyunca indirimli faydalarını ifade etmektedir.

Kaynak : Rosser, 1990.

düşünüdüğünde bu durumda potansiyel olarak toplumun tümünden söz edilmektedir. Bu da beraberinde örneklem zorunluluğunu getirmektedir. Nitekim şimdiye kadar yapılan QALY hesaplamalarında başvurulan örneklem büyüklüğü oldukça sınırlı kalmıştır (Örneğin York Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir çalışmada çoğunluğunu profesyonellerin oluşturduğu 70 kişilik bir örnekleme dayanılmıştır).

Neredeyse toplumun tümünü içeren, daha doğrusu toplumun her kesiminin duygu ve düşüncelerini temsil eden bir örneklem tekniğine başvurmanın temelinde derin ideolojik ve felsefi tartışmalar yatmaktadır. Bu çalışmanın amaç ve sınırları bu konuda ayrıntıya girilmesine izin vermemektedir. Bu nedenle konunun büyük ölçüde hasta-doktor ilişkisiyle (agenciy-principal relationship) ilgili olduğuna işaret edilebilir. Ayrıca sağlığın bireycilik (individualism) yaklaşımı gereği piyasada "ödeme istek ve gücüne" dayalı olarak mı, yoksa bunlardan uzak "ihtiyaç" ölçütüne dayalı olarak mı sağlanması gerektiği konusundaki köklü tartışmaların etkisine de değinmekte bu noktada yarar vardır (Williams, 1987). QALY tekniğinin ileri gelenlerinden biri olan Williams'ın savunduğu gibi hangi ideolojik ve felsefi parametrelere dayalı olarak işlerse işlesin sonuçta her sağlık bakım sisteminde ileriye yönelik sağlık bakım yararları hakkında önemli ölçüde informasyon sağlanması ve bu informasyonun dağıtılmasına gereksinim vardır. Williams'a göre bu gereksinimin temel nedenleri aşağıdakilerin herhangi bir kombinasyonu olabilir:

a) Kendi sağlık ve refahlarını doğrudan etkilediği için bireyler farklı tedavi seçeneklerinin göreceli yararlarını (merits) kendileri sorgulayabilecek duruma gelmelidirler.

b) Bu yararlar hakkında hastalarına tavsiyede bulunabilmeleri için doktorlar bilgilendirilmelidirler.

c) Toplumlara ellerindeki sağlık kaynakları ne olursa olsun bu kaynakların kullanımında önceliklerini rasyonel bir biçimde saptama olanağı verilmelidir.

d) Doktorların, yöneticilerin ve politika belirleyicilerin karar ve eylemlerinin daha iyi gözlenmesine olanak verilmelidir ki böylece bu gruplar ilgili bulundukları müşterilerine (hastalar, yerel topluluklar, politika belirleyicileri, vergi mükellefi vatandaşlar) karşı daha etkin bir biçimde sorumlu tutulabilsinler.

Görüldüğü üzere bu yaklaşım bir bakış aşısıyla "hekimin yaptığı herşey hastanın iyiliğinedir" tarihsel inanışının reddi olmasa bile değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu girişimle ortaya atılan soru şöyle ifade edilebilir: "Hekimlerin klinik düzeyde verdikleri kişisel karar ve eylemler toplumsal sağlık açısından en optimum olanı mıdır?". İşte yeni yaklaşımın özellikle bu soru çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

DALY
(Disability Adjusted Life Year-Sakatlığa Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılı)

Dünya Bankası 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda gelişmekte olan ülke hükümetlerinin, katlanılabilir bir maliyetle hastalık yükünü (burden of disease)[9] azaltmak üzere temel kamu sağlığı ve klinik hizmetleri içeren ulusal bir sağlık paketini dizayn ve finanse etmelerini önermektedir. Bu önerinin kabul görmesi, hükümetleri mevcut sağlık hizmetlerinden elde ettikleri çıktıyı gözden geçirme ve böylece kaynakların en maliyet-etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere yeniden tahsis etmek konusunda bir zorunluluk ile karşı karşıya getirecektir.

Bir ülkede temel sağlık paketinin oluşturulmasındaki ilk basamak sağlık müdahalelerinin maliyet-etkinliğinin saptanmasıdır. Maliyet-etkinlik bu bağlamda, hiçbirşey yapılmaması ile karşılaştırıldığında bu müdahale ile elde edilen net kazancın o hizmetin maliyetine bölünmesi ile bulunan rakamsal ifade olarak ele alınmaktadır. Ancak bilindiği üzere bugün binlerce sağlık bakım prosedürünün çok az bir bölümü için maliyet-etkinlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan hareket edildiğinde bile önemli ölçüde yol alınması olasıdır.

Maliyet-etkinlik nasıl belirlenir? Hem maliyet hem de sağlık etkilerinin beraberce kullanılabildiği bir ölçü bulunduğunda farklı müdahaleler ilave sağlıklı bir yaşam yılı üretebilmek için gerekli maliyet açısından karşılaştırılabilir. Çıktılar (outcomes) hastalık yükü'nde olduğu gibi DALYs olarak hesaplanır. Bu durumda maliyet ve etki rasyonu, veya bir DALY'nin birim maliyeti bir müdahalenin maliyet-etkinliği olarak anılır. Bu rakam düştükçe o müdahalenin maliyet-etkinliği artar.

Bu yaklaşımın faydasına karşın, günümüze kadar bilinen binlerce tıbbi prosedürün sadece birkaçı maliyet-etkinlik açısından bir değerlemeye tabi tutulmuştur. Böyle olmasına karşın değerlemeye tabi tutulan müdahaleler dünyanın hastalık yükünün yarısından fazlasını ilgilendirmektedir. Sadece bunlardan en maliyet-etkin olan 20'sinin uygulanması durumunda bile toplam yükün yüzde 40'ı ile çocuk ölümlerinin % 75'ini önlemek olasıdır. DKR'nın maliyet-etkinlik hesaplamaları büyük ölçüde Jamison ve diğerlerinin hazırladıkları "Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastalık Kontrol Öncelikleri" adlı çalışmadan alınmıştır. Bu tahminlerin büyük ölçüde gelişmekte olan ülkelerdeki gerçek koşullara dayandırıldığı belirtilmektedir.

DKR çeşitli müdahaleler arasında çok önemli maliyet ve etkinlik farklılıkları belirlemiştir. Bu da açık bir şekilde böylesi hesaplamaların yapılması gerekliliğini vurgulamaktadır. Ve buradan hareketle varılan ussal çıkarım müdahalelerin değeri bu kadar farklılık gösterdiği için kötü kaynak tahsis kararları yaşamlara mal olmaktadır. Örneğin tüberkülozun kemoterapisine 100.000 $ harcanarak 35.000 DALY elde edilebilir, çünkü bununla sadece 500 kişinin yaşamı kurtarılmış olmayacak ama ayı zamanda bu 500 kişinin diğer insanları da enfekte etmesi önlenmiş olacaktır. Öte yandan aynı miktarda para harcanarak şeker hastalığının tedaviye çalışılması sonucu sadece 400 DALY kazanılmaktadır çünkü bu durumda bu hizmetlerden 500 kişi yararlanmakta ancak bu hastalardan herbirinin kazanacağı sağlıklı yaşam süresi bir yıldan az olmaktadır. Bu yöntemle başkalarına önemli bir yarar sağlanmayacağı da gözardı edilmemesi gereken bir husustur.

Buna ilaveten, sonuçlar, bir kez daha, birçok en mliyet-etkin müdahalenin karakter itibariyle ya koruyucu nitelikte ya da temel sağlık (primary health care) kategorisine girdiğini göstermektedir. Örneğin, çocukluk malnütrisyonunu ve temelde infeksiyon hastalıklarından kaynaklanan çocuk ölümlerini düşürmeyi amaçlayan programlar birincil sağlık bakım programlarınca desteklenmeye devam edilmelidir.

Ancak, bulgular aynı zamanda her koruyucu nitelikteki müdahalenin en maliyet-etkin sağlık müdahaleleri arasında olmadığını göstermiştir. Bu türden müdahalelere örnek olarak sıtmanın kontrolüne yönelik ilaçlama, su ve sanitasyon yatırımları verilebilir. Öte yandan şimdiye kadar ihmal edilen birçok müdahale ise çok maliyet-etkindir. Buna örnek olarak da tüberküloza karşı kemoterapi, entegre edilmiş prenatal ve doğum bakımı, çocukların topluca bağırsak kurtlarından arındırılmasına (deworm) yönelik programlar, AIDS ile mücadele için kondom ve informasyon ve eğitim ve sigara ürünlerine tüketici vergisi ile eğitim gibi sigaraya karşı önlemler verilebilir.

III. YENİ YAKLAŞIMIN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ ÜZERİNE DÜŞÜNCELER

Yeni yaklaşımın Türkiye'de uygulanabilirliği tartışmalarından önce burada belirtilmesi gereken

şey "geleneksel" ve "yeni" sözcükleriyle nitelenen yaklaşımların biribirinin alternatifi olmayıp bu alandaki gelişim sürecinde birbirini izleyen iki zincir halkası olduğudur. "Geleneksel" sürecin başlamasına ve işlemesine olanak verecek felsefi ve entelektüel aşamayı gerçekleştiremeyen toplumlarda "yeni"nin uygulanma, uygulanmaya başlansa bile başarıya ulaşma şansı oldukça düşük olacaktır. Bu çerçevede Türkiye'nin durumu nedir?

Türk sağlık sistemi bir bütün olarak ancak 1980'li yılların sonlarına doğru "geleneksel" yaklaşımın temel kavramlarıyla tanışmaya başlamıştır. Ortaya atılan reform düşüncesi ve çalışmaları çerçevesinde maliyet ve verimlilik kavramları sık sık anılmaya başlanmıştır. Ancak bugün gelinen noktada bile Türk sağlık sisteminde bu ve benzeri kavramların uygulamaya ilişkin yansımaları açısından önemli bir gelişme kaydedilemediği söylenebilir. Ulusal bazda hangi hizmet veya hizmet gruplarına ağırlık verilmesi gerektiği konusunda sistematik bir sorgulama sürecinin yokluğu temel sağlık kurumlarının (Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Sosyal Sigortalar Kurumu v.b.) henüz kaynak/çıktı formülasyonuna dayalı bir öncelikler saptama gereksinimi duymadıklarının bir göstergesi olarak nitelenebilir. Bunun birbiriyle iç içe çeşitli tarihsel, felsefi, mesleki, sosyo-kültürel nedeni vardır ancak burada belirtilmek istenen hangi neden veya nedenlerden olursa olsun ortada önemli bir felsefe ve tutum boşluğu bulunduğudur. Böyle bir ortamda "geleneksel" yaklaşımın anlaşılması ve benimsenmesi sürecinin bir ileri aşaması olarak düşünülmesi gereken "yeni"ye geçme planları ciddi uygulama ve bundan da önemlisi benimsenme sorunları ile yüz yüze gelecektir.

Yeni olsun geleneksel olsun hangi yaklaşım çerçevesinde alınırsa alınsın tüm kaynak tahsisi kararlarının temelinde yer alması gereken soru herhangi bir girişimin getirisi ile götürüsünün dikkate alınması gerekliliğidir. Yeni yaklaşımın temelini oluştaran tekniklerin uygulanması (eğer başka toplumlar için elde edilmiş sonuçlar Türkiye'de de geçerlidir savından hareket edilmezse) kuşkusuz önemli ölçüde kaynak gerektirecektir. Bu kaynağın önemli bir bölümünü insangücü yatırımı oluşturmaktadır ki bunun sağlanması sadece parasal olarak ifade edilebilecek kaynak ile ilgili olmayıp aynı zamanda orta ve uzun dönemli olarak ifade edilebilecek zaman kaynağı ile de ilgilidir. Diğer önemli bir bölüm ise informasyon sistem ve teknolojisi ile ilgilidir ki bu konuda özellikle kamu sağlık sektörünün mevcut durumu yorum gerektirmeyecek kadar açıktır. Tüm bu düşüncelerin ötesinde ülke üst sağlık yönetim kadrosu "yeni" yaklaşımın gerektirdiği tekniklerden uygulamada yararlanmaya karar vermiş ise bu durumda, diğer tüm kaynak tahsisi kararlarında olduğu gibi, bu kararının da maliyet-etkin (cost-effective) olduğu konusunda hem kendisini hem de toplumu ikna etme sorumluluğunu yerine getirmelidir.

Bu yaklaşımın Türkiye'de uygulanabilirliği konusunda bir dizi düşünce gündeme getirilebilir ancak konu yoğunluğunu kaybetme riskinden dolayı burada sadece son bir düşünceye daha yer verilecektir. Sağlıkta kaynak tahsisi kararları adı ne olursa olsun karmaşık bir sosyo-kültürel etkileşim sisteminin etkisi altındadır. Bunun toplumdaki en genel anlamıyla egemen ideolojik eğilimlerden de önemli ölçüde etkilendiği belirtilmelidir. Bu çalışmada adına "yeni" denen yaklaşımların teknolojisi sadece buz dağının su üstünde kalan bölümü olarak görülmelidir. Su altındaki yığın ise konuya ilişkin bu türdeki sosyo-kültürel ve ideolojik tartışmalar ile ilgilidir. Bundan dolayıdır ki ne "geleneksl" ne de "yeni" yaklaşımların herhangi bir toplumda sağlığa ayrılan kaynakların tahsisinde topyekün uygulandığına rastlamak olası değildir. Özellikle "yeni" yaklaşımın henüz konjenital olarak nitelenebilecek teknik ve etik problemlerden soyutlanmamış bir bebek olduğu düşünüldüğünde bu yaklaşımın anavatanları olarak nitelenebilecek Kanada, İngiltere ve A.B.D. gibi ülkelerde bile henüz yaygınlıkla uygulamaya yansımadığını görmek pek şaşırtıcı gelmemektedir. O halde yapılması gereken belki de henüz Türkiye'den hemen her alanda daha ileri kabul edilen toplumlarda bile **maliyet-etkinliği ve toplumsal kabul edilebilirliği** test edilmemiş yaklaşımları ulusal bazda uygulamaya sokmak değil ancak bunun Türkiye'de uygulanabilirliğinin araştırılması için hem pratik hem de akademik alanda tartışmaları başlatmak olmalıdır. Bu arada yapılması gereken şeylerden biri de elbetteki neredeyse evrensel anlamda bilimsel geçerliliği kabul edilen sonuçlardan da kaynak tahsisi kararlarında yararlanmaktır. Bu sonuçlara örnek olarak Dünya Bankası'nın bazı DALY hesaplamaları verilebilir. Ancak böylesi bir yaklaşımla birgün sosyo-kültürel dokumuzla uyumlu bir "yeni" kaynak tahsisi versiyonumuzu geliştirmemiz olanaklı olabilecektir.

IV. SONUÇ

Gelişmişlik farkına bakılmaksızın bugün tüm ülkeler diğer sektörlerde olduğu gibi sağlıkta da önemli ölçüde kıt kaynak sorunu ile karşı karşıyadırlar. Bu sorun beraberinde mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanımı zorunluluğunu getirmektedir. Bu zorunluluk sağlığa ayrılan kaynakların sağlık hizmetlerine olan talep ve ihtiyacı karşılayamaması olgusu ile birleştiğinde önceliklerin saptanması yoluyla bir kaynak tahsisi mekanizması

geliştirilmesi gereğini doğurmaktadır. Tüm bunlar son yıllarda mevcut (geleneksel) kaynak tahsisi süreçlerinin sorgulanması sonucunu doğurmuştur. Sağlıkta çıktının (outcome) hem yaşam süresi hem de yaşam kalitesini gözönünde bulunduran birleşik göstergelere dayalı olarak ölçülmesi çaba ve girişimleri kaynak tahsisi problemlerine cevap olacak biçimde çeşitli tekniklerin doğmasına yol açmıştır. İşte QALY ve DALY gibi teknikler bu sorgulama sürecinin bugün yoğunlukla tartışılan ilk meyveleridir. Geleneksel kaynak tahsisi problemlerine cevap olmak iddiasında olan bu yeniliklerin kendileri de belli teknik, yönetsel ve felsefi problemlere sahiptirler. Burada, bu çalışmanın amacını aştığı için, bunlardan sadece bazılarına kısaca değinilmiştir. Buradaki ana amaç ise bu yeni gelişmeleri genel hatlarıyla özetleyerek benimsenmeleri durumunda meydana getirebilecekleri önemli radikal etkilere dikkatleri çekmek ve böylece Türkiye'de konuya akademik platformlarda önemle eğilme gereğine işaret etmek olmuştur. Aksi halde akademisyenler bir kez daha radikal bir değişim sürecinin öncü aydınlatıcıları olma fırsatını kaçırarak sadece politik ve bürokratik yollarla uygulamaya konmaya çalışılan bir sürecin arkasından eleştirmenler olma konumuna düşeceklerdir.

KAYNAKLAR

1. Bobadilla, J., Saxenian, H. (1993) "Designing an Essential National Health Package" **Finance & Development.** 30 (3). September. pp. 10-13.
2. Carr-Hill, R. A. (1991) "Allocating Resources to Health Care: Is the QALY (Quality Adjusted Life Year) A Technical Solution to a Political Problem?" **International Journal of Health Services,** 21 (2). pp. 351-363.
3. Cochrane, A. (1972) **Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service.** London, Burgers and Son Ltd.
4. Cullis, J.; West, P.A. (1979) **The Economics of Health. An Introduction.** Martin Robertson.
5. Drummond, M.F., (1987) **Principles of Economic Appraisal in Health Care.** Oxford, Oxford University Press.
6. Drummond, M.F. (1989) "Output Measurement for Resource Allocation Decisions in Health Care" **Oxford Review of Economic Policy.** 5 (1). pp. 59-74.
7. Drummond, M.F., et al. (1987) **Methods for the Economic Evaluation of Health Programmes.** Oxford, Oxford University Press.
8. Drummond, M.F.; Stoddart, G.L. (1985) "Principles of Economic Evaluation of Health Programmes" **World Health Statistics Quarteriy.** 38. pp. 355-367.
9. Gaspari, K. C. (1983) "The Use and Misuse of Cost Effectiveness Analysis" **Social Science and Medicine.** 17 (15). pp. 1043-1046.
10. Green, A.; Barker, C. (1988) "Priority Setting and Economic Appraisal: Whose Priorities-The Community or the Economist?" **Social Science and Medicine.** 26 (9). pp. 919-929.
11. Gudex, C. (1986) **QALYs and Their Use by he Health Service.** University of York, Centre for Heath Economics Discussion Paper 20.
12. Holland, G. (1985) **Techniques of Health Status Measurement Using A Health Index.** London, Office of Health Economics.
13. Leger, A. S. ve diğerleri (1992) **Evaluating Health Services' Effectiveness.** Milton Keynes, Open University.
14. Mills, A.; Drummond, M. F. (1985) "Economic Evaluation of Health Programmes. Glossary of Terms" **World Health Statistics Quarterly.** 38 (4).
15. Millis, A.; Gilson, L. (1988) **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit.** London, EPC Publications No 17.
16. Mooney, G. (1986) **Economics, Medicine and Health Care.** Brighton, Wheatsheaf Books Ltd.
17. Patrick, D. (1986) "Measurement of Health and Quality of Life" in D. L. Patrick and G. Scambler (Eds.), **Sociology as Applied to Medicine.** Eastbourne, Bailliere Tindall.
18. Prescott, N.; Warford, J. (1985) "Economic Appraisal in the Health Sector" in Lee, K.; Mills, A., **The Economics of Health in Developing Countries.** Oxford, Oxford University Press.
19. Rosser, R. (1990) "From Health Indicators to Quality Adjusted Life Years: Technical and Ethical Issues" in A. Hopkins and D. Costain (Eds.), **Measuring the Outcomes of Medical Care.** London, Royal College of Physicians.
20. Sorkin, A. (1988) "Cost Benefit and Cost Effectiveness Analysis of Health Programmes" in Reinke, W.A., **Health Planning for Effective Management.** Oxford, Oxford University Press.
21. Tatar, M. "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme" **Verimlilik Dergisi"**ne yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.
22. Torrance, G.W. (1986) "Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal" **Journal of Health Economics.** 5. pp. 1-30.
23. Williams, A. (1987) "Measuring Quality of Life" in G.T. Smith (Ed.) **Health Economics: Prospects for the Future.** London, Croom-Helm.
24. The World Bank (1993) **World Development Report. Investing in Health.** Oxford University Press.

NOTLAR

1. Bu noktada "sağlıkta kaynak kıtlığı probleminin" temelinde ideolojik ve politik tercihlerin yattığı savı ileri sürülebilir. Bu sava burada aşağıdaki nedenlerden dolayı yer verilmeyecektir.

a) Sağlığa ayrılacak kaynaklar teorik (ve de ütopik) en üst noktasına ulaştığında bile halen ekonomik anlamda "kıtlık" sorunu var olacaktır. Bu birçok olguyla açıklanabilir ama bunlardan bir bölümünün tıp uygulaması ve teknolojisi ile ilişkili olduğu belirtilmelidir.

b) Bu çalışma ulusal kaynaklardan ne kadarının hangi mekanizmayla sağlığa ayrılması ile ilgili olmayıp ayrılan global kaynağın farklı tedavi yöntem ve sağlık müdahale tiplerine tahsisi ile ilgilidir.

2. "Geleneksel/yeni" ikilisine dayalı bir sınıflama bu çalışmada pratik nedelerden dolayı yapılmaktadır. Değilse literatürde böylesi bir sınıflama yer almamaktadır.

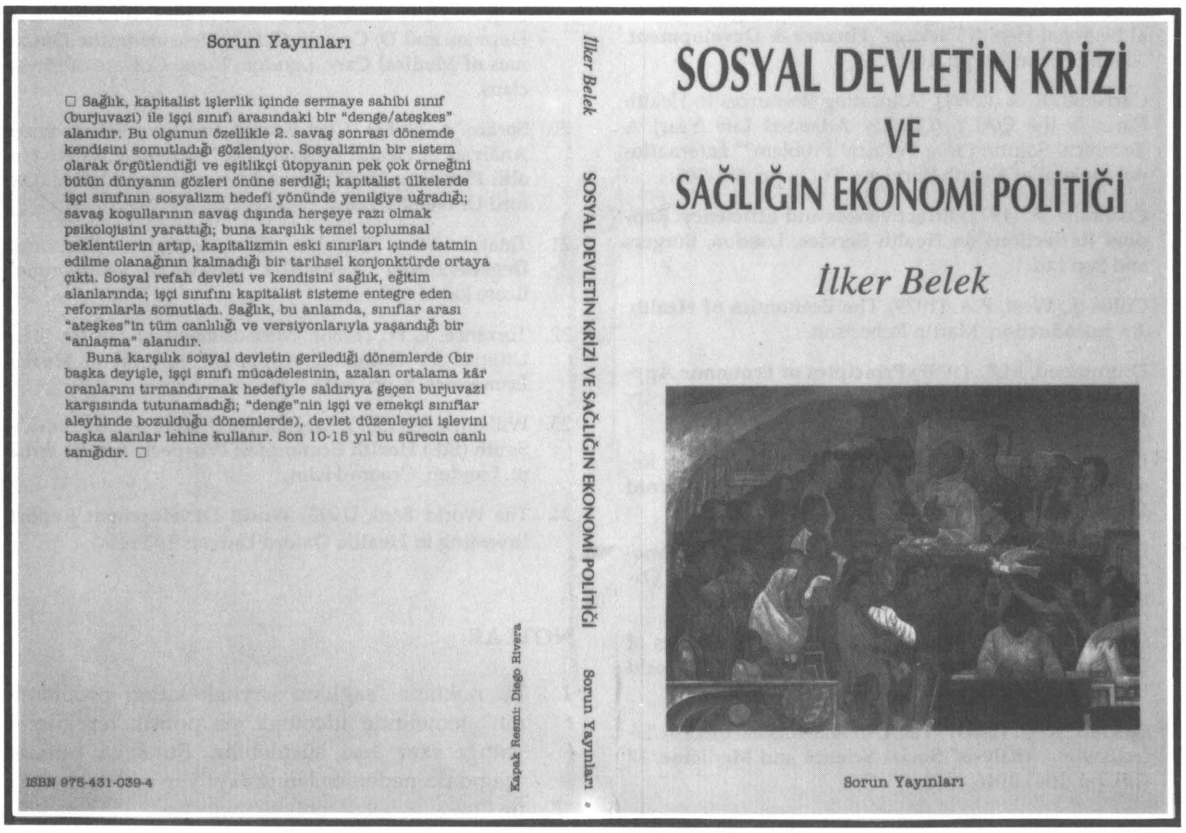
3. İngiltere'de adına RAWP (Resource Allocation Working Party) denen bir formül ile kaynaklar coğrafik bölgelere göre ancak bu coğrafyalar arasındaki mortalite, morbidite ve demografik göstergeler gözönüne alınarak tahsis edilmektedir.

4. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında başvurulan taksonomilerden biri olan koruyucu ve tedavi edici ayırımı, sağlığın bütüncül (holistik) bir kavram olduğu ilkesine ters düştüğü için eleştirilere açık duruma gelmiştir. Bu çalışmada bu eleştirilerin haklılığı kabul edilmekle birlikte pratik amaçlara hizmet ettiği gerekçesiyle yine de böylesi bir sınıflamaya başvurulmaktadır.

5. Tersine bir açıklama yapılmakdıkça bu çalışmada kullanılan "çıktı" sözcüğü İngilizce'deki "output" değil "outcome" yerine kullanılmaktadır.

6. Ekonomik değerlendirme yöntemlerinin sağlık sektörüne uyarlanmasına ilişkin daha ayrıntılı bilgi için Tatar (1994)'e bakılabilir.

7. "Yaşam Kalitesi" kavramı için bu yazıdaki diğer eserlerin yanısıra Patrick (1986)'den de yararlanılabilir.

8. QALY hesaplamaları için ayrıntılı ve karmaşık analiz tekniklerine gereksinim vardır. Burada ayrıntısına girilmeyen bu hesaplara teknik ve aşamalar için Gudex (1986) ve Rosser (1990) gibi kaynaklardan yaralanılabilir.

9. "Hastalık yükü", ölüm, hastalık veya yaralanma sonucu oluşan sağlıklı yaşam (sakatlıktan uzak) süresinde meydana gelen gelecek kayıpların bugünkü değerini ifade etmek için kullanılmaktadır.