



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEME:
ARNAVUTLUK MOTHER TERESA ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Megi XHAXHAJ

**Samsun
Ekim – 2019**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEME:
ARNAVUTLUK MOTHER TERESA ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Megi XHAXHAJ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN**

**Samsun
Ekim - 2019**

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Megi XHAXHAJ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN Danışmanlığında hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Arnavutluk Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi Uygulamalarının İncelenmesi.” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından /..... /..... tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

..... / /.....

Unvanı Adı SOYADI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür

TEŞEKKÜR

Tezimin konusunun belirlenmesi ve yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen, görüş ve önerileriyle beni sürekli destekleyen değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe Oğuzhan'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Araştırmanın veri toplama aşamasında, daha fazla çalışana ulaşmamı sağlayan, tüm ilgi ve yardımlarını benden esirgemeyen Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde görev yapan Dr. Enes Hafız'a teşekkür ederim.

Araştırmamın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini üzerimden eksik etmeyen, çalışma süresince hep yanımda olan sevgili aileme, yardımsever arkadaşlarıma ve misafirperver Türk ailelerine şükranlarımı sunarım.

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEME: ARNAVUTLUK MOTHER TERESA ÜNİVERSİTE HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Amaç: Kanser tedavisinde mikro bazda önceliklendirmenin nasıl yapıldığını, kriterlerinin neler olduğunu tespit etmek, süreçte rol alan hekim ve hemşirelerin düşünce ve değerlendirmelerindeki farklılık ve benzerlikleri incelemektir.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini hastanede çalışan 31 hekim ve 155 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya toplam 70 sağlık personeli (hekim ve hemşire olmak üzere) katılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. İçerik analizi için kodlama yapılarak veriler ayrılmıştır.

Bulgular: “Öncelikli hastalar ve hasta grupları nelerdir” sorusuna karşılık hekimlerin %11’i ve hemşirelerinde %30,2’si belirli bir grup olmadığını vurgulamışlardır. En çok önceliklendirme yapmak zorunda oldukları hizmet konusuna hekimlerin %29,6’sı ve hemşirelerin de %28,9’u “Mevcut Olan İlaçların Dağıtımı” cevabını vermişlerdir. Önceliklendirme kriterlerinde, hekimlerin %37’si, hemşirelerin %48,8’i hastalığın ciddiyetini ilk sırada belirtmişlerdir. Hekimlerde hastanenin mevcut finansal kaynakları %25,9 ile ikinci sırada yer alırken hemşirelerde hastanın yaşı %23,3 ile ikinci sırada yer almaktadır.

Sonuç: Onkoloji hastanesinde önceliklendirme özellikle ilaç dağıtımında yapılmaktadır. Kriterlerin önem sırası hekim ve hemşirelere göre değişkenlik gösterirken aynı zamanda bölümler arası farklılıklar içermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim; Hemşire; Kriterler; Öncelik belirleme; Sağlık hizmetleri; Kanser tedavisi.

MegiXHAXHAJ, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ekim- 2019

ABSTRACT

PRIORITIZATION IN HEALTH SERVICES: AN INVESTIGATION OF THE APPLICATIONS IN MOTHER TERESA UNIVERSITY HOSPITAL ONCOLOGY CENTER IN ALBANIA.

Aim: To determine how prioritization in cancer treatment at micro level is done, to determine which criteria has been used, and to examine the differences and similarities in the thoughts and evaluations of physicians and nurses involved in the process.

Material and Method: The target population of the study consists on 31 physicians and 155 nurses that work in this hospital. A total of 70 health personnel (physicians and nurses) participated in the study. One of the qualitative research methods, semi-structured interview form was used. For content analysis, the data were separated by coding.

Results: In response to the question " which are priority patients and patient groups ", 11% of physicians and 30,2% of nurses emphasized that there is no specific group. 29,6% of physicians and 28,9% of nurses answered "Distribution of Existing Drugs" towards the health service that they should make the most prioritization. In the prioritization criteria, 37% of physicians and 48,8% of nurses stated the severity of the disease in the first place. In physicians, the current financial resources of the hospital are in second place with 25,9%, while in nurses the patient's age is second with 23,3%.

Conclusion: In oncology hospital, prioritization is made especially in drug distribution. The order of importance of the criteria varies between physicians and nurses, but also includes differences between departments.

Keywords: Physician; Nurse; Criteria; Priority setting; Health services; Cancer treatment.

SİMGELER VE KISALTMALAR

CEA	:	Carcinoembryonic Antigen (Cancer Blood Test) / Karsinoembriyonik Antigen (Kanser Kan Testi)
CEA	:	Cost-effectiveness Analysis / Maliyet Etkinliği Analizi
CT	:	Computed Tomography / Bilgisayarlı Tomografi
DALY	:	Disability-Adjusted Life Year
DCE	:	Discrete Choice Experiments/ Kesikli Seçim Deneyleri
DCP2	:	Disease Control Priorities Project / Öncelik Belirleme Süreçleri Kontrol Öncelikleri Projesi
EBM	:	Evidence Based Medicine / Kanıta Dayalı Tıp
ENHR	:	Essential National Health Research/ Temel Ulusal Sağlık Araştırması
GSYİH	:	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HCS	:	Health Care System/ Sağlık Sistemi
Hits	:	Health Systems in Transition
HSPR	:	Health Sector Priorities Review/ Sağlık Sektörü Öncelikleri Değerlendirmesi
HTA	:	Health Technology Assessment/ Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yaklaşımı
IARS	:	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
IHP	:	Individualized HealthCare Plan/ Bireyselleştirilmiş Sağlık Planı
INSTAT	:	Statistical Atlas of Albania
MOPWT	:	Ministry of Public Works and Transport
MRI	:	Magnetic Resonance Imaging / Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
NATO	:	The North Atlantic Treaty Organization/ Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü
NCCP	:	National Cancer Control Program/ Ulusal Kanser Kontrol Programı
NCDs	:	Noncommunicable Diseases/ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
NHPSP	:	National Health Policies, Strategies and Plans/ Ulusal Sağlık Politikaları, Stratejileri ve Planları

NICE	:	UK National Institute of Health and Clinical Excellence/ İngiltere Ulusal Sağlık Ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
PBMA	:	Programme Budgeting and Marginal Analysis / Program Bütçeleme Ve Marjinal Analiz
PET	:	Positron Emission Tomography / Pozitron Emisyon Tomografisi
PHD	:	Public Health Directorate/ Halk Sağlığı Müdürlüğü
PRSPs	:	Poverty Reduction Strategy Papers
QALY	:	Quality Adjusted Life Year/ Kalite Ayarlı Yaşam Yılları
RHA	:	Regional Health Authority/ Bölgesel Sağlık Otoritesi
RHD	:	Regional Health Directorate /Bölgesel Sağlık Müdürlüğü
RoR	:	Kurtarma Kuralı/ Rule of Rescue
SB	:	Sağlık Bakanlığı
STK	:	Sivil toplum örgütü
SWOT	:	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats/Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler
TUHC	:	Tirana University Hospital Center
WHO	:	World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Öncelik Belirleme Tanımı.....	3
2.2. Öncelik Belirleme Temelleri.....	4
2.3. Öncelik Belirleme Sürecinin Temel Unsurları.....	5
2.3.1. Öncelik Belirleme Sürecindeki Katılımcılar	5
2.3.2. Durum Analizi	8
2.3.3. Araştırma Kapsamının Belirlenmesi	9
2.4. Farklı Seviyelerde Öncelik Belirleme.....	10
2.4.1. Dikey ve Yatay Önceliklendirme	11
2.4.2. Açık ve Kapalı Önceliklendirme	11
2.5. Öncelik Belirlemede Kuramsal Yaklaşımlar	12
2.5.1. Ekonomik Yaklaşımlar	12
2.5.2. Kanıta Dayalı Tıp	17
2.5.3. Siyaset Bilimi Yaklaşımları.....	17
2.5.4. Felsefi Yaklaşımlar.....	18
2.5.5. Yasal Yaklaşımlar	19
2.5.6. Disiplinlerarası Yaklaşımlar	20
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirlemenin Hedefleri	21
2.7. Öncelik Belirleme Sürecinin Sınırları.....	22
2.7.1. Öncelik Belirlemenin Kapsamı	23
2.8. Öncelik Belirlemeyi Gerçekleştirme.....	24
2.9. Öncelik Belirleme Kriterleri	24
2.9.1. Hastalık yükü.....	25

2.9.2. Müdahalenin Etkinliği	26
2.9.3. Müdahalenin Maliyeti	27
2.9.4. Müdahalenin Kabul Edilebilirliği.....	27
2.9.5. Adalet	28
2.10 Bağlamsal Faktörler	29
2.10.1 Kapsamlı Bir Hükümet Yaklaşımı	29
2.10.2 Ulusal Düzeyde Siyasi İklim	30
2.10.3. Uluslararası Siyasetin Önemi	30
2.11. Yaklaşımlar, Modeller ve Yöntemler.....	31
2.12. Önceliklendirmede Ortak Sorunlar ve Başarı Faktörleri	32
2.12.1. Kısıtlamalar ve Zorluklar	32
2.12.2. Önceliklendirmede Başarı Faktörleri	33
2.13. Öncelik Belirleme Ülke Örnekleri	33
2.13.1. Sağlık Hizmetlerinin Listesini Tanımlamak.....	34
2.13.2 Sağlık Hizmetlerinin Temelerini Belirlemek	35
2.13.3. Hizmetlerin Geniş Sınırlamaları.....	38
2.14. Arnavutluk.....	44
2.14.1. Coğrafya ve Nüfus.....	44
2.14.2. Tarihçe	45
2.14.3. Ekonomi	47
2.15. Arnavutluk'ta Sağlık Sistemi.....	48
2.15.1. Sağlık Kurumları Hiyerarşisi.....	50
2.15.2. Halk Sağlığı Enstitüsü	50
2.15.3. Ulusal İlaç Kontrol Merkezi	50
2.15.4. Ulusal Kan Transfüzyonu Merkezi	50
2.15.5. Tiran'da Ulusal Çocuk Yetiştirme, Gelişme ve Rehabilitasyon Merkezi.....	51
2.15.6. Ulusal Biyomedikal Mühendisliği Merkezi	51
2.15.7. Ulusal Sağlık Kurumları Kalite Güvenliği ve Akreditasyonu.....	51
2.15.8. Üniversite Dış Hekimliği Kliniği	51
2.15.9. Helikopter Taşıma Birimi.....	52
2.15.10. Devlet Sağlık Bakım Kliniği	52

2.16. Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu	52
2.16.1. Arnavut Sağlık Sigortası Programı.....	52
2.16.2. Arnavutluk Sağlık Sigortası Programın İlkeleri.....	52
2.16.3. Sigorta Programlarından Yararlanan Kategoriler.....	53
2.17. Arnavutluk'taki Hastaneler.....	53
2.17.1. Devlet Sisteminin Teşkilatı ve Yapısı	53
2.18. Kanser ve Kanser Tedavisi.....	55
2.18.1. Dünya Çapında Kanser Epidemiyolojisi	55
2.18.2. Arnavutluk'ta Kanser Durumları	56
2.19. Arnavutluk'ta Kanserojen Hastalıklardan Kaynaklanan Ölüm Oranları	58
2.19.1. Cinsiyete Göre Kanser Ölüm Oranları	58
2.19.2. Yaş Gruplarına Göre Ölüm Oranları	59
2.19.3. Arnavutluk'un, Bölgedeki Diğer Ülkelere Göre Ölüm Oranları	60
2.20. Ulusal Kanser Kontrol Programları	61
2.20.1. Arnavutluk'ta Ulusal Kanser Kontrol Programı	62
2.20.2. Arnavutluk'taki Ulusal Kanser Kontrol Programının İlkeleri.....	62
2.20.3. Ulusal Kanser Kontrol Programının Lojistiği (NCCP)	63
2.20.4. Kanser Kayıt Defteri.....	63
2.20.5. Kanserın Önlenmesi ve Erken Saptanması.....	63
2.20.6. Kanser Teşhisi ve Tedavisi.....	64
2.20.7. Palyatif Bakım ve Aile Desteği	65
2.20.8. Derneklerin Kansere Karşı Faaliyetleri	65
3. MATERYAL VE METOT.....	66
3.1. Materyal	66
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	66
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler.....	67
3.1.3. Araştırmanın Etik Kurul İzni.....	67
3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	67
3.2. Metot	68
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	68
3.2.2. Veri Toplama Araçları.....	69

3.2.3. Veri Toplama Süreci.....	69
3.2.4. Verilerin Analizi.....	70
4. BULGULAR.....	71
4.1. Demografik Bulgular	71
4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuna İlişkin Bulgular	72
5. TARTIŞMA.....	82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
KAYNAKLAR.....	98
EKLER	111
EK-1. Etik Kurul Onayı	111
EK-2.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	112
ÖZGEÇMİŞ	115

1. GİRİŞ

Öncelik belirleme; farklı sağlık hizmetleri, hastalar veya hasta grupları arasında kaynakların dağılımını ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Farrar ve ark., 2000). Sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynaklar için sınırsız talep gerçeği göz önüne alındığında dünya çapında uzmanların karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olarak tanımlanmaktadır.

Öncelik belirleme, kaynakların kıt olması nedeniyle araçların dağıtımına ilişkin mümkün olan en iyi seçimlerin yapılmasını sağlamaktır. Amaçlanan sonuç, sağlık sistemi performansını etkin ve adil bir şekilde iyileştirmektir.

Öncelik belirlemenin hangi düzeyde yapılacağına karar vermek sürecin ilk aşamasıdır. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin farklı düzeyleri bulunmaktadır. Bunlar; Makro seviye, mezo seviye ve mikro seviyedir (Kapiri ve ark., 2007).

Makro düzeyde, kaynakların dağıtımında sağlık hizmetlerine tanınan öncelikler bulunmaktadır. Yani makro düzeyde, önceliklerin belirlenmesinde tüm ülke dikkate alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin ikinci düzeyinde, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin farklı coğrafik bölgelere ve hizmet alanlarına dağıtımı ile ilgili tercihleri içermektedir (Hardyman ve ark., 2015).

Mikro düzeyde ise, kaynakların hizmet alanları içindeki tedavi şekillerine göre tahsis edilmesi ile ilgili kararlar bulunmaktadır. Örneğin tedavinin acil olarak yapılmasının gerektiği durumlarda, hangi hastaya öncelik verileceğine dair kararlar almak bu düzeyde yer almaktadır. Kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına öncelik verilmesi de mikro düzeye örnek olarak gösterilmektedir (Top, 2006).

Bu çalışmada, hekim ve hemşirelerin öncelik belirleme sürecini nasıl algıladıkları ile bu algılarının tıbbi ve hemşirelik bakımını nasıl etkilediğini karşılaştırıp tartışmaktayız. Odak noktamız mikro düzeyde öncelik belirleme ve klinik karar verme süreci olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlenmesi her hükümetin görevidir (WHO, 2016) lakin Arnavutluk'ta durum böyle değildir. Arnavutluk'ta, tüm devlet hastaneleri Sağlık Bakanlığına aittir ve ulusal bütçe ile finanse edilmektedir (Nuri ve Tragakes, 2002). Sağlık Bakanlığı her hastane için fonu belirler ve onaylar, ayrıca hastane içindeki kaynak yönetimi doktorların sorumluluğundadır. Bu nedenle, diğer sağlık çalışanları, bu süreçler halka açık

olmadığından dolayı öncelik belirleme süreçlerin hakkında bilgi sahibi değildir (McKee ve Healy, 2002).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, hükümet makro düzeyde kaynak tahsisine karar vermekten sorumludur fakat bu sürecin, siyasetten etkilendiği görülmüştür. Arnavutluk gibi demokratik ülkelerdeki hastalar, öncelik kriterleri belirlerken politikacıları sağlık profesyonellerinden daha güvenilir olarak görmektedir çünkü sağlık profesyonellerinin subjektif kararlar aldıkları düşünölmektedir. Alınan bu kararlar çoğu zaman hekimler arasında anlaşmazlıklara da neden olmaktadır (Arqimandriti ve ark., 2014).

Doktorların mikro düzeyde, yani hastalarla karşı karşıya kalmamaları için adaletli bir şekilde davranmaları gerekmektedir (Fleck, 2001). Arnavutluk'ta sağlık uzmanlarının zaman ve diğer kaynaklar yetersiz olduğuunda sağlık bakımı ihtiyacı olan kanser hastaları arasında nasıl öncelik verdiğiyle ilgili araştırmaya dayalı bilgiye ihtiyacımız vardır. Hekimlerin, özellikle kaynak tahsisi değişikliklerinin gerektiği durumlarda ne yaptıklarını ve nedenlerini daha fazla bilmemiz gerekir fakat bu konuda çok az araştırma yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öncelik Belirleme Tanımı

Öncelik belirleme sürecinin amacı; sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında, sınırsız sağlık hizmet talebelerini karşılamak için, farklı seçenekler arasından en doğru seçimin yapılmasıdır (Carlsson, 2010). Öncelik belirleme süreci doğal olarak politiktir. Bu, toplumsal değerlerin ve hedeflerin önemli olduğu bir süreçtir ve ortaya çıkan öncelikler, paydaşlar arasında bir uzlaşmayı yansıtmaktadır. Nitekim, vatandaşlar öncelik belirleme sürecinin ilkelerini belirleme ve karar verme esnasında sürece dahil edilmelidir (Litva ve ark., 2002). Sağlıkta öncelik belirleme, belirli bir süre için sektörün temel hedeflerini belirlemekte ve böylece doğrudan ulusal sağlık stratejisinin içeriğini beslemektedir. Öncelik belirleme tatbikatı genellikle bir durum analizini takip eder, kaynak tahsisi ve planlaması konusundaki kararlardan önce gelmektedir (Bolszewicz Alderman ve ark., 2013).

Öncelik belirleme, durum analizi sürecinde tespit edilen zorluklarla ve bu zorlukların üstesinden gelmek için potansiyel stratejilerle ilgili tartışmalarla yakından ilişkilidir. Bu durum kaynakların kıt olması nedeniyle araçların dağıtımına ilişkin mümkün olan en iyi seçimlerin yapılmasına yardımcı olur. Amaçlanan sonuç, sağlık sistemi performansını etkin ve adil bir şekilde iyileştirmektir (Okello ve Chongtrakul, 2000).

Öncelik belirleme sadece finansal kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmakla ilgili değildir. Aynı zamanda nüfusun değer seçimlerine, talebine ve ihtiyacına cevaben genel olarak kaynakların atfedilmesi ile de ilgilidir. Örneğin, belirli kurumsal reformların bir öncelik olduğu kabul edilebilir. Söz konusu reformlar idari ve teknik prosedürlerde değişiklik gerektirebilir ve bu da mevcut personelin çalışma programlarını etkileyebilir. Bu nedenle gerekli yatırım ağırlıklı olarak parasal değildir (Brinkerhoff ve Bossert, 2008).

2.2. Öncelik Belirleme Temelleri

Öncelik belirleme, genel olarak durum analizinde belirtilmiş olan tanımlanmış önemli bir ihtiyacın ne gibi kriterlere göre ele alınabileceğini inceler. Ancak sağlık sorunu yük miktarı, adalet algısı, müdahalenin maliyeti, etkinliği, kabul edilebilirliği ve müdahaleye yanıt verme ile sınırlı değildir. Bunun yanında toplumun kültürünü, tarihini ve hedeflerini yansıtan diğer kriterleri de içermelidir (WHO, 2010).

Maliyet etkinliği analizi, ekonomik literatür ve söylemde yaygın olarak kullanılan bir öncelik belirleme kriteri olmuştur. Arvidsson ve ark.'nın yaptıkları bir araştırmada maliyet etkinliği analizinin önemli ve yaygın bir teknolojik yaklaşım olduğu ancak öncelik belirleme sürecinde tek kriter olmadığı görüşünü belirtmektedirler. Maliyet analizi, öncelik belirleme süreci boyunca sonuçları dikkatli bir şekilde tartışılması gereken birkaç yaklaşımdan yalnızca biridir. Maliyet analizleri ve öncelik belirleme sürecindeki yeri hakkında daha fazla bilgi aşağıdaki bölümlerde ele alınmıştır (Arvidsson ve ark., 2012).

Sağlık problemlerine öncelik vermek ile bu problem ve zorlukların üstesinden gelmek için çözümlere öncelik vermek arasında ayırım yapılmaktadır. Yük kriteri esas olarak sağlık sorununa bakarken; etkililik, maliyet ve kabul edilebilirlik önerilen sağlık müdahalesine bakmaktadır. Örneğin, bir ülkede kanseri öncelikli bir hastalık olarak tanımlamak, kanserle mücadele için mevcut farklı önleyici, teşvik edici ve iyileştirici müdahaleleri inceleyen karardan ayrı bir karardır (Aris ve Panos, 2017).

Kaynak sınırlamaları öncelik belirleme sürecinde dikkate alınmaktadır. Bununla birlikte, fiili kaynak tahsisi ve bütçeleme kararları öncelik belirlemesinden sonra gelir çünkü bu bir takas sürecidir. Öncelik belirleme karar verme sürecini şekillendirir. Öncelik belirleme süreci, hangi kriterlere dayanıp, hangi sağlık sorunlarına, zorluklarına ve çözümlerine öncelik verilmesi gerektiğini açıkça belirtir. Alınan kararlar öncelik belirleme sürecinin kanıtlarına dayanmakta ve (siyasi) bir tartışma ve tartışmaya dayanan belirli konulara az ya da çok ağırlık vermektedir. Sonunda, çeşitli kriterler arasında takaslar olabilir ve bunların her birinin ağırlığı politik bir karar olacaktır (Chalkidou ve ark., 2016).

Öncelik belirleme siyaset tarafından çok etkilendiği için, daha uzun vadeli stratejik bir vizyona bakmak yerine kısa vadeli kazanımlara odaklanma eğilimli olabilir. Kısa vadeli öncelikler birikiminin, uzun vadeli bir öncelik kazanma ile mutlaka sonuçlanmazsa bile

uzun vadeli öncelikleri gündemde tutmak için özel bir özen gösterilmesi yararlı olacaktır (Chalkidou ve ark., 2016).

2.3. Öncelik Belirleme Sürecinin Temel Unsurları

2.3.1. Öncelik Belirleme Sürecindeki Katılımcılar

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesine öncülük eden bazı taraflar vardır. Bu süreçte hangi katılımcıların yer alması gerektiği dikkatlice düşünülmelidir. Kapsayıcı bir yaklaşım, farklı seviyelerde farklı paydaş gruplara danışıldığı ve nüfusun beklentilerinin önemsendiği yaklaşımdır (McKie ve ark., 2008).

Öncelik belirleme, kanıtlarla bildirilen kararlara dayanır. Bu yargıların yapılmasından ilgili olan tarafların kararlarından sorumlu tutulmaları gerekir. Öyleyse öncelik belirleme meşru ise, vatandaşlar parlamentoları aracılığıyla nihai seçimi yapacaklardır (Ham, 1997).

Öncelik belirleme sürecinde bazı paydaşların sürece katılımı doğal bir konuma sahiptir. Bunlar, aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Politikacılar ve sağlık planlamacıları: Sağlık Bakanlığı (SB), diğer bakanlıklar (Örneğin; Maliye Bakanlığı)
- Merkezi olmayan seviyelerde idari ve sağlık makamları
- Sağlık uzmanları (kamu ve kamu dışı sektörler)
- Topluluk temsilcileri / hasta gruplarıdır.

Öncelik belirleme sürecindeki katılımcılar konusunda birçok yaklaşım bulunmaktadır fakat en kapsayıcı olan Brinkerhoff ve Bossert'in yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre sağlık yönetiminde pay sahibi olan dört nüfus grubu vardır (Brinkerhoff ve Bossert, 2008). Bunlar;

1. Müşteriler / Vatandaşlar
2. Devlet (Politikacılar)
3. Sağlayıcılar
4. Medyadır.

Müşteriler / Vatandaşlar

Vatandaşlar, parlamentoları aracılığıyla öncelikler konusunda nihai karar vericilerdir; bu nedenle öncelik belirleme sürecinin her adımında yer almaları gerekir. Bu yüzden belirlenen öncelikler nihayetinde demokratik sürecin bir parçası olarak vatandaşlar tarafından sahiplenilmelidir (Mitton ve ark., 2009).

Kamu hesap verilebilirliği, vatandaşlara görüş ve ihtiyaçları konusunda danışmanın temel amaçlarından biridir. Mümkün olduğu kadar, nüfus çeşitli seçeneklerin avantajları ve dezavantajları hakkında bilgilendirilmelidir. Ülkenin seçilen nüfus temsilcileri aracılığıyla daha az karmaşık veya ne kadar büyük bir istişarede topluluğa danışılması gerektiğini de belirleyebilir. Bu ikinci seçenek için, nüfus temsiline şeffaf ve demokratik yollara dayandığı varsayılmaktadır (Hadorn, 1992).

Mutabakata dayalı uzman görüşü yaklaşımları, tanım gereği doğrudan vatandaşlara danışmaktan daha az kapsayıcıdır, çünkü katılımcılar uzmanlığa dayalı olarak seçilir. Ancak, organize edilmesi nispeten kolaydır ve sonuçlara hızlı bir şekilde ulaşılabilir. Dış uzmanların mutlak olarak önemli yerel gelişmelerden haberdar olmaları beklenmektedir (Williams ve ark., 2014).

Devlet (Politikacılar)

Ulusal liderlik, farklı teşvik sistemleri ve kültürleriyle paydaşların ve kuruluşların içinde ve arasındaki politik karmaşıklığı yönlendirmektedir. Sağlık Bakanlığının rolü, sağlık sektörü koordinasyon mekanizmalarıyla ilgili olduğu durumlarda öncelik belirleme sürecini planlamak, başlatmak, koordine etmek ve denetlemektir (Mitton ve ark., 2009).

Bakanlık, metodoloji ve araçları geliştirmek ve hazırlamak, ayrıca süreci kolaylaştırmak için bağımsız teknik uzmanlardan yardım isteyebilir, ancak genel koordinasyon ve nihai karar alma sürecinin hükümet tarafında kalması muhtemeldir. Politikacılar bu nedenle sürece öncülük etmeli, geniş ve anlamlı paydaş katılımı ile belirlenen önceliklerin paydaş girdisini dengeli bir şekilde yansıtmasını sağlamalı ve sonuçlardan sorumlu tutulmalıdır. Merkezi olmayan bir ortamda, politikacılar yerel yönetimdir. Görüşleri ve girdileri için hizmet sağlayıcılar, sivil toplum ve toplumla (müşteriler / vatandaşlar) iş birliği yapmalıdırlar. Süreç, özellikle farklı bakış açılarından

kanıtları değerlendirmek ve tartışmak konusunda açık rol ve sorumluluklarla şeffaf olmalıdır. Çok fazla dış finansmana dayanan ülkelerde, kalkınma ortaklarının öncelik belirleme sürecine aktif katılımı gerekmektedir (Brinkerhoff ve Bossert, 2008).

Sağlayıcılar

Sağlayıcılar, kararlaştırılan öncelikli eylemlerin uygulanmasının merkezinde olan öncü kuruluşlardır. Sağlık sektörü ile ilgili deneyimleri pratiktir ve fizibilite hakkında bilgi sunar. Dolayısıyla, öncelik belirleme sürecine girişleri çok önemlidir; politikacıların kararlarını vatandaşlar için hizmetlere dönüştürmektedirler (Robinson ve ark., 2012).

Medya

Medya, her üç grubu temsil edecek bir bilgi ve bir ortam sağladığı için, üç paydaş grubu arasında birbirlerinden ayrılmış olarak görülebilmektedir. Medya, nüfusu öncelik belirleme, öncelikli sağlık ihtiyaçları ve danışma süreci hakkında bilgilendirmek konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Medya, bu konularda kamuoyu tartışması için bir forum işlevi görebilir ve geri bildirimlerinde kilit bir ortak olarak değerlendirilebilmektedir. Ancak, politikacılar ve diğer paydaşlar daha az teknik jargonla, medya yoluyla halk ile iletişim kurmak için bilinçli bir çaba göstermelidir. Yani halk için kolay bir şekilde anlaşabilecek bir dil kullanarak, öncelik belirleme analizleri üzerine hedeflenmiş belgeler üretmek ve kararları daha şeffaf hale getirmede güçlü bir araç olabilmektedir (Mitton ve ark., 2009).

Temel ulusal sağlık araştırması'na geniş bir yelpazedeki paydaşların katılımı, öncelik belirleme uygulamasının kilit unsurlarından biridir. Göz önünde bulundurmak gereken önemli noktalar şunlardır:

- Katılımcıların ihtiyaçları, beklentileri, göreceli güçlü ve zayıf yönleri ve etraflarındaki destekleyici ve engelleyici güçlerin neler olduğunu öğrenmek gerekmektedir.
- Nüfus dinamiklerini anlamak ve nihayetinde öncelik belirleme tatbikatına dahil edilecek ana grupları ve kurumları tanımlamak için zaman ayırmak gerekmektedir. Ortakları belirleme sürecinin çok zaman alıcı olduğunu hatırlamak önemlidir (Okello ve Chongtrakul, 2000).
- Kırsal kesimden paydaşların görüşlerini almak için her türlü çaba gösterilmelidir.

- Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, hem sağlık politikası önceliklerini belirlemede hem de büyük sağlık programlarının uygulanmasında sağlayıcıların ve uluslararası kuruluşların rolünü göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Okello ve Chongtrakul, 2000).

Paydaşların Belirlenmesi İçin Aşağıdaki Soruların Sorulması Gerekmiştir

1. Tüm ortakların ihtiyaçları temsil ediliyor mu?
2. Araştırmacılar arasında, örneğin biyomedikal bilimler, ekonomi, diğer sosyal bilimler, eğitim, halk sağlığı gibi çeşitli disiplinler bulunmakta mı?
3. Politikacılar, halkı doğru bir şekilde temsil ediyor mu?
4. Özel sektör ve sivil toplum örgütleri yeterince temsil ediliyor mu? Yeterli temsili sağlamak için tüm özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve sağlıkta çalışan STK'ların bir listesini elde etmek gerekmektedir.
5. Yeterli topluluk temsiliyeti var mı? Yoksul, okuma yazma bilmeyen, kadınlar, çocuklar ve diğer dezavantajlı grupların ihtiyaçlarını göz ardı eden seçkin bir azınlığı onaylama tuzağından kaçınmak önerilmektedir (Krasner ve Risse, 2014).

2.3.2. Durum Analizi

Durum analizi, durumu tüm katılımcılardan anlama sürecidir, aynı zamanda paydaşlara mevcut durumların bir tablosunu sunmaktadır. Durum analizi, aşağıdaki verilen konuların değerlendirilmesini içeren sistematik ve bilimsel bir süreç olmalıdır:

- Sağlık durumu
- Sağlık sistemleri
- Sağlık araştırma sistemleri
- Kullanıcı ihtiyaçları (istekleri)
- Kullanıcı talepleri (ifade edilen ihtiyaçlar)

Değerlendirme sürecinin merkezinde ise adalet olmalıdır (Berman ve Bitran, 2011). Durum analizinden elde edilen bilgiler, öncelik belirleme konusunda rasyonel karar vermenin temelini oluşturmaktadır. Göz önüne bulundurulması gerekenler noktalar ise aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Tüm sağlık sorunları her zaman hastalık odaklı değildir. Ayrıca risk faktörlerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir.
- Tüm önemli sağlık problemleri, morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri değildir.
- Marjinal grupların sağlık sorunlarına önem verilmelidir.
- Bazı sorunların gelecekte sağlık üzerinde ciddi bir etkisi olabilir (Okello ve Chongtrakul, 2000).

Aşağıdaki verilen listede, bir durum analizi yaparken ele alınması gereken ana konuları özetlemektedir.

Sağlık durumu;

- Ülkenin sağlık durumu nedir?
- Temel sağlık sorunları nelerdir? (Morbidite / mortalite istatistikleri, ulusal prevalans anketleri, QALY, DALY, veri tabanları ve sağlık araştırmalarının sistematik değerlendirmeleri)

Sağlık sistemi;

- Temel sağlık sorunları nelerdir? (Sağlık personeli, Sağlık programı planlaması, Program uygulaması / yönetimi, Sağlık tesisleri / altyapısı)
- Ulusal / Bölgesel Sağlık Planı nedir? (Ulusal / yerel düzeyde temel sağlık programları, Sağlık planı nasıl ve kimin tarafından geliştirildi)

Sağlık araştırma sistemi;

- Hangi araştırmalar yapıldı ya da halen yürütülüyor mu? (Araştırma hangi alanlara değiniliyor, araştırma kimin tarafından yapılıyor, araştırma nerede yapılıyor?)
- Finansman kaynakları nelerdir? (Araştırmayı kimler finanse eder, farklı araştırma türlerine ne kadar para verilir, kararları kim alır) (Brugha ve Varvasovsky, 2000).

2.3.3. Araştırma Kapsamının Belirlenmesi

Bu aşamada amaç, durum analizinden ve çeşitli paydaşlardan gelen bilgilerden ortaya çıkan araştırma kapsamının başlangıç listelerini hazırlamaktır. Kullanılacak kriterler için bir puanlama sistemi üzerinde fikir birliği oluşturmak, başlamak için en iyi yol

olabilmektedir. Konsensüs oluşturma teknikleri olarak: Beyin fırtınası, çoklu oylama, nominal grup tekniği, yuvarlak masa tartışmaları ve önceliklendirme matrisleri kullanılmaktadır (Wijngaarden ve ark., 2010):

Araştırma Kapsamının Belirlenmesinde Aşağıdaki Sorular Sorulmalıdır.

1. Hayati istatistikler hakkında bilgi var mı? (Bebek ölüm oranı, çocuk ölüm oranı, ham ölüm oranı, Anne ölüm oranı, aşılama kapsamı, vb.)
2. Nüfusu etkileyen ortak sağlık sorunları nelerdir?
3. Büyük sağlık sorunlarına yönelik ulusal veya bölgesel bir sağlık planı var mı?
4. Daha önce burada herhangi bir sağlık araştırması yapılmış mı?
5. Sağlık sistemi nasıl oluşturulmuştur?
6. Sağlık bakım sistemini etkileyen ana problemler nelerdir?
7. Nüfustaki dezavantajlı gruplar hangileridir?
8. Sağlık ile ilgili kaygılar nelerdir?
9. Önerilen sorun, sağlık eylemi veya araştırma gerektiriyor mu?
10. Ne tür araştırmalara ihtiyaç vardır? (Stratejik ve temel araştırma, klinik araştırma, davranışsal ve sosyal bilim araştırması, maliyet etkinlik analizi, sağlık teknolojisi değerlendirmesi, sağlık politikası ve sistem araştırması).
11. Hangi özel araştırma alanları tanımlanabilir? (Batchelor ve ark., 2013).

2.4. Farklı Seviyelerde Öncelik Belirleme

Öncelik belirleme kararları, sağlık sisteminde çeşitli seviyelerde yer almaktadır. Hangi seviyede ele alındığını açıklığa kavuşturmak gerekmektedir. Çünkü bu açıklık, sorumluluk ve öncelik belirleme yöntemleri konusunda fark yaratır. Bununla birlikte, farklı sağlık bakım sistemlerinin örgütsel seviyelerinin isimlendirilmesi ve tanımlamaları tek tip değildir (Litva ve ark., 2002). Genellikle ulusal, bölgesel ve yerel düzeyler gibi hiyerarşik bir yapıya ve aynı zamanda farklı karar türlerine atıfta bulunabilecek makro, mezo ve mikro düzey olarak adlandırılırlar.

Sağlık hizmeti için fonlamaya ilişkin sistem seviyesi kararları, klinik ve hasta seviyesindeki kararları etkiler (Scheunemann ve White, 2011).

2.4.1. Dikey ve Yatay Önceliklendirme

Öncelik belirleme kararlarını kategorilere ayırmanın başka bir yolu da dikey veya yatay olarak sınıflandırmaktır. Dikey öncelik belirleme, bir hizmet tipi içinde farklı müdahalelerin (önleme, teşhis prosedürleri, tedavi ve rehabilitasyon) sıralanmasını içermektedir (Ham, 1997). Yatay öncelik belirleme ise, farklı servisler, tıbbi uzmanlıklar veya farklı koşullar arasındaki sıralamayı içermektedir.

2.4.2. Açık ve Kapalı Önceliklendirme

Açık önceliklendirme, kaynak tahsisine ilişkin kararların, bu kararların gerekçelerinin ve beklenen sonuçların, onları incelemek isteyen herkes için şeffaf olduğu durum olarak tanımlanabilir. Gizli önceliklendirme ayarı tam tersidir; rasyoneldir, ancak ne kararlar ne de kararların gerekçeleri açıkça ifade edilmez (Coast, 1997; Liss, 2004). Görüşler, hangilerinin tercih edildiği, açık veya kapalı öncelikli ayarlarda farklılık gösterir. Argümanlara göre ele alınan sağlık sistemi seviyesine bağlıdır. Tercih edilebilir veya edilemez olsa da bazı araştırmacılar önceliklendirmede toplam açıklığın sistem ve klinik seviyelerinde mümkün olmadığını iddia etmektedir. Öncelik belirleme, rasyonel modellerle açıklanamayacak kadar karmaşık bir işlemi içermektedir (Hunter, 1995).

Açık önceliklendirme katı kurallar ve aşırı düzenlemeler gerektirmektedir. Bu durumdan memnun olmayan insanlar öncelikli ortamı kabul etmeyeceklerdir. Sonraki süreçlerde hükümet kararlarını değiştirmeye zorlayacak olan bütçe artışı sıkıntısı devam edecektir (Mechanic, 1995). Kararların sonuçlarıyla ilgili artan açıklık, kararların nasıl alındığındaki açıklığı azaltabilir. Bununla birlikte, birçok ülkedeki politikacılar öncelikleri daha açık bir şekilde belirlemek için politikalar uygulamaya çalışmışlardır. Açık bir süreç ile, öncelik belirleme kararlarının ve sürecinin önemli bir parçası olan temellerinin farkında olmaları ve tartışmaları mümkündür. Burada temel fikir, insanların kararları adil olarak algılaması için hem kararların gerçek sonucu hem de kararların alınma şekli, yani süreci bilmesidir (Tinghög, 2011).

İlk husus alınan kararın Dağıtım adaleti (sonuç adaleti) ve ikinci usul Prosedür adaleti (sonuçların tahsis edildiği süreçlerin adaleti) ile ilgilidir. Halkın güveninin gerekli olduğu sağlık hizmetlerinde usüle uygun adalet önemlidir (Tyler, 1994). Kararların

adaletiyle ilgili çalışmalarda (Amerikan Kongresi'nin genel ve özel finansman konusundaki kararları ile ilgili olarak) insanlar karar sonucu hakkında yaptıkları gibi usule dayalı adaleti çok fazla önemsiyorlardı. Bu durum, özellikle sağlık yönetimi kararlarında olduğu gibi, kaynaklar sınırlı olduğunda ve sonuçlar belirsiz olduğunda geçerlidir (Mechanic, 1996).

Tartışmalı demokrasi fikri de açıklık için önemli bir argümandır. Kararlar alınmadan önce bir konunun farklı yönlerinin ele alınabileceği kamuoyu tartışmaları ve gerekçeleri daha iyi, daha gelişmiş ve düşünülmüş kararların verilmesini sağlayacaktır (Daniels ve Sabin, 1997).

2.5. Öncelik Belirlemede Kuramsal Yaklaşımlar

Öncelik belirleme konusundaki teorik yaklaşımların incelenmesi, birden çok disiplinleri içerdiğini ortaya koymaktadır (Sibbald, 2008; Maluka, 2011). Bu yaklaşımların her biri, belirli bir hedef ile temsil edilen öncelik belirleme için alternatif bir çerçeve önermektedir (Tablo 1). Bu disiplinlerin önerdiği çerçeveler tamamlayıcı olsa da, temel değerleri genellikle çatışmaktadır. Bu bölümde, sağlık hizmeti önceliği belirleme konusundaki varsayımlarını ve uygulanabilirliklerini vurgulayarak, bu yaklaşımların her biri sunulmuş ve tartışılmıştır.

Tablo 1: Öncelik belirleme ve amaçlarına özgü yaklaşımlar

YAKLAŞIM	HEDEF
Ekonomik yaklaşımı	Verimlilik
Kanıta dayalı tıp göstergeleri yaklaşımı	Etkililik
Yasal yaklaşımı	Etik
Siyasi yaklaşımı	Müzakere
Felsefe yaklaşımı	Adalet

(Kaynak: Klein ve ark., 1995)

2.5.1. Ekonomik Yaklaşımlar

Ekonomik yaklaşım; kıtlık ve seçim sorununu, kaynak kısıtlamalarına tabi olan sonuçları, maksimize eden alternatifleri belirleyerek çözmeyi amaçlamaktadır (Drummond, 2005). Bu yaklaşımın öncelik belirleme konusundaki temel özelliği, kaynakların sağlık yararlarını maksimize edecek şekilde kullanılması gerektiğidir. Sağlık hizmetlerinde

kaynak tahsisini yönlendirmek için yaygın olarak kullanılan iki ekonomik yöntem; ekonomik değerlendirme ile program bütçeleme ve marjinal analizdir (PBMA) (Mitton ve Donaldson, 2003). Bunlar sırasıyla tartışılacaktır.

Ekonomik Değerlendirme

Ekonomik değerlendirme, alternatif eylem tarzlarının hem maliyetler hem de sonuçlar açısından karşılaştırmalı analizini ifade eder (Drummond, 2005). Bu değerlendirme, çeşitli eylemler arasında seçimler yapılması gerektiğinde karar verme için bir çerçeve sağlamak üzere geliştirilen bir tekniktir. Ekonomik değerlendirme, daha etkili olan alternatifi seçme hedefi ile rekabet eden sağlık müdahalelerini karşılaştırmaktadır. Ekonomik değerlendirme yöntemleri; rekabet eden alternatifleri, maliyet ve faydaları açısından karşılaştırarak, bütçe kısıtı dahilinde nüfus sağlığını en üst seviyeye çıkarmanı tespit etmek için kullanılmaktadır (Drummond, 2005).

Birim maliyet başına en fazla fayda sağlayan alternatiflerin, marjda birim maliyet başına daha az fayda sağlayanlardan en uygun maliyetli çözüm olduğu düşünülmektedir. Cevaplamaya çalıştıkları verimlilik soru (tahsis edici veya teknik) türü ve sonuçların ölçülmesi ile karakterize edilen farklı ekonomik değerlendirme metodolojileri vardır. Tüm ekonomik değerlendirme biçimlerinin para birimlerinde ölçülmesine ve mevcut maliyetlere bakılmasına rağmen sonuçların ölçümünde farklılıklar vardır (Drummond, 2005). Müdahalelerin verimliliğini analiz ederek ve daha etkin müdahalelerin benimsenmesini önererek, ekonomik değerlendirme sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemek için bir çerçeve sunmaktadır.

Maliyet etkinliği analizi (CEA), hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde kaynakları tahsis etmede bir araç olarak kullanılmıştır (Baltussen ve Niessen, 2006). İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE), sağlık hizmetlerinde karar vermede ekonominin kurumsallaşmasına bir örnektir (Walker ve ark., 2007). CEA, Kanada, Avustralya, Fransa ve İsveç dahil olmak üzere çoğu gelişmiş ülkede sağlık teknolojisi değerlendirmelerinde kullanılan yöntemlerin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Baltussen, 2005).

CEA, gelişmekte olan ÷lkelerde öncelik belirlemede kullanım alanı bulmuştur (Shillcutt, 2009). Dünya Bankası Sağlık Sektörü Öncelikleri Değerlendirmesi (HSPP) (Dünya Bankası, 1993), DSÖ'nün Uygun Maliyetli Müdahale Seçme (WHO-CHOICE) girişimi (Dünya Sağlık Örgütü, 2003) ve Hastalığın ikinci baskısı gibi öncelik belirleme süreçleri Kontrol Öncelikleri Projesi'nde (DCP2) hepsinde CEA kullanılmıştır. Bununla birlikte, CEA'nın uygulamada karar vermede çok sınırlı etkisi olmuştur (Hoffman ve ark., 2012). Bunun nedeni, CEA'nın karar vermede kullanımıyla ilgili birtakım teknik ve kavramsal problemlerinin bulunmasıdır.

CEA kullanımının teknik engellerinden biri analizde kullanılan bakış açısidir (Hauck ve ark., 2004). Dar perspektifler kullanan analizler (fon verenlerin perspektifi gibi) CEA kullanımını öncelikli ayara sınırlamaktadır. Diğer bir pratik zorluk, sonuçların genelleştirilebilirliğidir (Hauck ve ark., 2004). Belirli bir ortamda yer alan karar vericiler karar almak için diğer ortamlardan gelen analizleri kullanmak isteseler de mevcut CEA genelleştirilebilir değildir. Bu çalışmalar bir diğerine aktarılamayan ekonomik verilere dayanabilir. Diğer endişe verici alanlar, parametre ve model belirsizliğinin tahmini maliyet-etkililik oranına nasıl dahil edilebileceği ve bu belirsizliklerin sonuçlarının çalışmaların kullanıcılarına nasıl aktarılabilceğidir (Baltussen ve Niessen, 2006).

Gelişmekte olan ÷lkelerde kaynaklar, değerlendirilen tüm müdahaleler için CEA'nın yürütülmesini engellemektedir. Bu ortamlarda, analizde kullanılacak kaliteli verilerin elde edilmesi problemlidir ve ekonomik değerlendirmeleri yapmak için teknik kapasite sınırlıdır. Ayrıca, müdahaleler hasta gruplarına göre maliyet etkililik açısından farklılık gösterebilmektedir (Hoffman ve ark., 2012).

CEA'nın etik itirazları da vardır. Bu yaklaşım en kötü durumda olan hastalara öncelik vermemektedir. Önemsiz olanlar da dahil olmak üzere faydalar, birçok insan için diş ağrısının iyileştirilmesinin, birkaç hayat kurtarmaktan daha maliyet etkili olarak değerlendirilebileceği şekilde düzenlenmiştir. Birçok kritere ve diğer toplumsal değerlere yer vermeyen CEA, toplumca kabul edilemez sonuçlar vermiştir. Buna bir örnek, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Oregon eyaletinde 1990'da Medicaid tarafından karşılanacak öncelikli bir sağlık hizmetleri listesi oluşturma girişimidir. Bu listede, müdahaleler CEA'ya tabi tutulmuş ve artan maliyetlerine göre sıralanmıştır (Hadorn, 1991).

İlk liste halkın tepkisi ile karşılaşmış ve nihayetinde “daha önemli olanlardan” daha önemsiz müdahalelere doğru sıralandığına dair algı nedeniyle geri çekilmiştir. Örneğin, diş kaplama, apendektominin üzerinde yer aldı. Bu CEA'nın temel mekaniği ile açıklanmaktadır. Bir CEA çerçevesinde, sağlık yararlarının, ölçülen ve farklı müdahalelerden eşit değerde olduğu varsayılmaktadır (Nord ve ark., 2009). Bazı hastalarda ağrıyı hafifletmek, teoride, bir hayat kurtarmaya eşdeğer sayılabilir. Ağrının eşdeğer miktardan daha fazla hastada hafifletilmesi, bir hayat kurtarmaktan daha fazla sağlık kazancı sağlayacaktır.

Program Bütçeleme ve Marjinal Analiz (PBMA)

PBMA, bir dizi sağlık hizmetinin optimal bir karışımını belirli bir kaynak fonundan belirlemek için kullanılmaktadır. PBMA'nın amacı, karar vericilerin, sağlık sonuçlarının en üst düzeye çıkarılması için kaynakların en verimli kullanımını belirlemelerini sağlamaktır (Donaldson ve Mitton, 2004).

Bu analiz, kaynak kullanımıyla ilgili beş soru sorularak uygulanabilir (Grocott, 2009):

1. Toplamda hangi kaynaklar mevcuttur?
2. Bu kaynaklar şu anda nerelerde kullanılıyor?
3. Daha fazla kaynak için adaylar nelerdir ve etkinlikleri ne olacaktır?
4. Aynı etkililik düzeyinde ancak daha az kaynakla sağlanabilecek herhangi bir bakım alanı var mı?
5. Etkili olmasına rağmen, daha az kaynağa sahip olması gereken bakım alanları var mı?

İlk iki soru, program bütçelemeye girmekte, hangi kaynakların mevcut olduğunu ve bakım programları arasında nasıl tahsis edildiğini tanımlamak istemektedir (Mitton ve Donaldson, 2001). Bu bilgi, kaynakların tahsis edildiği alanları vurguladığı, henüz belirlenen öncelikler ile uyumlu olmadıkları, aynı zamanda şu anda sınırlı kaynakları alan ve henüz öncelikli alanlar olarak tanımlanan alanları belirledikleri için önemlidir. Son üç soru ise kaynak seviyelerindeki değişimlere tahakkuk eden potansiyel net marjinal kazanımların göz önüne alındığı marjinal analiz ile ilgilidir (Mitton ve Donaldson, 2001).

PBMA'nın güçlü yönlerinden biri, kaynak tahsis kararlarının fırsat maliyetini tanımasıdır. Unutulan faydaları analiz ederek, teoride kaynak tahsislerinden net faydaları maksimize edecek kararlar alınır. Bir diğer avantajı, PBMA'nın yerel verileri ve uzman görüşü ile araştırma kanıtlarının pratik bir şekilde tartışılmasını sağlamasıdır (Mitton ve Donaldson, 2001). PBMA, sağlık pratisyenleri ve yöneticileri arasındaki öncelik belirleme konusundaki boşluğu kapatmaya yardımcı olabilecek bir yöntem olarak da savunulmaktadır. Yöneticiler verimlilik ve genel örgütsel hedeflere ulaşmaya odaklanırken, uygulamada hekimler mevcut kaynaklar ne olursa olsun önlerinde bulunan hastalara en iyi bakımı vermekle ilgilenmektedirler. İşbirlikçi ve kapsayıcı karar verme için bir çerçeve sağlayarak, PBMA, hem yöneticilerin hem de hekimlerinin bakış açılarını kullanarak potansiyel olarak bu açığı kapatmaktadır. PBMA'nın diğer avantajları şeffaflık ve kapsayıcılıktır.

PBMA'nın dezavantajları arasında, yoğun veri gerekmesidir. PBMA'nın bir diğer önemli sorunu ise çerçevenin farklı organizasyonel bağlamlara uygun olmasıdır. Sistematik bir öncelik belirleme sürecinin uygulanıp uygulanmadığı ve nasıl uygulandığı, kaynak mevcudiyeti, katılım ve proaktif değişimi destekleyen bir kültür gibi faktörlerden etkilenmektedir (Tsourapas & Frew, 2011).

Sağlık hizmeti önceliği belirleme konusundaki ekonomik yaklaşımın birçok avantajı vardır. Örneğin, bu yaklaşım karar vericilerin öncelik belirleme sürecinin hedeflerini açıkça tanımlamasını gerektirir (Hauck ve ark., 2004). Ayrıca, öncelik belirleme yapıldığında ortaya çıkan çatışmaların açık bir şekilde modellenmesine izin verir ve bu nedenle karar alma işlemlerini açık bir şekilde yapmaktadır (Hauck ve ark., 2004).

Ekonomik yaklaşım aynı zamanda prensip olarak hem özkaynak endişelerini hem de kararları etkileyen diğer pratik kısıtlamaları içerebilir (Hauck ve ark., 2004). Bununla birlikte, bu faktörlerin operasyonel hâle getirilmesi pratikte zordur ve bu nedenle ekonomik analizlerin hepsini düzgün bir şekilde ele geçirmesi pek mümkün değildir. Dolayısıyla ekonomik yaklaşım öncelik belirleme konusundaki değerlendirmelerden sadece biri olmalı ve karar vermenin diğer kilit belirleyicilerinden ayrı olarak kullanılmamalıdır (Hauck ve ark., 2004).

2.5.2. Kanıta Dayalı Tıp

Kanıta dayalı tıp (Evidence Based Medicine), mevcut en iyi tıbbın, bireysel hastaların yönetiminde klinik bakım araştırmalarından vicdani ve adaletli kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Kanıta dayalı tıp, etkinliği kanıtlanmış müdahalelerin seçilmesine ve uygulanmasına odaklanmaktadır. Kaynaklar az olduğunda müdahalelerin klinik etkinliğine dair kanıtlar, karar vericilere tahsis kararlarını, etkisiz müdahalelerden kaçınarak ve neyin işe yaradığı konusunda kaynak kullanımını maksimize ederek atık miktarının en aza indirileceğini bildirebilir. Bu yaklaşım, sağlık hizmeti müdahalelerinin sistematik incelemelerini üreten ve yayan Cochrane iş birliğiyle kurumsallaştırılmıştır (Claridge ve Fabian, 2005).

Klinik rehberler, etkili bakımın kullanımını teşvik etmek için önemli bir yol olarak tanımlanmıştır (Eccles & Mason, 2001; Grimshaw ve ark., 2004). Klinik rehberler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artan bir kullanım alanı bulmuş ve etkin olmayan bakımı engellerken, kanıtlanmış etkinliğin müdahalesini teşvik etmenin bir yolu olarak savunulmuştur (Eccles & Mason, 2001; Grimshaw ve ark., 2004). Kanıta dayalı tıp, etkili olmayan müdahaleleri önleyerek kaynakları neyin işe yaradığı ve israfı en aza indirdiği konusunda odaklanma avantajına sahip olsa da, tek başına kullanımı, satın alınabilirlik, fırsat maliyeti ve verimlilik gibi kilit hususları göz ardı etmektedir. Örneğin, belirli bir hastalığın tedavisinde, alternatif yöntem en etkili yöntem olsa da çok pahalı olması durumunda, onu ulusal tedavi kılavuzlarına dahil etmek, tedavi uygun olmadığından daha fazla sayıda insanın erişimini reddetmek anlamına gelebilir.

2.5.3. Siyaset Bilimi Yaklaşımları

Öncelik belirleme süreçleri, genellikle değişen ve rekabet eden ilgi alanlarıyla rekabet eden ihtiyaçlar arasında hakemlik eden bir dizi aktör içerir (Ham ve Glenn, 2003). Dolayısıyla öncelik belirleme süreci, farklı lobiler arasında çoğulcu pazarlığı içeren ve siyasi kararlar değiştirilerek değiştirilen karmaşık bir işlemdir. Siyaset bilimciler bu nedenle öncelik belirlemeyi politik güçlerin müzakere politikası üretmek için etkileşime girdiği bir politika oluşturma süreci olarak görmektedir (Sibbald, 2008).

Politika oluşturma bağlamının ve politika yapma teorilerinin potansiyel etkilerinin öncelik belirleme ortamının anlaşılması ile ilgili olduğu iddia edilmiştir (Goddard, 2006). Goddard, öncelik belirleme ortamının politik teoriler kullanarak analiz edilmesinin potansiyel olarak değerli olduğunu savunmaktadır. Bir dizi ilgili politik teori, politikanın (ve dolayısıyla öncelik belirleme) nasıl yapılması gerektiğini önermektedir.

Bu teorilerden biri, politika üretmenin rasyonel seçim teorisidir (Scott, 2000). Bu yaklaşım alternatiflerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini ve amaçlanan sonuçların en üst düzeye çıkarılmasına yol ačan seçimlerin yapılmasını öngörmektedir (Scott, 2000). Bu teori, fayda ve refahı maksimize etmenin ekonomik yaklaşımı ile yakından ilgilidir ve mevcut seçenekler hakkındaki bilgileri kapsamlı bir şekilde analiz edecek ve çıkarlarını maksimize eden seçeneği (rasyonel seçim) seçecek insanların rasyonel varlıklar olduğunu varsaymaktadır.

Rasyonel seçim teorisi ile yakından ilişkili, sınırlı rasyonellik teorisidir. Bu teori, insanlar rasyonel kararlar vermek niyetinde olsa da bunu yapmak her zaman mümkün değildir. Rasyonellik genel olarak karar vermeyi karakterize ederken genellikle belirli noktalarda rasyonellik başarısız olur. Rasyonel seçim teorisi gibi, sınırlı rasyonellik, karar vericilerin hedefe yönelik olduğunu varsaymaktadır ancak buna ek olarak, sınırlı rasyonellik, karar vericilerin bilişsel sınırlamalarını takdir etmektedir. Bu teoriye göre, karar vericinin hem bilgi hem de bilişsel sınırlamaları dikkate alınmakta ve karmaşık karar verme problemlerinin çözümünde sınırlar getirdiği düşünölmektedir. Bu nedenle, sonuçları en üst düzeye çıkarmayı amaçlamak yerine, karar vericiler bunun yerine en az bir miktar asgari fayda sağlamayı amaçlayan memnuniyeti yerine getirmektedir (Scott, 2000).

2.5.4. Felsefi Yaklaşımlar

Bir dizi felsefi teori, kaynakların topluma dağıtılması için normatif bir temel sağlamaya çalışmıştır. Bu teoriler adalete odaklanmış ve bu nedenle adalet teorileri olarak adlandırılmıştır. Öncelik belirleme ile ilgili üç ana adalet teorisi faydacılık, özgürlükçülük ve eşitlikçiliktir. Bununla birlikte, bu felsefi yaklaşımların her biri, sağlık kaynaklarının tahsisinde farklı dağıtım ilkeleri olduğunu savunmaktadır (Scott, 2000).

Faydacılık, toplumun bir bütün olarak mümkün olan maksimum mutluluğunu elde etmeyi amaçlayan felsefi bir adalet teorisidir. En eski destekçilerinden biri olan Jeremy Bentham, kişisel ya da siyasi olsun, en yüksek ahlak ilkesinin, genel refahı ya da ortak mutluluğu ve acı arasındaki genel dengeyi en üst düzeye çıkarmak olduğunu belirtmiştir (Sandel, 2009). Faydacı bir bakış açısına göre sağlık kaynakları toplumun toplam faydasını en üst düzeye çıkaracak şekilde tahsis edilmelidir. Bu, kaynakların toplam faydayı (veya sağlık hizmetlerinde sağlık sonuçlarını) en üst düzeye çıkaracak şekilde tahsis edileceği refahçı (veya sağlık hizmetinde aşırı refah) ekonomik yaklaşımı yansıtmaktadır.

Öte yandan, **Özgürlükçülük** kişisel özgürlük ve özel mülkiyet hakkı ilkeleri üzerine kuruludur (Sandel, 2009). Özgürlükçüler tarafından tutulan bireysel mülkiyete mutlak saygı, özel mülkün zorla yeniden dağıtılmasını önler. Bu nedenle, özgürlükçü ideolojilere dayanan bir sağlık sistemi serbest piyasa ilkelerine dayanmaktadır. Böyle bir sistemde, her birey kendi kişisel tıbbi ihtiyaçlarını karşılar ve doğuştan dezavantajlı olan kişilerin tıbbi ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin sağlanmasına katkıda bulunmak için kaynakların yeniden dağıtılması haklı değildir. Özgürlükçü adalet modeli, bireysel tıbbi ihtiyacın odaklandığı bireysel odaklı sağlık sistemi önermektedir.

Son olarak **eşitlikçilik**, insanların eşitliği konusunda temel inanca ve sağlık ve refah da dahil olmak üzere, insanların mümkün olduğunca başkalarına eşit olma olasılıklarının yaratılmasına dayanır (Sandel, 2009). Tercih edilen çözüm, kaynakların en eşit dağılımına sahip olanıdır. Sağlık hizmetlerinde eşitlikçilik, herkes için eşit sağlık statüsü elde etmeyi amaçlayan, herkes için eşit refah, eşit tıbbi ihtiyacı olan bireyler için sağlık hizmetlerinin eşit kullanımına ulaşmayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, felsefi yaklaşımlar, öncelikli belirlemeye pratik yaklaşımlar sağlamadığı, somut karar vermede uygulanamayacak kadar soyut olduğu için eleştirilmiştir. Ayrıca, farklı felsefi yaklaşımların farklı değerleri ve sonuçları vurguladığına bakıldığında hangisinin doğru olduğu konusunda fikir birliğine sahip olmanın zor olduğu görülmüştür (Sibbald, 2008).

2.5.5. Yasal Yaklaşımlar

Hukuki yaklaşımlar, tahsis kararlarının kanun çerçevesinde makul olup olmadığına odaklanır (Sibbald, 2008). Belirtilen nüfus gruplarının, bunu bir ülkenin kanunlarında

belirtme hakkına sahip olduğunu ve bunu hapsederek sağlık hizmeti faydalarının belirlenmesini gerektirir. Örneğin, Norveç'te, Norveç Hasta Hakları Yasası, nüfusa gerekli uzmanlık hizmetlerine eşit erişimi garanti eder (Kapiriri, 2007). Dolayısıyla yasal yaklaşıma göre, öncelik belirleme işleminin gerçekleştiği yargı bölgesindeki mevzuatla belirtilen minimum gereklilikleri karşılamayı içermektedir.

2.5.6. Disiplinlerarası Yaklaşımlar

Şimdiye kadar tartışılan yaklaşımlar belirli disiplinlere dayanmakta ve genellikle belirli bir öncelik belirleme hedefine odaklanmaktadır. Daha fazla hedef belirleme çabasında çok disiplinli yaklaşımlar gelişti. Bu yaklaşımlardan biri sağlık teknolojisi değerlendirmesidir (HTA). HTA, sağlık bakım teknolojisinin özelliklerinin, etkilerinin ve / veya etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır.

Teknolojilerin doğrudan ve amaçlanan sonuçlarını ve dolaylı, istenmeyen sonuçlarını ele alabilir. Temel amacı, sağlık hizmetlerinde teknoloji ile ilgili politika yapımını bilgilendirmektir (WHO, 2011). HTA genellikle disiplinlerarası gruplar tarafından çeşitli yöntemlerle çizilen çerçeveler kullanılarak gerçekleştirilir (WHO, 2011). Bu yöntemler arasında EBM ve CEA ile etik ve diğer sosyal değerler yer almaktadır (Sibbald, 2008). HTA, sağlık sektöründe öncelik belirleme kararları vermek için birçok ülkede kullanılmaktadır. Genellikle, HTA rolü, özellikle bu amaç için kurulmuş bir kuruluş tarafından yürütülmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta, Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE), sağlık müdahaleleri için HTA'yı uygular ve Ulusal Sağlık Hizmetinin (NHS) kabulüne ilişkin kararlar konusunda tavsiyelerde bulunur (Walker ve ark., 2007).

Sağlık hizmetlerinde karar vermede çok kriterli yaklaşımlar geliştirmek için yaklaşımlar da vardır. Çok kriterli karar analizi yaklaşımları, bir dizi ilgili kriteri göz önüne alarak öncelik belirleme problemini çözmek için potansiyel bir araç olarak önerilmiştir (Baltussen ve Niessen, 2006). Öncelik belirleme alanında kullanılan çok kriterli yaklaşımların bir örneği karar verme kriterlerini tanımlamak için kesikli seçim deneylerinin (DCE) kullanılmasıdır. Bir DCE'de, yanıt verenler, tercih ettikleri alternatifleri (sağlık hizmeti veya müdahale), her ölçütü farklı seviyelerde değişen her kriter ile birlikte

tanımlayan bir dizi kritere sahip olan bir dizi varsayımsal alternatif arasından seçim yapmaktadırlar. Kriterler her senaryo için benzerdir ancak her bir kriteri tanımlayan seviyeler değişmektedir. Ankete katılanların seçimlerinin analizi, her bir kriterin seviyelerinin yanı sıra önemi hakkında bilgi vermektedir.

DCE'ler, Gana'daki öncelik belirleme ve sıralama düzeni müdahalelerine ilişkin kriterleri belirlemek ve Tayland'daki bir HIV programındaki (Youngkong ve ark., 2010) ve Nepal'deki bir akciğer sağlığı programındaki (Baltussen ve ark., 2007) öncelikleri belirlemek için deneysel olarak araştırılmıştır. DCE'ler aynı zamanda öncelik belirleme kriterleri için politika belirleyici, kamu ve sağlık uzmanı tercihlerini ortaya çıkarmak için de kullanılmıştır (Koopmanschap ve Stolk, 2010). Ayrıca, sağlık sisteminin sağladığı hizmet için halkın önceliklerini ve ilaçlara ilişkin kararları fonlama ve geri ödeme önceliklerini ortaya çıkarmak için bu yöntem kullanılmıştır (Diaby, 2011).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirlemenin Hedefleri

Önceliklendirme sağlık ihtiyaçları ve çözümlerinin periyodik değerlendirmelerinin sonuçlarına dayanarak temel kararların alındığı bir uygulamadır (Farrar ve ark., 2000).

Zamanla nüfusun sağlık durumu değişebilir ve sağlık sektöründeki öncelik belirleme tatbikatı bunu yeterince yansıtabilmektedir. Örneğin, artan nüfus göçü nedeniyle, geçmişte coğrafi olarak daha fazla yerleşmiş olabilecek yeni bulaşıcı hastalık tehditleri ortaya çıkabilmektedir. Veya makroekonomik değişikliklerin tetiklediği ve yaşam tarzında değişikliklere yol açan yeni alışkanlıklar ve tutumlar, belirli nüfus gruplarının sağlık durumunu etkileyebilmektedir. Ülkenin demografik profilindeki değişiklikler, belirli (kronik) hastalıkların ön plana çıkmasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda yeni teknolojik çözümler, mortalite ve morbidite prevalansı ve insidansındaki değişimlere neden olabilmektedir (Mitton ve Donaldson, 2004).

Durum analizi süreci, sağlık sisteminin güçlü yanlarının, zayıf yanlarının, fırsatlarının ve tehditlerinin ilgili tüm paydaşlar arasında analiz edildiği ve tartışıldığı yerdir. Neyin işe yarayıp yaramadığına dair bir tartışma, sağlık sektörü zorluklarının üstesinden gelmek için olası çözümlere bağlıdır. Böylece, geniş bir paydaş tabanı tarafından tartışılan ve sıralanan bu öneriler, öncelik belirleme uygulaması için başlangıç

noktasını oluşturmaktadır. Öncelik belirleme, durum analizi çalışmasından gelen önerileri ve öngörülerini bir adım daha ileri götürmek ve onlara belirli bir öncelik düzeyi vermek için büyük bir fırsattır (Harrison, 2010).

Yaşlanan bir nüfus, iklim değişikliği veya artan sağlık eşitsizlikleri gibi gelecekteki zorluklar, hem nüfus istişareleri hem de sağlık hizmetlerin durum analizi sırasında ortaya çıkabilir. Öncelik belirleme aşamasında, sağlık paydaşlarının beklenen zorlukların sonuçlarını düşünmeleri, yerel bağlam için özel çalışmaları yorumlamaları veya yenilerini görevlendirmeleri gerekmektedir. Öncelik belirleme süreci, politikacılar ve sağlık hizmetlerindeki paydaşlarına öngörülebilir sağlık sorunlarını önceden görme ve sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasını sağlama fırsatıdır (Garland ve Stull, 2003).

Bunlara dayanarak, sağlık hizmetlerindeki öncelik belirleme sürecinin hedefleri şu şekilde özetlenebilmektedir:

1. Durum analizinde belirtildiği gibi, vatandaşların en önemli sağlık ihtiyaçlarını ve taleplerini belirlemek, bu ihtiyaç ve talepleri karşılamak için en iyi seçenekleri belirlemek;
2. Programların ve müdahalelerin kanıta dayalı, maliyet etkin ve adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamak, tüm nüfus gruplarının, özellikle de toplumun en yoksul kesimlerinin sağlık ihtiyaçlarını ele almak;
3. Ulusal stratejileri ve kamu bütçesinin kaynak tahsisini bilgilendirmek;
4. Temel referans bilgileri, politika oluşturma, izleme ve değerlendirme için kanıt sağlamaktır (Garland ve Stull, 2003).

2.7. Öncelik Belirleme Sürecinin Sınırları

Öncelik belirleme planlama döngüsünde nerede başlar ve nerede sona erer? Prensip olarak, öncelik belirleme bir şekilde politika ve planlama döngüsü boyunca meydana gelmektedir. Bazıları öncelik belirleme aşamasının sadece en önemli ihtiyaç ve fırsatları belirleme ön adımlarıyla ilgili olduğunu, diğerleri ise kaynak tahsisine ilişkin karar verme sürecini de içerdiğini düşünmektedir (Mitton, 2002).

Bir önceki durum analizi aşamasında sağlık ihtiyaçları / sorunları ve nedenleri tespit edildikten sonra, öncelik belirleme, belirlenen kriterleri, yaklaşımları ve yöntemleri temel olarak belirlenen ihtiyaçları ve seçenekleri sıralamaya odaklanmalıdır (Mitton, 2002).

2.7.1. Öncelik Belirlemenin Kapsamı

Öncelik belirleme sürecinin kapsamı bu bakımdan değerlendirilebilir:

1. Değişken aralıklarla (yıllık, orta vadeli, vb.) Ve verilen herhangi bir zaman dilimi için (kısa vadeli, orta vadeli, uzun vadeli veya diğer);
2. Sistemin herhangi bir düzeyinde (ulusal, il / bölge, ilçe veya diğer);
3. Değişen temalar ve sistem bileşenleri (hastane reformu, Ebola sonrası sağlık sistemi kurtarma vb.);
4. Katılımcılar (yetkililer, hizmet sağlayıcılar, özel sektör, topluluklar vb.) (Rumbold, 2017).

Öncelik belirlemeye geniş bir bakış açısıyla yaklaşmak, tüm seviyelerini, hizmet türlerini, katılımcıları, uygulama yöntemlerini ve finansman akışlarını kapsayan karmaşık bir girişimdir. Sağlık politikası ve planlama döngüsünün bir parçası olarak katılımcı ve kapsayıcı bir süreç olmalıdır. Bu sürecin şeffaf olması ve herkes tarafından anlaşılması gerekmektedir (Tsofa ve ark., 2007).

Öncelik belirleme genellikle stratejik planlama için dönüm noktası oluşturmaktadır. Stratejik seçenekler öncelik belirleme sürecinde tartışılmaktadır. Hastalık yükü, maliyet etkinliği ve adalet gibi kriterler temelinde alınan kararlar, sağlık sektörü için mevcut kaynaklar göz önüne alındığında stratejik planı şekillendirecektir. Ancak öncelik belirleme sürecinin çoğu, durum analizi ve toplum danışma aşamalarına dayanacaktır.

Öncelik belirleme genel olarak durum analizinden sonra ve karar vermeden ve politika tartışmalarından önce gelmektedir, bu da sağlık sektörü için kilit stratejik yönelimlerle ilgilidir. Bütçeleme ise daha sonra gerçekleştirilmektedir. Bunun ardından NHPSP uygulaması ve bundan gelen sonuçlar izlenir ve değerlendirilmektedir (Mitchell ve Bossert, 2010).

2.8. Öncelik Belirlemeyi Gerçekleştirme

Öncelik belirleme bir takastır. Belirli bir alana, diğer alanlardan daha fazla dikkat çekmek ve diğer alanlara göre daha fazla kaynak sağlamak anlamına gelir. Bununla birlikte, sağlık sektörü zorluklarının anlaşılması (durum analizi), zorlukların üstesinden gelmek için olası çözümlerin incelenmesi ve daha sonra öncelik belirleme kriterlerinin açıkça tanımlanması ilk olarak üzerinde durulan konular olmalıdır. (Klein ve ark., 1995).

Sağlık durumu; büyük ölçüde kültürel, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörler gibi diğer faktörler tarafından belirlenmektedir. Bu durumda SB'nin bir sağlık sorununa yönelik çözümlere öncelik verirken diğer kurumlarla/sektörlere etkileşim halinde bulundurulması çok önemlidir. Bu açık görünse de kurumları/sektörleri ulusal sağlık planlama süreçlerine düşünsel ve eylemsel olarak dahil etmeyi başaran birkaç ülke bulunmaktadır (WHO, 2016).

2.9. Öncelik Belirleme Kriterleri

Sağlık sektöründe öncelikleri belirlemeye yönelik çok kapsamlı olmamakla birlikte beş temel kriter önerilmektedir. Bu kriterlerin toplum, paydaşlar ve politika yapıcılar tarafından müzakereler yapılarak karar verilmesi uygun olmaktadır (Aris ve Panos, 2017).

Öncelik belirleme kriterleri:

- Hastalık yükü
- Müdahalenin Etkinliği
- Müdahalenin Maliyeti
- Müdahalenin Kabul Edilebilirliği
- Adalet

Bir ülke, yerel ihtiyaç ve normlara göre farklı veya ek kriterler seçmeye karar verebilmektedir. Bu kriterlerin her birine atfedilen göreceli ağırlık, onları etkileyen çeşitli faktörler olarak değişebilmektedir. Çeşitli kriterler ve bunların her birinin ağırlığı, siyasi bir karar olacaktır. Bu kriterleri mümkün olduğunca ölçmek ve analiz etmek için çeşitli yöntemler ve araçlar geliştirilmiştir. Bazıları beş kriterden sadece biriyle ilgilenirken, diğerleri iki kriteri birleştirir. Maliyet etkinliği ile hastalık yükünü birlikte ele almak buna bir örnek olarak verilebilir.

2.9.1. Hastalık yükü

Hastalık yükü farklı açılardan incelenebilir. SB veya hizmet kurumları açısından, sağlık yükünün büyüklüğü ve aciliyeti en uygun olanıdır. Toplum perspektifinden bakıldığında en fazla ve önemli olan sağlık yükünün algılanmasıdır. Bu yönler karşılıklı olarak dışlayıcı değildir; örneğin, yüksek bir hastalık yükü, sorunun büyüklüğünü de ve aynı zamanda yük algısını da (ancak zorunlu değil) artırabilir (Niessen ve Baltussen, 2006).

Sağlık Bakanlığı veya sağlık kuruluşu açısından bakıldığında hastalık yükü epidemiyolojik eğilimler ve prevalans, insidans ve hayatta kalma oranı gibi veriler analiz edilerek belirlenebilir. Örneğin, birçok düşük ve orta gelirli ülkede, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerdeki değişikliklerle bağlantılı olarak, epidemiyolojik profil bulaşıcı olmayan dejeneratif hastalıkların neden olduğu artan hastalık yükleri hızla değişmektedir. Böyle bir durum (bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün artması), bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için daha fazla odaklanılan önceliklerin gözden geçirilmesini isteyebilir. Bu durum, kurum düzeyinde sağlanan hizmetlerin ayarlanmasına yol açan öncelik önerileriyle sonuçlanabilir (Mitton ve Donaldson, 2004).

Hastalık yükü; erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarını ve tam sağlık durumundan yoksun ülkelerdeki sağlığa erişim problemleri nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarını ifade etmektedir. Hastalık yükünün maliyeti, bazı sağlık sorunları çözülmediği takdirde, sağlık sistemi ve toplum üzerinde diğerlerinden daha fazla maliyete neden olacağını anlaşılmasını sağlar. Bu nedenle hastalık yükünün maliyeti, öncelik belirleme sürecini etkilemektedir (Arvidsson ve ark., 2012).

Bir diğer sağlık problemi, hastalığın büyüklüğüdür. Örneğin, risk altındaki nüfusun ölüm oranı etkilemektedir. Bu aynı zamanda tedavilerin farklı yararları olan hasta alt gruplarını belirlemek ve müdahalenin tüm sağlık hizmeti ortamlarında ve alt popülasyonlarında etkili olup olmadığını belirlemek anlamına gelir. Tahminler ve eğilimler, bu tür bir kararın belirsizliğine rağmen, sağlık tehditlerinin sıralanmasında esastır. Örneğin, birçok ülke, nüfuslarını kırsal alanlardan kentsel alanlara geçirmede hızlı bir değişim yaşamaktadır. Bu olgunun, sağlık riskleri ve sağlık ihtiyaçlarının dağılımında, daha sonra önceliklendirilmesi gerekebilecek önemli değişimlere neden olması muhtemeldir (Arvidsson ve ark., 2012).

Bir problemin aciliyeti de onu öncelikli olarak belirtmek için bir sebep olabilir. Bu durumda, örneğin, yaygın bir salgın tehdidi (yayılma oranı, bulaşıcılık) olacaktır. Son Ebola salgını, yalnızca en çok etkilenen üç ülkede (Gine, Liberya ve Sierra Leone) değil, aynı zamanda küresel ölçekte acil öncelikli müdahaleler gerektirmiştir. Bu yüzden kötü işleyen sağlık ve iletişim sistemleri ve gözenekli ulusal sınırların bulunduğu bir bölgedeki salgının elde edilmesi, büyük ölçekli acil durum önlemleri ve sağlık sistemi kurtarma yatırımları gerekmektedir (Tromp ve Baltussen, 2012).

Algılama, sağlık sorununun yüküne hasta ve toplum perspektifinden bakar, öncelik belirleme sürecinde sağlık sisteminin talep tarafına daha fazla ağırlık verir. Temel olarak, bu kriter “Vatandaşlar açısından en acil sağlık sorunları nelerdir?” sorusuna cevap vermeye çalışır. Burada, sağlık sektörü paydaşlarının, bu kriteri uygularken halkın talep ve tercihlerini incelemeleri gerekmektedir (Mitton ve ark., 2009).

2.9.2. Müdahalenin Etkinliği

Bu kriter, sağlık sorununun sadece maliyet açısından değil, aynı zamanda sonuç açısından ne kadar da iyi çözülebileceğini dikkate almaktadır. Başka bir deyişle; seçilen strateji veya önceliğin beklenen sonuçlara neden olma olasılığı nedir? Tespit edilen problemin mevcut teknolojik ve organizasyonel çözümler açısından riskleri nelerdir? Uygulanabilirliği nedir (NHS, 2008)?

Etkinliği belirlerken “inovasyon” faktörü dikkate alınmalıdır: strateji veya müdahale henüz araştırılmamış ve test edilmemiş (kanıta dayalı) mı, yoksa daha önce etkinliği belirlenmiş bir bilgi tabanı var mı? Yeni bir çözümün global düzeyde teknolojik etkinliğinin kanıtlanmış olabileceği akılda tutulmalıdır. Ancak ülke düzeyinde etkinliği de değerlendirilmelidir. Örneğin, teletıp yerel ortama uyarlanmış mı? Teletıp planlanan süre içerisinde kullanıma hazır hâle getirilebilir mi? (The NHS Confederation, 2008).

Bazı çözümlerin etkinliği analiz edildiğinde, iki durum arasında ayırım yapmak faydalı olacaktır.

- Kanıt tabanı henüz küresel düzeyde kurulmamıştır (bilimsel olarak sağlam bir testle oluşturulmalıdır.)

- Kanıt tabanının küresel veya uluslararası düzeyde var olmasına rağmen, uygulanabilirlik ve etkililiğin(maliyet) yerel bağlamda doğrulanması gerekmektedir. Sonunda, çözümün / müdahalenin uyarlanması gerekebilir.

Yeni ve yenilikçi çözümlerin potansiyeli mevcut müdahalelerin etkinliğine karşı tartılmalıdır. Bu nedenle ikisinin birlikte değerlendirilmesi gereklidir. Bazı durumlarda derinlemesine bir sağlık teknolojisi değerlendirmesi gerekli olabilir (The NHS Confederation, 2008).

Bir çözümün etkinliği ve uygulanabilirliği, müdahalenin hedef nüfus tarafından kabul edilebilirliği ile de belirlenir. Ayrıca, müdahaleyi yürütecek kaynakların mevcudiyeti değerlendirilmelidir. Bu, karar vericilerin kanıta dayalı, uygulanabilir ve etkili çözümleri olan sağlık sorunlarını önceliklendirmelerini sağlayacaktır (Niessen ve Baltussen, 2006).

2.9.3. Müdahalenin Maliyeti

Bu kriter, sağlık müdahalesinin mutlak anlamda uygun olup olmadığının yanı sıra sağlık sektörüne, topluma ve sağlık sorunuyla mücadele için bireylere göreceli maliyetin uygun olup olmadığı konusunu da kapsar. Müdahalenin maliyeti ekonomik olarak uygulanabilir olmalı ve ekonomik olarak sürdürülebilir olmalıdır (Mitton ve ark., 2009).

Maliyet analizinin kalitesi mevcut verilerin ve bilgilerin kalitesine bağlıdır. Burada sadece maliyetle ilgili verileri değil, aynı zamanda maliyet etkileri olduğu sürece planlanan uygulamalarla ilgili bilgiler kastedilmektedir. Örneğin, sağlık sektöründeki destek sistemlerinin gücü, daha klasik ve klinik boyutlara ek olarak, bir sağlık müdahalesinin maliyetini etkilediği için dikkate alınmalıdır (Baltussen ve Niessen, 2006).

2.9.4. Müdahalenin Kabul Edilebilirliği

Bir öncelikli sağlık müdahalesinin kabul edilebilirliği, bir toplumun veya hedef nüfusun öncelikli bir sorununu çözüp çözmediğine bağlı olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda, müdahaleyi gerçekleştireceklerin (örneğin sağlık hizmeti sağlayıcıları, SB ve ulusal sağlık otoriteleri) istekli olmaları ile de ilgilidir (Buffett ve ark., 2007).

Kabul edilebilirlik, sosyal kabul edilebilirlik ve kültürel kabul edilebilirlik olarak iki şekilde değerlendirilebilir. Bu kriteri ele almak için içeriğe özgü öncelik belirleme gereklidir. Kabul edilebilirlik, yerel bir ortamda belirli bir müdahale sağlamanın

uygulanabilirliği ile yakından ilgilidir. Hizmet sağlayıcı tarafından riskten kaçınma ve değişime karşı direnç, herhangi bir politikayı veya müdahaleyi etkili bir şekilde engelleyebilir. Belirtilen sebepler genellikle gelirlerin azalması veya iş yükünün artmasıdır. Hükümet tarafından, yeni bir öncelik, algılanan katma değeri düşük bir ek iş yükünü temsil ediyorsa, memur ve idarecilerden direnç yaratabilir. Bu nedenle, tüm paydaş gruplarıyla, endişeleri en alt düzeye indirmek, tartışmak ve açıklığa kavuşturmak için baştan sona sağlam politika diyalogu sağlamak esastır (Tromp ve Baltussen, 2012).

Öncelikli bir sağlık müdahalesi doğal olarak sosyal ve kültürel normlara aykırıysa, sosyal veya kültürel kabul edilebilirliğe yönelik özel müdahaleler yapılmadığı sürece, başarı şansı düşüktür. Bu nedenle öncelik belirleme, sosyal ve kültürel kabul edilebilirliğin nüansları ve sağlık müdahalesinin başarısını veya başarısızlığını etkileyebilecek temel faktörler hakkında kanıt gerektirir. Ulusal sağlık planlama sürecinde, toplumun kabul edilebilirlik algıları her aşamada ve özellikle de öncelik belirleme aşamasında göz önünde bulundurulmalıdır (Tromp ve Baltussen, 2012).

2.9.5. Adalet

Adalet kavramı, insanlara eşit, doğru ya da makul bir şekilde davranmanın niteliği ile tanımlanmaktadır (Daniels ve ark., 1996). Adalet, bir sağlık ihtiyacının önemi ve müdahalenin etkinliği konusundaki karar ve takas ile yakından bağlantılı olduğu için öncelik belirleyici bir tartışmaya dahil edilmelidir (Daniels ve Sabin, 1997). Ayrıca, çözümler maliyetine ne kadar ağırlık vereceğine dair kararı da etkiler. Örneğin; bir sağlık sorunu temel olarak, sağlıklı yaşam koşullarını ve sağlık hizmetlerine finansal erişimi sağlamak için çok düşük gelir seviyesine sahip kişileri etkileyebilir. Bir sağlık sorunu, özellikle tehlikeli bir ortamda yaşayan popülasyonda yaygın olabilir. Ya da popülasyonun belirli bir kesimi, sağlıksız yaşam tarzı nedeniyle (diyet alışkanlıkları, uyuşturucu kullanımı vb.) risk altında olabilir (Daniels ve Bryant, 1998). Bu vakaların hepsinde, sağlık imkanları toplumun azınlığını temsil etse de ve bu sağlık sorununun tedavisi olmasa dahi, bu popülasyon alt gruplarının sağlık sorunlarına öncelik verme kararına yol açabilir.

Son zamanlarda belirgin bir biçimde artan adaletle bağlantılı bir başka öznel unsur, özellikle yaşamın erken döneminde müdahale etmenin maliyet etkinliğinin kanıtını

incelerken ortaya çıkan “kurtarma kuralı” (Rule of Rescue) kavramıdır (Brock, 2004). Kurtarma kuralı, “hasta bireyleri kurtarmak”, yani yaşamı tehdit edici bir durumu olanlar için, yaygın ve kesin olarak hissedilen bir görevdir. Sağlık hizmetlerinde kurtarma kuralı genellikle maliyet fayda değerlendirmesinde bir kısıtlama olarak görülmektedir, ancak çoğu zaman bunun tam tersi kanıtlanabilir: Örneğin, hastaları ölümcül bir hastalıktan kurtarmak, hastaların erken ölümlerini önler. Onları iyi veya tam sağlık durumuna getirmek çok sayıda QALY (Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları) üretecektir (Schöne ve Seifert, 2009).

Kurtarma kuralı konsepti, “ilk önce hasta” ve “toplam faydayı maksimize etmek” (maliyet faydası) ilkeleri arasındaki etik ikilemi vurgulamaktadır (Hughes ve Walker, 2009). Kurtarma kuralı ilkeli tedavi örnekleri, diyaliz ve böbrek naklidir. Kurtarma kuralı mantığına göre daha düşük öncelik verilen müdahaleler, tanı ve teşhis taramaları gibi önleme programlarıdır (Cookson ve ark., 2008).

2.10 Bağlamsal Faktörler

Öncelik belirleme süreci, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde siyasi süreçler ve etkiler dahil olmak üzere bir dizi bağlamsal faktöre bağlı olacaktır (Baltussen ve ark., 2007).

2.10.1 Kapsamlı Bir Hükümet Yaklaşımı

Sağlık için strateji belirlerken, sektör çapında kapsamlı bir yaklaşımın birçok avantajı vardır. Her şeyden önce, tüm sağlık sektörü için kapsamlı ve entegre bir planlama sağlamaktadır. İkincisi, öncelik belirlemeye çeşitli paydaş grupları katılmaktadır. Bu, doğrudan ilgilenenlerin (program ve tesis yöneticileri, destek kuruluşları ve sağlık sistemi kullanıcıları) önceliklerin seçimine katkıda bulunmalarını sağlamaktadır. Üçüncüsü ise, sektör genelinde kapsamlı bir yaklaşım, öncelik belirleme uygulaması bağlamında, öncelik belirleme sonuçlarının ülke mülkiyetini artıran ulusal (SB) liderliği pekiştirmektedir. Kısacası, kapsamlı yaklaşımla öncelik belirleme, etkinlik, verimlilik, geniş taahhüt ve kabul edilebilirlik ve dolayısıyla sürdürülebilirliğin artmasına yol açabilmektedir (Mitchell ve Bossert, 2010).

Birçok ülke, kapsamlı bir planlama yaklaşımı ve Paris Deklarasyonu ilkelerine bağlılıklarını belirtmiştir. Birçoğu, Entegre Sağlık Planı (IHP) ve Küresel Sözleşmeyi

(Global Compact) imzalamıştır ve daha sonrasında ulusal bir sözleşme geliştirmiştir. Yine de, bir ülkenin sağlık politikasındaki ve stratejik çerçevesindeki somut taahhütler bağlılığı yansıtırsa bile, bu, sağlık sektörü için orta vadeli öncelik belirleme kapsamının, yaklaşımının ve metodolojisinin gerçekten sektör çapında ve geniş bir paydaş katılımcılığına dayanacağını garanti etmemektedir. Bunun gerçeğe dönüşmesi için, etkili paydaşlarla istişare ve koordinasyon mekanizmaları, ortak karar alma için açık ilkeler ve prosedürlerle uygulanmalıdır. İkincisi, analiz edilen ve sentezlenen kapsamlı sektör bilgileri paylaşılmalıdır. Bu, SB tarafından net ve güçlü bir iletişimi gerektirmektedir. Son olarak ise, öncelikli olarak önderlik etmek için güçlü bir ulusal liderliğe ihtiyaç duyulur ve bu da SB'nin süreci proaktif olarak yönetmesini sağlamaktadır (Guindo ve ark., 2012).

2.10.2 Ulusal Düzeyde Siyasi İklim

Öncelik belirleme, doğal olarak politik bir süreçtir. Bu nedenle genel siyasi iklim ve siyasi parti programları da dikkate alınması gereken önemli bir husustur (Reeves ve ark., 2011). Vatandaşlar, hükümetleri aracılığıyla politikalarda hangi sağlık sorunlarının ele alınacağına ve sağlık sistemi içinde kaynakların tahsis edilmesine karar vereceklerdir. Seçimler ya da hükümet değişikliği gibi siyasi fırsatlar, sağlık sektörünün önceliklerini belirlemede kullanılan yöntemleri büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Ayrıca, çeşitli lobilerin (sağlayıcılar ve sivil toplum dahil) etkisi göz ardı edilmemelidir. Siyasi kargaşa nedeniyle ulusal düzeyde yönetimin zayıf olduğu ülkelerde, toplum sağlığının güçlü bir odak noktası olmaya devam etmesi için özel dikkat gösterilmelidir. Siyaset, her ne kadar öncelik belirleme konusunda ön plana çıksa da, sağlık sektörünün paydaşları ihtiyaçların ve taleplerinin politik tartışmalarının merkezinde olmasını sağlamalıdır (Defechereux ve ark., 2012).

2.10.3. Uluslararası Siyasetin Önemi

Tartışma, gündem veya ulusal taahhütler gibi uluslararası politika ile ilişkin konularının dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin, çevre koruma, küresel tartışmalarda kilit bir konudur. Hava / su / toprak kirliliği ve iklim değişikliğinin sonuçları, ilgili toplumların sağlığı için tehditler içermektedir. İdeal olarak bunun, karbon monoksit

seviyelerinin azaltılması gibi çevresel bir hedefin, sağlık öncelik belirlemeye de yansıtılması gerektiği anlamına gelmektedir (Dehnavieh ve ark., 2010).

Benzer şekilde, insan haklarının korunmasına ilişkin uluslararası taahhütlere göre, dezavantajlı grupların, ayrımcılığa ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe karşı korunması gerekmektedir. Bölgesel değişimler örneğin savaşlar, çevredeki ülkelerde sağlık hizmetini beklenmedik şekilde etkileyebilmektedir. Böyle durumlarda bu ülkelerinin vatandaşları göç etmek zorunda kalmaktadır (Mitchell ve Bossert, 2010).

2.11. Yaklaşımlar, Modeller ve Yöntemler

Literatürde, teknik analizlerde yardımcı olan çeşitli yaklaşımlar ve modeller tanımlanmaktadır. Herhangi bir yaklaşım öncelik belirleme kararı için rasyonel bir temel oluşturarak mevcut verileri ve kanıtları analiz etmeye çalışmaktadır. Bir yaklaşımın değere dayalı unsuru, belli bir ilkenin doğruluğu veya yanlışlığının değerlendirilmesine dayanan öncelik belirleme kararına katkıda bulunacaktır (bu ilkelerin örneği “eşitliktir”). Öncelik belirleme yöntemlerinin çoğu hem teknik hem de değer temelli bir ögeye sahiptir (Tomlinson ve ark., 2011).

Literatürde, mevcut yaklaşımlar tartışılmaktadır. Yaklaşımların arasında hesap verebilirlik, multikriterler, karar analizi, kamu bütçelemesi ve marjinal analiz, çok disiplinli yaklaşım, yatırım vakası yaklaşımı, halkın katılımı yaklaşımı, nitel ve nicel yaklaşımların karışımları, gibi yaklaşımlar yer almaktadır. Fakat, hiçbir özel yaklaşımın güvenle önerilemediği görülmüştür. Bu yaklaşımların her birinin avantajlarının ve sınırlamalarının, yerel durum ve bağlamla ilgili olarak tartışılması gerektiği sonucuna varılmıştır (Baltussen ve ark., 2006).

Hastalık yükü ve mortalite analizleri gibi teknik yaklaşımlar, denenmiş ve test edilmiş metodolojilerdir ve diğer yaklaşımlara kıyasla daha az öznelidir. Gelecek planları yaklaşımı veya risk faktörü yaklaşımları bazı varsayımları nedeniyle özneliği getirmektedir. Sosyal dayanışma yaklaşımı güçlü bir değer tabanına sahiptir, çünkü öncelik belirleme öncelikleri belirleyen toplum ya da ülke tarafından değerlendirilen etik ve ahlaki yönlerle dayanmaktadır (Arvidsson ve ark., 2012).

Söylendiği gibi, etik ve ahlaki değerler hiçbir zaman öncelik belirleme sürecinden tamamen yoksun değildir. Çeşitli sağlık girişimleri için desteği seferber etmek için sık sık uygulanırlar ve sosyal adalet teorileri çoğu zaman insanların adil ve eşit muamele görmesini sağlamak için uygulanmaktadır (Rudan ve ark., 2010).

2.12. Önceliklendirmede Ortak Sorunlar ve Başarı Faktörleri

2.12.1. Kısıtlamalar ve Zorluklar

Öncelik belirleme konusunda çeşitli kısıtlamalar gözlenmiştir. Bunlar; ülkenin genel politik, kurumsal veya yasal bağlamı ile sağlık sistemi ve süreçle ilgili kısıtlamalar olabilmektedir (Ratcliffe ve ark., 1996). Aşağıda bu kısıtlamalar detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.

- Ülkenin yasal çerçevesindeki zayıflıklar, özellikle şeffaflık ve hesap verilebilirlik açısından, ulusal politikaların uygulanmasını ve izlenmesini ve bunun yanı sıra yeterli liderlik ve yönetişimi engelleyebilmektedir.
- Yetersiz kurumsal çerçeveler nedeniyle sektörler arası koordinasyon ve işbirliğinin olmaması öncelik belirlemeyi kısıtlayabilmektedir (Litva ve ark.,2002).
- Sağlık bilgi sistemi, eksik ve hatalı veriler üretiyor ise, sağlık sorunlarının göreceli önemi ve stratejilerin etkinliği konusunda hatalı sonuçlara yol açabilmektedir.
- Sağlık sektörü için tamamlanmamış yasal çerçeveler ve belirsiz karar alma prosedürleri program değerlendirmesini engelleyebilmektedir.
- Sağlık sisteminde, hizmet sağlayıcıların ve sivil toplum temsilcilerinin yeterli düzeyde bulunmama riski önceliklendirmeyi kısıtlayabilmektedir.
- Sağlık sektöründe öncelik belirleme konusunda alınan kararlar, ilgili kişilerin ekonomi ve sağlık konusunda bilgi ve deneyiminden yoksun olması durumunda, analiz sonuçlarını planlara dönüştürmeleri mümkün olmayacaktır (Hall ve ark., 2018).
- Çok fazla idari talep ile karşı karşıya olunan bir sağlık sisteminde, öncelik belirleme ve takibi düşük öncelikli bir faaliyet olarak görülebilir.
- Güçlü SB liderliğinin ve çeşitli paydaşlar arasında etkili bir iletişimin olmayışı, öncelik belirleme kararlarını düşük seviyede olan kabul edebilirliğine ve

nihayetinde gelecekteki gerekli kaynakların (ulusal ve dış) mevcudiyeti konusunda belirsizliğe yol açabilir (Daniels ve Sabin, 1997).

2.12.2. Önceliklendirmede Başarı Faktörleri

Öncelik belirleme sürecinin başarılı olarak kabul edilebilmek için bir dizi kriter yerine getirmek gerekmektedir (Hipgrave ve ark., 2014).

- Öncelik belirleme süreci açıkça tanımlanmış bir kapsam, yaklaşım ve metodolojiye dayandırılmalıdır.
- Öncelik belirleme sürecinde, iletişim ve geri bildirim sağlanmalı ve süreç şeffaf bir şekilde geliştirilmelidir.
- Analiz değerlerini ve yerel bağlamları dikkate almalıdır.
- Plan ve bütçenin bir sonraki aşaması için, ihtiyaçlara, maliyet etkin müdahalelere ve değerlere dayalı olarak daha dengeli ve rasyonel bir kaynak dağılımı göstermelidir.
- Kötü durumda olan nüfus gruplarına ve risk altındaki bölgelere daha fazla fayda sağlayan müdahaleler için kaynaklar tahsis edilmelidir.
- Planın / bütçenin uygulanması, yerel bağlamın dikkate alındığı durumlarda, stratejiler ve uygulama yöntemleri kanıta dayalı teknolojilere uyarlanmalıdır.
- Planın ve bütçenin bir sonraki aşaması için, dezavantajlı nüfus gruplarının öncelikli ihtiyaçlarının dikkate alındığını açıkça gösterilmelidir.
- Öncelik belirleme sürecinin sonuçları toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır (Hipgrave ve ark., 2014).

2.13. Öncelik Belirleme Ülke Örnekleri

Bu bölümde, açık öncelik belirlemeye yönelik dokuz ülkenin örnekleri ele alınmaktadır. Bu örneklerde hem teknik hem de etik düzeydeki sorunlar ele alınacaktır. Bir hizmet paketi tanımlarındaki göreceli sıklık derecesine göre üç geniş başlık altında gruplandırılmaktadır.

İlk grupta en sıkı tanımlanmış hizmet paketlerini içeren ve açıkça belirtilmiş olan sadece Oregon eyaletinden (ABD) olmuştur. İkinci grupta, Almanya ve Hollanda'da olduğu gibi sigorta fonları tarafından sağlanan temel hizmetleri veya Yeni Zelanda'da olduğu gibi

vergilerden finansman edilmiş sağlık sistemleri ele alınmaktadır. Üçüncü grubun üyeleri ise, en gevşek şekilde tanımlanmış yasal hizmetler grubunda öncelik belirleme sistemleri geliştirmeye çalışmışlardır, bu grup Finlandiya, Norveç, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık'tan oluşmaktadır (Tragakes ve ark., 1998).

2.13.1. Sağlık Hizmetlerinin Listesini Tanımlamak

Oregon Reformu (ABD)

ABD'nin yoksullarına sağlık hizmeti sunan bir kamu programı olan Medicaid, bu ülkede geniş çapta öncelik belirleme çalışmaları için ilk çalışma olmuştur. Medicaid programının genel olarak karşıladığı finansman kısıtlamaları, tüm sağlık hizmetleri yelpazesini kapsayan bir öncelikler listesi oluşturma çalışmalarına yol açmıştır. Amaç, bir temel hizmet paketi oluşturmak ve tüm sigortasız vatandaşların, yoksulların da kapsam altına alınmasıdır (Brown, 1991).

11 üyeden oluşan bir komisyon (5 doktor, 1 halk sağlığı hemşiresi, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 4 sağlık tüketicisi olmak üzere) öncelik belirleme listesinin yapılması görevini üstlenmiştir.

İlk olarak, komisyon, bir öncelik belirleme listesi oluşturmakta QALY'leri kullanmıştır. Listenin başında yer alan en düşük maliyetli QALY ile başlamıştır. Fakat maliyet-QALY tekniği uygulama zorluğu nedeni ile kaldırılmıştır. İkinci denemede, komisyon 17 bakım kategorisi oluşturmuştur. Daha sonra kriterleri belirlemek için çok sayıda halk toplantısı ve kamuya açık oturumlar düzenlemiştir.

Halk, 13 kriter seçmiştir:

1. Önleme
2. Yaşam kalitesi
3. Maliyet etkinliği
4. Çalışabilme yeteneği
5. Eşitlik
6. Tedavinin etkinliği
7. Yararlanan kişi sayısı
8. Ruh sağlığı ve kimyasal bağımlılık

9. Kişisel seçim
10. Merhamet
11. Toplum üzerindeki etki (özellikle bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak)
12. Yaşam süresi
13. Kişisel sorumluluk.

Başkan Bush'un listeyi onaylaması beklenirken, kendilerine daha az değer verildiğini iddia eden engelli insanların protestoları nedeniyle reddedilmiştir. Başkan Clinton Mart 1993'te gözden geçirilmiş bir sıralamayı onaylamıştır ve program Şubat 1994'te faaliyete geçmiştir (Ham, 1998).

Oregon programı, açık bir öncelik belirleme biçimini uygulayarak ve daha geniş kitleleri dahil ederek halkın meşruiyetini sağlama çabaları için övgüler almıştır. Fakat, bazı ülkelerde şiddetle eleştirilmiştir.

Bazı eleştiriler, kısıtlamaları sağlayan QALY'lerin kullanımına odaklanmaktadır. Ayrıca, Oregon programı maliyet etkinliği analizinin ciddi zayıflıklarına dikkat çekmiştir. Öncelikleri sıralamayı belirlemek için kullanılan yöntemler, komisyonun subjektif değerlerine dayanmıştır. Böylece, şeffaflığı ve açıklığı elde etmek için yapılan ilk çabalar, küçük bir grubunun öznel değerlemelerine yol açmıştır (Blumstein, 1997).

2.13.2 Sağlık Hizmetlerinin Temelerini Belirlemek

Bu grubun özelliği, üyelerinin, normatif veya teknik kriterleri veya her ikisini de temel hizmetleri tanımlamak için kullanmaya çalışmasıdır.

Hollanda'da temel sağlık hizmetleri

Hollanda'daki sağlık sistemi, sosyal ve özel sigorta sistemine dayanmaktadır. Son yıllardaki reform önerileri, tüm nüfus için yasal kapsam sağlamaya çalışmaktadır. 1990 yılında, sağlıktan sorumlu Devlet Sekreteri, sağlık hizmetleri için önceliklerin nasıl belirlenmesi gerektiğini belirlemek için Dunning Komitesini kurmuştur. Komite'nin raporu, uygulanmamasına rağmen, öncelik belirleme hedefine ulaşma teklifinin bir örneği olarak büyük ilgi görmüştür (Ministry of Welfare HCA, 1992).

Dunning Komitesi, bireysel ve tıbbi bir yaklaşımla birlikte bir topluluk yaklaşımı benimsemiştir. Komiteye göre, bireysel yaklaşımda sağlık, bireylerin neye ihtiyaç

duydıkları konusunda karar vermelerininde özerklik sağlayacaktır. Tıbbi yaklaşım, hastalığın yokluğunda sağlığı tanımlamaktadır. Psikososyal işlevsellik yerine normal biyolojik işlevlere odaklanmaktadır. Topluluk yaklaşımında sağlık, bir toplumun her üyesinin sosyal hayata katılma kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Üç yaklaşım, topluluk yaklaşımının makro düzeyde, tıbbi-profesyonel yaklaşımın orta düzeyde ve bireyin mikro düzeyde karar vermesini yönetmesi gereken bir hiyerarşi oluşturmaktadır (Berg ve Grinten, 2003).

Dunning Komitesi üç ilkeyi desteklemektedir, bunlar:

1. Eşitlik ilkesi
2. Hayat koruma ilkesi
3. Dayanışma ilkesidir.

Bakım hizmetlerinde öncelikler şunlardır (Berg ve Grinten, 2003):

- Ciddi zihinsel ve fiziksel sorunları, ölümcül hastalık, psikogeratrik ve psikiyatrik sorunları olan hastalara bakım;
- Evde profesyonel hemşirelik bakımı;
- Kronik hastalık olan hastalara ev ortamında bakım desteği;
- Ev ortamında ev içi faaliyetlere destek.

Kategoriler içindeki ve arasındaki öncelikler, etkin müdahale ilkesinin yanı sıra maliyet etkinliği ilkesine uygun olarak ayarlanmalıdır.

Yeni Zelanda'daki temel sağlık hizmetleri

Yeni Zelanda vergi destekli bir sağlık sistemine sahiptir. 1993'teki sağlık reformu, bir iç pazar geliştirmeyi amaçlamıştır. Yeni kurulan dört bölgesel sağlık otoritesi, nüfusları için kamu, özel veya gönüllü sağlayıcılardan bakım satın alabilmiştir. 1992 yılının Mart ayında Temel Sağlık Hizmetleri ve Engellilik Destek Hizmetleri Ulusal Danışma Komitesi kurulmuştur. Rolü, topluluğun görüşlerini hükümete sunmaktır. Hedefleri şunlar olmuştur (Ashton ve ark., 2000):

- Hangi hizmetlerin kamu tarafından finanse edilmesi gerektiğini belirlemenin kabul edilebilir bir yolunu bulmak

- Kamu tarafından finanse edilmesi gerektiğine karar verme sürecini daha açık hale getirmek
- Topluluk değerlerini yansıtan kamu tarafından finanse edilen hizmetlerin özünde değişiklikler önermek
- Erişim şartlarını tanımlamak (Kim hangi hizmetleri ve hangi zaman dilimi içinde alır).

Raporunu hazırladıktan sonra görevi tamamlanan Hollanda'nın Dunning Komitesinin aksine, Yeni Zelanda Komitesinin varlığı devam etti ve hükümete zaman içinde öncelik belirleme konusunda tavsiyelerde bulunmaya devam etmesi beklenmektedir. Hangi hizmetlerin kamu tarafından finanse edilmesi gerektiği konusunda hükümete yıllık olarak tavsiyelerde bulunmaktadır. Hükümetin bu tavsiyeyi kabul etmesi üzerine, bölgesel sağlık otoriteleri bu hizmetleri kendi popülasyonları için satın almakla yükümlüdür (Cumming, 1994).

Komite, hangi hizmetlerin kamu tarafından finanse edileceğine karar vermede kullanılacak beş kriter geliştirmiştir:

- Maliyet
- Etkinlik
- Hizmetin kullanılabilirliği
- Halkla istişarelerden gelen yanıtlar
- Önerilen değişikliklerin etkisinin değerlendirilmesi.

Yeni Zelanda'da öncelik belirleme çalışması, erişimde eşitlik değeri ile alıcıların öncelikleri belirleme özgürlüğü arasında bir çelişkiyle karşılaşmaktadır. Bir dizi temel hizmetin ulusal düzeyde adil erişim hedefini yerine getirme kabiliyeti, hizmetlerdeki bölgesel farklılıklar arttıkça azalmaktadır (Dayalu ve ark., 2018).

Almanya'da temel sağlık hizmetleri

Almanya'nın sağlık sistemi, sosyal güvenceye dayanmaktadır. 1980'lerden bu yana, maliyet kontrolünü amaçlayan bir dizi reform başlatıldığı zamandan beri büyük bir incelemeye girilmiştir. Bu reform sonrasında 1993 yılında Sağlık Bakanı, Sağlık Bakımında Konsantre Eylem Danışma Konseyi'nden gelecek yüzyılda sağlık bakım

sisteminin gelişimi hakkında tavsiyeler içeren bir rapor hazırlamasını istemiştir (Kieslich, 2012). Konseyin ele aldığı sorular aşağıdaki yer almaktadır:

- 2000 yılından sonra sosyal sağlık hizmetinin temel bir parçası olarak hangi faydalar korunmalıdır?
- Bazıları, dayanışma ve sübvansiyon temelinde değil, isteğe bağlı olarak sunulabilir mi?
- Sistemde israf etmeden ekonomik olarak uygulanabilir bir biçimde faydalar nasıl sağlanabilir?

Konsey, 1994 yılında yasal faydalardaki herhangi bir kesintinin ancak sistemi rasyonalize etme çabalarının tükenmesinden sonra yapılması gerektiğini bildirmiştir. Faydaları kategorize etmek için tıbbi, ekonomik ve sosyopolitik kriterler önermiştir. Tıbbi kriterler, müdahaleler sonucunda yaşam kalitesindeki iyileşmeleri ve müdahalelerin ne kadar hayat kurtarıcı olabileceğini içermektedir. Ekonomik kriterler, maliyet etkinliği, sigorta edilebilirlik ve tedaviye ihtiyaç duyulmasının sorumlu kişisel davranıştan kaçınılmasının mümkün olup olmadığını içermektedir. Sosyo-politik kriterler ise zorluk ve ekonomik stres ile ilgilidir (Busse, 1999).

Sağlık hizmeti sunumunun temel unsurları olan sigorta fonları veya merkezi hükümet tarafından kararlaştırılacak birkaç model üretilmiştir. Bu konuda, sigorta fonlarına alıcılar için daha fazla seçenek sunan tarifeler hazırlamaları önerilmiştir (Peacock ve ark., 2009).

2.13.3. Hizmetlerin Geniş Sınırlamaları

İspanya'da Öncelik Belirleme

İspanya'da vergi destekli bir Ulusal Sağlık Servisi (NHS) bulunmaktadır. Bugüne kadar hiçbir sağlık hizmetinin alıcı-sağlayıcı ayrımı gerçekleşmemiştir. 1994'te, İspanya'nın bölgesel sağlık hizmetlerini koordine eden Bölgeler Arası Komite'nin bir çalışma grubu, NHS tarafından sağlanacak temel bir hizmet paketi teklifinde bulunmuştur. Amacı sağlık hizmeti haklarının sınırlarını belirlemek, dahil etme ve hariç tutma için kriterler oluşturmaktır. Başlangıçta kamuoyunu tartışmaya davet etmek için çaba sarf

edilmiştir, fakat halk çok ilgi göstermemiştir. Ocak 1995'te, teklifler bir kararname olarak kabul edilmiştir (Gaminde, 1995).

Liste kavramı reddedilmiştir. Haklar, hizmet kategorileri (Oregon prosedür listelerinin aksine) ile tanımlanır ve aşağıdakileri içermektedir:

- Birincil bakım
- Özel bakım
- İlaçlar
- Tamamlayıcı hizmetler
- Bilgilendirme ve dokümantasyon.

Dışlama kriterleri aşağıdaki gibidir (Tresserras, 2000):

- Klinik güvenlik ve etkinlik konusunda yeterli kanıt yoktur veya prosedürler eskidir.
- Prosedürlerin önleyici tedaviye, hastalıkların iyileşmesine veya ağrının azaltılmasına etkisi katkısı kanıtlanmamıştır.
- Prosedürler dinlenme, rahatlık, estetik veya kozmetik faaliyetleridir.

Bu genel kriterler dışında, altı tür hizmet açıkça hariç tutulmuştur (García, 2010):

- Yasal olarak gerekli olmayan sağlık raporları ve sertifikalar,
- Gönüllü sağlık kontrolleri,
- Kaza veya hastalık için gerekli olmayan estetik cerrahi,
- Spa ve dinlenme kürü,
- Cinsiyet değişimi,
- Psikanaliz veya hipnoz,

Kamu tarafından finanse edilecek yeni hizmetler söz konusu olduğunda, bakım paketine dahil edilme kriterleri şunlardır (Terlizzi, 2019):

- Klinik etkinlik,
- Uygun maliyetli alternatiflerin olmaması,
- Tedavi için teknoloji ve sağlık uzmanlarının mevcudiyeti,
- Koruma altındaki, risk altındaki veya özel ihtiyaçları olan grupların bakımı.

İngiltere'de Öncelik Belirleme

İngiltere'de NHS vergi ile finanse edilmektedir. Büyük sağlık reformları, 1991'de NHS'de bir alıcı-sağlayıcı bölünmesine neden olmuştur. Bölge sağlık otoriteleri ve aile sağlığı otoriteleri, sağlık hizmetlerinin tüketicisi olmuştur (Ham, 1993). Alıcılar olarak kendi kapasitelerinde, vatandaşların iç pazardaki temsilcileri haline gelmişlerdir. Alıcılar ve sağlayıcılar hizmet sunumu için sözleşme anlaşmalarıyla bağlanmıştır. Alıcı-sağlayıcı bölümünün ardındaki temel gerekçe, talebe dayalı hizmet sunumu yoluyla “daha fazla değer için para” sağlamak olmuştur. Bunun öncelik belirleme sorunları üzerinde önemli etkileri olmuştur (Klein ve ark., 1996).

Birleşik Krallık'taki sistem, NHS içindeki bir iç pazarın kurumuna da öncülük eden 1991 reformlarının devrim niteliğindeki doğası nedeniyle uluslararası alanda büyük ilgi görmüştür. Burada ki tartışma, öncelik belirleme sorunları üzerinde doğrudan etkisi olan gelişmelerle sınırlıdır. İngiltere deneyimine dair biriken kanıtlar, tüketicilerin, öncelik belirleme sürecindeki rolleri konusundaki ilk beklentilerinin gerçekleşemediğini göstermektedir. Burada dört temel sorun özetlenebilmektedir (Turnberg ve ark., 1996). Bunlar:

Birincisi, ihtiyaç değerlendirmesinin gerçekleştirilmesindeki zorluklar ve ihtiyaç kavramını tanımlayan bazı doğal belirsizliklerden kaynaklanmaktadır. İhtiyaç tanımlandıktan sonra, ihtiyaçları karşılamak ile ilgili başka sorular ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, farklı sağlık otoriteleri ihtiyaçları farklı şekilde tanımlamaktadır. İhtiyaçlarla ilgili ulusal bir standardın nasıl sağlanacağı sorusunu gündeme getirirken, ulusal düzeyde eşitlik kavramından uzaklaşılmasına dikkat edilmelidir.

İkincisi, maliyetler ve hizmetler konusunda bilgi ihtiyacına ilişkin zorluklardır. Alıcılar uygun satın alma kararları almak için gereken bilgiden yoksundur fakat sağlayıcılar bilgi sahibi olabilmektedir.

Üçüncüsü, mevcut hizmetlerin ve yeni hizmetlere yapılan yatırımların sağladığı sistematik değerlendirme ve faydaların karşılaştırılması ile ilgili zorluklar vardır. Bu, sağlık yetkilileri tarafından yerine getirilmesi gereken bir görevdir.

Dördüncüsü ise, önemli zorluklar, karar verme sürecinde etik bir kuralın bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Sağlık yetkilileri, ihtiyaç değerlendirmesi ve maliyet

etkinliği analizi gibi kaynak tahsisi konusunda karar vermek için çeşitli teknikleri kullanmaya çalışmışlardır. Bu durum, ulusal düzeyde tartışılması veya herhangi bir kamuoyu tartışmasına tabi tutulması gereken normatif bir değerlendirme gerektirmektedir (Turnberg ve ark., 1996).

Norveç'te Öncelik Belirleme

Norveç vergi ile finanse edilen bir ulusal sağlık hizmetine sahiptir ve öncelik belirleme yaklaşımlarını incelemeye başlayan İskandinav ülkelerinin ilkidir. 1985 yılında kurulan Lonning Komisyonu, 1987'de öncelik belirleme ile ilgili sorunları inceleyen bir rapor yayınlanmıştır. Komisyon, hastanın durumunun ciddiyetine göre sıralanmış beş öncelik seviyesi belirlemiştir. Mayıs 1997'de yayınladığı raporda; durumun ciddiyetine ek olarak, müdahalelerin etkililiğini ve maliyet etkinliğini öncelik belirleme kriterleri olarak tanımlamıştır (Calltorp, 1999).

1997 raporunda dört hizmet grubu listelenmiştir (1987'nin beş öncelik seviyesinin yerine geçmek için):

- Temel sağlık hizmetleri
- Ek sağlık hizmetleri
- Düşük öncelikli sağlık hizmetleri
- Kanun hükmünden hariç tutulan hizmetler (Holm, 1998).

Zihinsel hastalığı olan insanlara ve rehabilitasyona ihtiyaç duyanlara öncelik verilmesi için harekete geçilmesi önerilmiştir.

Ayrıca, Komisyon birkaç tavsiyelerde bulunmuştur:

- Doğrudan hasta ödemeleri konusu, özellikle üçüncü kategorideki hizmetler söz konusu olduğunda (düşük öncelikli olanlar) gözden geçirilmelidir.
- Sağlık teknolojisi değerlendirmesi ve ekonomik değerlendirme önceliklerin belirlenmesinde daha fazla dikkat göstermelidir.
- Önceliklerin belirlenmesinde tutarlılığı sağlamak bir öncelik kurulu oluşturulmalıdır (Norheim, 2003).

İsveç'te Öncelik Belirleme

İsveç'te vergi ile finanse edilen bir sağlık sistemi bulunmaktadır. 1992 yılında kurulan İsveç Parlamenter Öncelikleri Komisyonu, 1993 yılında öncelik belirleme konusundaki nihai raporunu hazırlamıştır. Bulguları ve sonuçları, kapsamlı anketlerin, uzmanların, kuruluş temsilcilerinin, politikacıların, sağlık hizmeti çalışanlarının ve genel halk temsilcilerinin görüşmelerine dayanarak olmuştur (Ministry of Health and Social Affairs, 1993).

Komisyon, sonuçlarını üç etik ilkeye dayandırmıştır:

- İnsanlık onuru ilkesi: Tüm insanların eşit onur ve aynı haklara sahip olması,
- İhtiyaç ve dayanışma ilkesi: Kaynakların ihtiyaçların en fazla olduğu alanlara aktarılması ve seslerini duyurma veya haklarını kullanma konusunda daha az şansı olanların ihtiyaçlarına özel bir dikkat gösterilmesi gerektiğini,
- Maliyet verimliliği ilkesi: İyileştirilmiş sağlık ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi açısından ölçülen, maliyet ve etki arasında makul bir ilişki olması gerektiği,

Maliyet verimliliği prensibi ancak aynı hastalığın tedavisi için yöntemlerin karşılaştırılmasında uygulanmalıdır. Farklı hastalıklar söz konusu olduğunda, sonuçların adil şekilde karşılaştırılması mümkün değildir (Ministry of Health and Social Affairs, 1995).

Finlandiya'da Öncelik Belirleme

Vergiden finanse edilen bir ulusal sağlık hizmeti olan Finlandiya, İsveç'in öncelik belirleme yaklaşımından etkilenmiştir. 1992 yılında Ulusal Refah ve Sağlık Kurulu, önceliklendirme konusunda bir çalışma grubu kurulmuştur ve 1995'te Sağlık Bakımı Önceliklendirme Çalışma Grubu'nun raporu yayınlamıştır. Öncelik belirleme konusundaki temel ahlaki ve etik ikilemleri ve geliştirilen teknik yaklaşımları gözden geçirmiş ve öncelik belirleme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken temel hususları vurgulamaya çalışmıştır. Öncelik belirleme sürecinin nasıl yapılacağına dair özel önerilerde bulunmaya çalışmıştır hatta öneriler daha genel niteliklendirmiştir (Ham, 1998).

Temel etik ilkeler şunlardı:

- İnsan hakları

- Özgür irade
- Eşitlik
- Adalet

Sağlık hizmeti finansmanı için bazı sorumlulukların hastaya devredileceği Almanya ve Hollanda'nın aksine, Finlandiya'da, sağlık hizmetlerinin çoğunun kamu fonlarından finanse edilerek yerine getirilebileceğini belirtmiştir. Hükümet ve parlamento, bütçe açığının kapatmadığı sürece, sağlık hizmetleri içinde yürütülen önceliklendirme çalışmaları güvenilirliğini ve muhtemelen etik gerekçesini kaybetme tehlikesi altındadır (Blumstein, 1997).

Yukarıdaki amaçlara destek olarak grup, önceliğin müdahalenin yaşa özel fonksiyonel kapasiteyi koruyacağı veya eski haline getireceği durumlara verilmesi gerektiğini savunmuştur.

İşlevsel kapasite kavramı ile ilgili olarak, Finlandiya Çalışma Grubu, Hollanda'daki Dunning Komitesinin topluluk yaklaşımının tam tersi olmuştur. Finlandiya Çalışma Grubu, “hastanın sağlık yararına ilişkin kendi değerlendirmesinin ve yaşam kalitesi ve uzunluğu hakkındaki görüşe özel dikkat gösterilmesi gerektiğini” savunmuştur. Çalışma Grubu tarafından yapılan diğer öneriler, öncelik belirleme kararlarının alınacağı sağlık ortamı ile ilgilidir. Çalışma Grubu, vatandaşlara, kendilerine bakma ve yardım etme kapasitelerini artırmak için daha fazla eğitim ve bilgi önermiştir (Kivinen ve ark., 2013).
Bunlar:

- Hizmetlerin önceliklendirilmesine katılmak;
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerini desteklemek;
- Sağlık çalışanlarını mesleki kararlarında ve eğitimlerinde desteklemek;
- Birinci ve üçüncü basamak bakım hizmetleri arasında iyi işleyen bir işbirliğinin sağlanması; ve
- Yaygın kullanıma geçmeden önce sağlık yöntemlerinin kalite, etkinlik ve verimlilik açısından uygun şekilde değerlendirilmesini sağlamaktır.

2.14. Arnavutluk

2.14.1. Coğrafya ve Nüfus

Arnavutluk Cumhuriyeti, Güneydoğu Avrupa'da bulunan küçük bir ülkedir. 28.748 kilometrekare yüzölçümüne sahiptir. Karadağ ile kuzeybatıya 172 km, kuzeydoğuya Kosova ile 115 km, kuzeyden doğuya Makedonya ile 151 km ve güney ve güneydoğuda Yunanistan ile 282 km sınıra sahiptir (Eftimi, 2010).



Şekil 1. Arnavutluk haritası

Tablo 2. Arnavutluk hakkında genel bilgiler

Nüfus	3.04 milyon (2016)
Ortalama yaş	32.5 (2016)
Yıllık nüfus artışı	0.31 (2016)
Doğum oranı (1000 kişi başına)	13.1 (2016)
Ölüm oranı (1000 kişi başına)	6.7 (2016)
Doğumdan beklenen yaşam süresi	78.3 (2016)
GSYİH içinde sağlık harcamaları oranı	%5.9 (2014)
Doktor sayısı (1000 kişi başına)	1.15 (2013)
Yatak sayısı (1000 kişi başına)	2.6 (2012)
Obesite oranı	%18.1 (2014)

(Kaynak: İNSTAT, 2016)

Kıyı şeridi 487 km uzunluğundadır. Batının ovaları Adriyatik Denizi ve stratejik olarak önemli olan Otranto Boğazı ile yüz yüze gelir ve Arnavutluk ile İtalyan 'botunun topuğu arasına 100 km'den daha az su koyar ve Adriyatik Denizi'ni İyon ve Akdeniz'e bağlar (Dako ve ark., 2008). Arnavutluk'un Adriyatik Denizi ve İyon Denizi üzerinde kıyı

şeridi vardır. Ülke, üç coğrafi bölge ile tanımlanır: çoğunlukla kuzey ve doğuda dağlık alanlar, merkezi bir alan ve daha düşük yatılı arazilerin kıyı alanı. Korab Dağı, Arnavutluk'ta ülkenin kuzeydoğusundaki Dibra bölgesinde bulunan 2.753 metrede en yüksek noktadır. İklim soğuk kışlar ve sıcak yazlar ile karakterize karasal bir iklim olarak kabul edilir (Eftimi, 2010).

Arnavutluk idari olarak 12 ile ayrılmıştır: Arnavutluk, idari olarak ile (Arnavutça: qark; yaygın prefektür), illerde ilçeye (Arnavutça: rreth), bu ilçelerde belediyeye (Arnavutça: komunë) ayrılır. Bu belediyelerden 73'ü şehir (Arnavutça: bashki) statüsündedir. Bu belediyeler ise şehir (Arnavutça: qytete) veya köylere (Arnavutça: fshatra) ayrılır (INSTAT, 2002a). Arnavutluk'un başkenti Tiran'dır. Arnavutluk, hükümetin yasama organı olan tek meclisli bir Parlamento'ya sahip parlamenter bir demokrasidir. Yürütme organında, başkan Parlamento tarafından dört yıllık bir süre için seçilir ve ikinci bir dönem için aday olma hakkına sahiptir (INSTAT, 2008a).

Arnavutluk'un 2001 Nüfus ve Konut Sayımı'nda kayıtlı resmi nüfus sayısı 3.069.275'tir (INSTAT, 2002b). 2016 yılında Arnavutluk nüfusu 3,04 milyon olarak tahmin edildi ve yoğunluğu kilometrekare başına yaklaşık 110 kişi idi. 2005-2008 döneminde doğumda ortalama yaşam beklentisi, erkekler için 72,1 ve kadınlar için 78,6 idi. Kentsel alanlarda yaşam beklentisi kırsal alanlara göre daha yüksektir. Hem kadınlar hem de erkekler kentsel alanlarda kırsal alanlara göre yaklaşık 3 yıl daha fazla yaşamaktadır (INSTAT, 2008g). Nüfusun yüzde 98'inden fazlası etnik Arnavutlardır, küçük gruplar ise Yunan, Makedon, Vlachos, Roman, Bulgar ve Sırp'dır. Her ne kadar komünist dönemde din yasaklanmış ve Arnavutların çoğunluğu herhangi bir din uygulamamış olsa da, nüfusun üç ana dini vardır. Ülkenin her bölgesinde Müslümanlar bulunurken, Katolikler çoğunlukla kuzeyde ve Ortodoks Hıristiyanlar güneyde yoğunlaşmaktadır (Vickers ve Miranda, 1999).

2.14.2. Tarihçe

Ülke, 11 Ocak 1946'da Arnavutluk Halk Cumhuriyeti oldu ve ülke başkanı olarak Enver Hoxha seçildi. Ülke, önce Eylül 1948'e kadar Yugoslavya ile, ardından da Stalinist bir devlet hâline geldiğinde SSCB ile komünist dünya ile arka arkaya ittifak yaptı

(Giaro ve Tomasz, 2007). Bu durum, 1960'a kadar devam etti ve Stalinizasyonun üzerindeki gergin ilişkiler 1961'de diplomatik ilişkilerin kopmasına neden oldu. Arnavutluk, 1968'de Çekoslovakya'nın Sovyet istilasının ardından Varşova Pakti'ndan ayrıldı. Bu siyasi bağların kaybedilmesiyle ülke kendisini Çin Halk Cumhuriyeti'ne yöneltti. 1976'da Mao Zedong'un ölümünün ve Çin'de meydana gelen değişikliklerin ardından, bu evre 1977'de sona erdi. Bunu, ülkenin müttefiksiz olduğu bir izolasyon dönemi izledi (Klosterman, 2011).

Enver Hoxha 1985'teki ölümüne kadar iktidarda kaldı. Halefi Ramiz Alia yavaş yavaş reformlar yaptı, kısıtlamaları gevşetti ve ülkeyi uluslararası tecritinden uzaklaştırdı (Gregory, 1994). 1990'da Arnavutluk Demokrat Partisi'nin kurulmasıyla demokratik reformlar başlatıldı. 1991'de yapılan çok partili seçimler eski komünistler tarafından kazanıldı. Eski komünistler Sali Berişa liderliğindeki Arnavutluk Demokrat Partisi iktidara geldiğinde Mart 1992 seçimlerinde devrildi (Elsie ve Robert, 2011).

23 Haziran 2013 tarihinde, Sekizinci parlamento seçimleri, Sosyalist Parti Edi Rama tarafından kazanıldı. 33 Başbakanlık görev süresi boyunca Arnavutluk, ekonominin modernleştirilmesi ve yargı ve yasaların uygulanması gibi devlet kurumlarının demokratikleştirilmesine odaklanan çok sayıda reform uyguladı. Ayrıca, işsizlik istikrarlı bir şekilde Balkanlar'daki dördüncü en düşük işsizlik oranına düşürüldü (Bedini, 2010).

Doğu Bloğu'nun çöküşünden sonra, Arnavutluk Batı Avrupa ile daha yakın ilişkiler geliştirmeye başladı. 2008 Bükreş zirvesinde, Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü (NATO) Arnavutluk'u ittifaka katılmaya davet etti. Nisan 2014'te Arnavutluk NATO'nun tam bir üyesi oldu. Arnavutluk, Barış için Ortaklık programına katılan ilk güneydoğu Avrupa ülkeleri arasındaydı. Arnavutluk, Avrupa Birliği'ne katılmak için başvuruda bulundu ve Haziran 2014'te Avrupa Birliği'ne katılım için resmi bir aday oldu (Burden, 2016).

2017'de, sekizinci parlamento seçimleri, cumhurbaşkanlığı seçimleriyle aynı anda yapıldı. Cumhurbaşkanlığı seçimleri 19, 20, 27 ve 28 Nisan 2017 tarihlerinde yapıldı. Dördüncü turda görevdeki Cumhurbaşkanı ve ardından Başbakan Ilir Meta, 87 oyla Arnavutluk'un sekizinci Cumhurbaşkanı seçildi. Ancak, 25 Haziran 2017'de yapılan parlamento seçimlerinin sonucu, seçimlerin oylarının% 48.33'ünü alan diğer 5 adaydan

önce, Edi Rama liderliğindeki Sosyalist Parti için bir zaferdi. Demokrat Parti adayı ve seçimlerde ikinci olan Lulzim Başha oyların sadece% 28.81'ini aldı (Kajsiu, 2018).

2.14.3. Ekonomi

Son yirmi yılda, Arnavutluk ekonomisi merkezileşmiş bir serbest piyasa ekonomisine dönüştü ve ülke yavaş ama istikrarlı bir ekonomik ilerleme kaydetti. Bu geçiş sırasında, özelleştirme ve uygun iş uygulamaları ve düzenlemeleri ile ilgili birçok soru çözülmedi (World Bank, 2019).

Komünizmin sonu, Arnavutluk'ta, Doğu Avrupa'nın geri kalanının çoğundan daha sonra gerçekleşti. Ekonomik kargaşa ve özellikle İtalya ve Yunanistan'a yoğun göç fark ediliyordu. Demokrasinin gelmesinden bu yana, hükümet ekonomik reformu kilit bir politika haline getirdi ve ülkeyi pazar ekonomisi haline getirdi (Muço, 1997). Reformların bir parçası olarak, çoğu tarım, devlete ait konut ve küçük sanayi özelleştirildi. Bunu ulaştırma, kamu hizmetleri ve küçük ve orta ölçekli işletmelerin özelleştirilmesi izlemiştir. Ekonomik reformlar ve geçiş sonucunda Arnavutluk, ülkenin telekomünikasyon sistemi ve altyapısının (ulaşım ve kamu hizmetleri gibi) yenilenmesi gibi bir gelişme patlaması yaşıyor.

Tarım, uzun süredir Arnavut ekonomisinin bel kemiğini oluşturdu ve 1990'da tarım, iş gücünün yarısından fazlasını kullandı ve ülkenin net malzeme ürünlerinin üçte birinden sorumluydu (Ruli ve Belortaja, 2003). Aynı yıl, hanehalkı harcamalarının üçte ikisini oluşturan yerli tarım ürünleri, tüm ihracatın dörtte birini oluşturuyordu. 1991'de komünist rejimin çöküşünü ve merkezi planlamanın terk edilmesini takiben, kolektif çiftlikler mücadele etti ve başarısız oldu ve tarım sektörü yüzde 20'den fazla küçüldü (Teqja, 2014). Ülkenin çiftlikleri artık kentsel alanlara yeterli miktarda yiyecek sağlayamıyor, Arnavut fabrikalarının hammadde ihtiyacını da karşılayamıyordu (Pashko, 1991). 1992 yılında, sabit fiyatların elimine edilmesi de dahil olmak üzere arazi özelleştirmesi ve serbest piyasa önlemleriyle tarım sektörünün yeniden toparlandığını görüldü. 2007 yılında, ekonomik olarak aktif nüfusun yarısından biraz fazlası tarım sektöründeydi (INSTAT, 2008f).

Arnavutluk'taki turizm komünizmin çöküşünden bu yana henüz başlangıç aşamasındadır. Arnavutluk, beyaz kumlu Akdeniz sahillerini, dağları ve yaylaları, bereketli ovaları, gölleri ve nehirleri ve doğal anıtları içeren büyük doğal güzelliğe sahip bir ülkedir. Tarihi cazibe merkezleri arasında İliryalı, Yunan ve Roma kalıntıları, kaleler ve orta çağlardan diğer yapılar ile Butrint, Gjirokaster ve Berat'taki dünya mirası alanları bulunmaktadır. Arnavutluk'un doğal kaynakları arasında petrol, doğal gaz, boksit, kromat, bakır, demir, altın, nikel, tuz, kereste ve hidroelektrik üretiminde kullanılan su bulunmaktadır (Market Report, 2018).

Son birkaç yıl içinde başlatılan etkili sosyal politikalar, ekonomik kalkınmanın teşvik edilmesiyle birlikte, çok sayıda insanın yoksulluğun üstesinden gelmesini sağlamıştır. Ancak, yoksulluk Arnavutluk hükümetinin endişesi olmaya devam ediyor; Arnavutluk'taki yoksulluk düzeyi, Avrupa'nın en yüksek seviyelerinden biridir. Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) büyüme oranları ve ücret ve emeklilik artışları yoksullukta azalmaya neden olmuştur (Teqja, 2014).

2.15. Arnavutluk'ta Sağlık Sistemi

Arnavutluk Sağlık Sistemi temel olarak kamuya açıktır. Devlet, insanlara tanıtım, önleme, teşhis ve tedavi alanında sunulan hizmetlerin çoğunu sağlamaktadır. Özel sağlık sektörü, temel bakım konusunda hâlâ ilk adımlarını atmakta ve eczacılık ve dişhekimliği hizmetlerinin çoğunluğunun yanı sıra, ağırlıklı olarak Tiran'da yoğunlaşan bazı uzman tanı kliniklerini de kapsamaktadır (ACHO, 2003). Bir vatandaşın sağlık hizmeti ihtiyaçları için kamu veya özel sistemi seçip seçmemesine bakılmaksızın, tüm hastaların hakları güvence altına alındığından aşağıdaki hasta haklarına saygı gösterilmelidir (Nuri ve Tragakes, 2002):

- Sağlık hizmetlerine erişim
- Sağlık merkezlerinde güvenilir ve kişisel bakım
- Bilgilendirme
- Gerektiğinde daha uzman bir muayene için yönlendirme
- Aile hekiminin yılda bir kez ücretsiz seçimi
- Sürekli bakım

- Sağlığına ilişkin karar verme
- Nitelikli doktor ve hemşire personeli tarafından alınan tedavi
- Sağlık tedavisinin reddedilmesi
- Sağlık sigortası planları hakkında bilgi
- Sağlanan sağlık hizmetleri hakkında olumlu ve olumsuz geri bildirim sağlama yeteneği

Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin politika ve stratejilerinin hazırlanmasından, uygulanmasından, sistemin içindeki ve dışındaki tüm paydaşların işleyişini ve koordinasyonunu düzenlemekten sorumludur. Teşhis ve tedavi sağlık hizmetleri üç düzeyde düzenlenir: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları (ISH, 2002).

Halk sağlığı ve tanıtım hizmetleri, yukarıda belirtilen daha iyi nitelikli uzmanlık alanları sunan Sağlık Bakanlığına bağlı tek devlet kurumu olan Halk Sağlığı Enstitüsü faaliyetinin temelidir. Yukarıda belirtilen kurumların yanı sıra, Ulusal Kan Transfüzyonu Merkezi gibi bir dizi ulusal kurum; Ulusal Çocuk Yetiştirme, Gelişme ve Rehabilitasyon Merkezi; Üniversite Dış Kliniği Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Merkezi, Ulusal İlaç Kontrol Merkezi ve Ulusal Kalite Güvenliği ve Sağlık Kurumlarının Akreditasyon Merkezi bulunmaktadır (Skora ve Çomo, 2014).

Birinci basamak sağlık hizmetinin organize edildiği ve Bölgesel Sağlık Otoritesine (RHA) dayandığı görev yapan Tiran hariç, diğer tüm bölgelerde Halk Sağlığı Müdürlükleri (PHD) ve Bölgesel Sağlık Müdürlükleri'dir (RHD). Bu, 12 bölgenin tüm merkezlerinde işlev görür (MSH ve ISH, 2003).

Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Bölgesel Sağlık Müdürlükleri, her bölgedeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm sağlık hizmetlerini koordine eder. Tüm bölgelerde Hastane Hizmet Müdürlükleri bulunmaktadır ve 12 ana ilde, Bölge Hastane Müdürlükleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık Merkezleri, zorunlu sağlık sigortası programı ve Temel Sağlık Hizmeti Paketi kapsamında sunulan sağlık hizmetleri için özerk birimler olarak faaliyet göstermektedir (Skora ve Çomo, 2014).

2.15.1. Sağlık Kurumları Hiyerarşisi

Sağlık Bakanlığı, Arnavutluk'ta sağlık politikalarının ve stratejilerinin geliştirilmesinden sorumlu kurumdur. Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu, Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine fon tahsis etmekten sorumludur (Rico A, 1999).

2.15.2. Halk Sağlığı Enstitüsü

Halk sağlığı alanında en yüksek teknik kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan başkanlığında ulusal bir kurum olan Halk Sağlığı Kurumu'dur. Başlıca kurum görevleri şunlardır: risk faktörlerinin incelenmesi ve izlenmesi, bulaşıcı hastalıkların sürveyansı, laboratuvar referansı ve aşılama programlarının yönetimi. Birçok kısa vadeli araştırma veya tanıtım amaçlı programın uygulanması da faaliyetlerinin bir parçasıdır. Halk Sağlığı Enstitüsü, halk sağlığı alanında eğitim konusunda da önemli bir rol oynamaktadır (Hajdini, 2009).

2.15.3. Ulusal İlaç Kontrol Merkezi

Ulusal İlaç Kontrolü Merkezi, farmasötik alanındaki herhangi bir faaliyetin kontrolünden sorumlu kurumdur. Bu kurum aşağıdaki maddelerin uygunluğunu kontrol eder (National Drugs Strategy, 2016);

- Faaliyet ve üretim, tesisler ve ekipman
- Toptan ve perakende satış ve ilacın depolanma koşulları
- Tıbbi hammadde ve destekleyici ambalaj malzemesi
- Tüm lisanslı konular tarafından ithal edilen ilaç

2.15.4. Ulusal Kan Transfüzyonu Merkezi

Ulusal Kan Transfüzyon Merkezi, kaza sonucu yaralanan bireyleri, ağır ve kronik anemi hastalarını, kanser hastalarını, cerrahi müdahalelere maruz kalanları, ciddi vakaları olan kadınları tedavi etmede transfüzyon ihtiyacını en iyi şekilde karşılamak için kan ve ürünlerinin toplanmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Ulusal Kan Transferi Merkezi, 3'ü Tiran'da, 26'sı diğer bölgelerde bulunan 29 Kan Bankası'ndan oluşmaktadır (Hafner ve ark., 2007).

2.15.5. Tiran'da Ulusal Çocuk Yetiştirme, Gelişme ve Rehabilitasyon Merkezi

Tiran'da Ulusal Çocuk Yetiştirme, Gelişme ve Rehabilitasyon Merkezi, 2000 yılında ulusal bir teşhis, kür ve eğitim merkezi olarak kurulmuştur. Görevi, özel ihtiyaçları olan çocukların yaşam kalitesini arttırmak ve onlara rehabilitasyon, bakım ve eğitime yönelik uzun yollarda ortak olmaktır (Council of Ministers, 2001).

2.15.6. Ulusal Biyomedikal Mühendisliği Merkezi

Amacı, kullanılan tıbbi ekipmanların ve sağlık kurumlarının personelinin (tıp doktorları, uzmanlar, hemşireler dahil) bir kombinasyonu olarak hizmet kalitesini arttırarak, hastalarına en iyi bakımı sağlama, tıbbi ekipmanın korunması ve profilaksisidir (Badnjevic ve Gurbeta, 2013).

2.15.7. Ulusal Sağlık Kurumları Kalite Güvenliği ve Akreditasyonu

Bu kurum, aşağıdaki alanlarda uzun vadeli Ulusal Sağlık Stratejisinin uygulanması ile Sağlık Bakanlığını desteklemektedir (Hajdini, 2009):

- Sağlık sisteminin kalitesinin sürekli iyileştirilmesi;
- Arnavutluk kamu ve özel sağlık kuruluşlarının akreditasyonu;
- Terapötik eğitim ve hastaların sağlık sisteminin ana ve merkezi paydaşları olarak rolünün güçlendirilmesi;
- Sağlık kurumlarında riskleri ve hataları en aza indirmek: Hastalar ve sağlık personeli için güvenliği artırmak;
- En iyi tıbbi uygulamaların kanıtlanmış olduğu bilimsel kanıtları oluşturmak, toplamak ve kullanmak.

2.15.8. Üniversite Dış Hekimliği Kliniği

Sağlık Bakanlığı tarafından yönetmelik ve ilgili esaslara göre çalışır. Bu alanda uzmanlaşmış hizmetler sunar: çene-yüz cerrahisi, terapi, ortopedi, pedodonty ve uzmanlık eğitimi sırasında doktorlara profesyonel eğitim sağlamaktadır (Hysi, 2013).

2.15.9. Helikopter Taşıma Birimi

Görevleri, ihtiyacın böyle bir hizmeti sağlaması için kendisinin sunduğu tıbbi acil durumları ele almaktır. Başlıca faaliyetleri, akut vakalarda hasta helikopteriyle yapılan özel tıbbi nakliyyeyi içermektedir (MoPWT, 2010)

2.15.10. Devlet Sağlık Bakım Kliniği

Görevleri, kıdemli devlet yetkilileri için acil ve birincil tıbbi hizmetler sunmaktır (MOH, 2009).

2.16. Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu

Arnavutluk Cumhuriyeti'ndeki Sağlık Sigortası, 24.2.2011 tarihli ve 10383 sayılı “Arnavutluk Cumhuriyeti'nde Zorunlu Sağlık Sigortası” üzerine değiştirilmiş olan Kanun ile düzenlenmiştir. Sağlık Sigortası Programı, 1 Mart 1995 tarihinde, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve sunulan hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi için önemli bir mekanizma olarak uygulamaya başlamıştır (Braholli ve Spaho, 2016).

2.16.1. Arnavut Sağlık Sigortası Programı

Arnavutluk'taki sağlık sistemi, sağlık sigortası sisteminin kurulmasıyla sosyal sigortanın reformunu takip ediyor. Temel fikir, sağlık sektöründe, işverenden %1.7, çalışandan %1.7 olarak ödenen ücretin %3.4'lük bir katkı oranı sağlanarak sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi için kaynakları artırmaktır. Yani işverenler ve serbest meslek sahipleri, asgari ücretin %3.4'ünü ödemektedirler. Devlet bütçesinden, çocuklar, işsizler, sosyal yardım faydalanıcıları, emekliler vb. hassas gruplara katkı payı ödenmektedir (Akhemi ve Dragoshi, 2013).

2008'den sonra, Sağlık Sigortası Fonu hastane hizmetlerine yönlendirme kapsamını genişletmiş ve böylece Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu'nun toplam gelirini arttırmıştır (Akhemi ve Dragoshi, 2013).

2.16.2. Arnavutluk Sağlık Sigortası Programın İlkeleri

Zorunlu sağlık sigortası programı, aşağıdaki prensiplerle nüfusun tıbbi olarak korunmasını amaçlamaktadır (ISH, 2014):

- Zorunlu ve gönüllü sigorta;

- Dayanışma; Tüm vatandaşlar için eşit erişim;
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında verimlilik ve kalite;
- Serbest hekim seçimi;
- Ortaklık

2.16.3. Sigorta Programlarından Yararlanan Kategoriler

Sağlık sigortasına kendi başına katkı ödeyen veya devlet tarafından ödenen her vatandaş sigortalıdır ve sağlık sigortası programından yararlanmaktadır. Sağlık sigortası kartı, kişinin sağlık sigortası programında sigortalı olduğunu gösteren tek belgedir (ISH, 2014). Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu bütçesini aktif nüfusun ve devlet bütçesinin katkılarından almaktadır. Şu anda, primler Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu'nun %22'sini oluşturmakta ve %78'i devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Toplam bütçe, aşağıdaki şekilde tahsis edilen Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu tarafından yönetilir (Guxho, 2014):

- Sağlık Merkezleri Bütçesi;
- Hastaneler için bütçe;
- İlaçların iadesi için bütçe;
- Özel sağlık paketleri için bütçe.

Bu arada, Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu, aşağıdakilerle ilgili sağlık merkezlerini finansal olarak kapsar:

- Çalışan maaşları ve sigortaları
- Tekrarlayan harcamalar: elektrik, su ve acil durum malzemeleri ve tıp.

2.17. Arnavutluk'taki Hastaneler

2.17.1. Devlet Sisteminin Teşkilatı ve Yapısı

Arnavutluk Devlet sağlık sistemi, üç basamaktan oluşmaktadır (Skora ve Çomo, 2014):

- i. Birinci basamak sağlık hizmetleri: sağlık ve hijyen merkezlerini, sağlık eğitim merkezlerini, doğum ve çocuk kliniklerini, yerel acil durum odalarını ve kırsal hastaneleri içerir.

- ii. İkincil basamak sağlık hizmetleri: hastanelerde ve polikliniklerde tıbbi ve teşhis hizmetlerinden oluşur.
- iii. Üçüncül basamak sağlık hizmetleri: Sadece bir tane Üniversite hastanesi bulunmaktadır (Mother Teresa Üniversite Hastanesi). Bu hastane teşhis hizmetlerine sahip dört ulusal üniversite merkezini içeren bilimsel araştırma tıbbından oluşturmaktadır.

Arnavutluk sağlık sistemi ile ilgili genel bilgiler aşağıda verilmiştir;

- Şehirlerin dışında tıbbi yardım, devlete ait sağlık merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Sağlık merkezleri, doğum bakımı, çocuk sağlığı hizmetleri ve aşıları sağlamaktadır.
- Sağlık Bakanlığı; ECHO'dan, Dünya Bankası'ndan ve Alman Hükümeti'nden mali yardım ile daha fazla sağlık merkezi kurmaya başlamıştır (Uruci ve Kuniqi, 2014).
- Genel hekimlerin hastaları uzman doktor ve danışmanlara yönlendirmeleri gerekmektedir, ancak süreç bu şekilde ilerlememektedir. Bu davranışın nedeni, danışmanların gelirlerini artırmak için masa altı ödemelere büyük ölçüde güvenmeleridir.
- Poliklinikler kentsel alanlarda bulunmaktadır ve Sağlık Bakanlığı kendilerine ait olduğundan, sağlık merkezlerinden daha iyi finanse edilmektedir. Başkent dışında, Tiran, poliklinikler bölge hastanelerinin sorumluluğundadır (Jacobs, 2003).
- Bölge hastaneleri yatılı bakım sağlar. 100 ila 400 yatak kapasiteli 20 daha büyük bölge hastanesi ve 22 daha küçük hastane bulunmaktadır. İlçe hastaneleri halka iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve jinekoloji hizmetleri sağlamaktadır. Hastalar ancak bir genel hekim tarafından veya acil servis koşuluyla hastaneye sevk edilebilir.
- Arnavutluk'taki tüm dış klinikleri özel sektöre aittir. Ancak, 18 yaşın altındaki çocuklar, genellikle okul temelli kliniklerde uygulanan ücretsiz dış bakımı hakkına sahiptir. Ne yazık ki, bu tür klinikler ekipman sıkıntısı çekmekte ve yeterince eğitilmiş personel bulunmamasından muzdariptir (Uruci ve Kuniqi, 2014).

2.18. Kanser ve Kanser Tedavisi

2.18.1. Dünya Çapında Kanser Epidemiyolojisi

Günümüzde, kanser ciddi bir küresel sorunu temsil etmektedir. Yıllık yaklaşık 10 milyon yeni vaka olmakta; bunlardan 7 milyonu kanserden hayatını kaybetmektedir. Önümüzdeki 10 yılda, etkili bir tedavi yöntemi bulunmadığı takdirde 84 milyon kişinin kanserden hayatını kaybetmesi beklenmektedir. 2020 yılına kadar yılda 16 milyon yeni kanser vakası olacağı ve 2050 yılına kadar bugünkü insidans oranının yılda 24 milyon yeni kanser vakası ile ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir (IARC, 2018).

Kanser insidansı ve ölüm oranındaki artışın önemli bir kısmı, yaşlanan bir popülasyondaki dramatik demografik değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Bugün 60 yaş ve üstü dünya genelinde 600 milyondan fazla insan vardır. 2025 yılında bu sayının 1,2 milyar, 2050 yılına kadar ise 2 milyar olması beklenmektedir. 2015 yılında, AIDS'ten beklenen yıllık ölüm oranı 4 milyona çıkacak ve önleyici faaliyetler gerçekleştirilemezse, 2030'da 6 milyona çıkacak ve bu kişilerin çoğu da kanserden muzdarip olacaktır (IARC, 2018).

Tüm kanser ölümlerinin% 70'inden fazlası erken teşhis, teşhis, tedavi ve palyatif bakım için mevcut kaynakların sınırlı veya mevcut olmadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelir. Bu, gelişim düzeyinin, kanserlerin üçte birinden fazlasının önlenebileceğini ve erken teşhis ve standart tedavilerin mevcut olması halinde üçte birinin iyileştirilebileceğini açıkça göstermektedir ayrıca çoğu kanser vakası için gereksiz ağrı ve acı da azaltılabilir (IARC, 2014).

Tüm dünyada kanser araştırması için önemli miktarda mali kaynak tahsis edilmesine rağmen, bu tür çalışmalardan elde edilen verilerin uygulanması için çabalar hala geride kalmaktadır. Kanser kontrol çabaları, durumu değerlendirmek, sağlık hedeflerini belirlemek, olası stratejileri değerlendirmek ve net öncelikleri belirlemek için adım adım sistematik bir yaklaşım izlenmeli ve daha etkili bir şekilde planlama ve uygulama yapılmalıdır (Montse, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü, kanser kontrolü için sağlık stratejisini rasyonel bir şekilde geliştirmeyi, kanser kontrolü ile ilgili mevcut bilgileri uygulayarak, optimal olmayan kaynakların bile somut bir etkiye sahip olmasını taahhüt etmektedir. Bu ilkelere dayanarak

Ulusal Kanser Kontrol Programlarının oluşturulması için tanıtılan, üretilen ve uygulanan kurallar mevcuttur (WHO, 2018).

2.18.2. Arnavutluk'ta Kanser Durumları

Arnavutluk'ta, dünyanın diğer birçok ülkesinde olduğu gibi, kanser de bir Halk Sağlığı yaklaşımıyla ele alınması gereken artan bir endişeyi temsil etmektedir. Kanser mağdurlarının sayısı artarken, sağlık sistemi etkili ilaçlar ve en son teknoloji ekipmanların temin edilmesi ihtiyacını karşılamaktadır (MOH, 2017).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ülkedeki önde gelen ölüm nedenidir (Tablo 3):

Tablo 3: Diğer hastalıklara göre Kanser Ölüm Oranı

No.	Ölüm sebebi	Toplam Mortalite Yüzdesi
1	Kardiyovasküler hastalıklar	50.2 %
2	Tümöral hastalıklar (kanser)	16.6 %
3	Sebepler iyi tanımlanmamış	11.3 %
4	Kaza ve yaralanmalar	6.8 %

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı)

Her yıl yaklaşık 4000-5000 yeni kanser vakası bildirilmektedir. Mevcut kanser verileri, kısmen Tiran'daki "Rahibe Teresa" Üniversite Hastane Merkezindeki Onkoloji Merkezinin kanser kayıtlarına ve kısmen de ilçe hastanelerinin ve patoloji hizmetlerinin kayıtlarına dayanmaktadır (YLLİ, 2019).

Arnavutluk'ta kayıtlı kanser yüzdesi (100.000 kişi başına yaklaşık 1000 yeni vaka), Arnavutluk'ta eksik kayıt ve / veya yüksek oranda genç yüzdesinden kaynaklanabilecek diğer Avrupa ülkelerine kıyasla düşüktür. Arnavutların yaklaşık% 73'ü veya nüfusun yaklaşık dörtte üçü 45 yaşından küçüktür ve ortalama yaş 31'dir (World Bank: 2019). Ancak, gelecekte nüfus yaşlandıkça, ülkede kanser vakalarının sayısında önemli bir artış beklenmektedir. Arnavutluk'ta, kanser zaten tüm ölümlerin% 17'sinden sorumlu ciddi bir sorundur, dolayısıyla sağlık sistemimizde (HCS) artan bir yük olmaktadır. Arnavutluk'ta sıklık açısından önde gelen kanser türleri şunlardır: erkekler için cilt, akciğer

ve idrar yolu kanseri (Tablo 4); kadınlar için meme, cilt ve merkezi sinir sistemi kanseridir (Tablo 5) (Agolli, 2017);

Tablo 4: 1996-2000 dönemi için Arnavutluk'ta erkeklerde en yaygın görülen 10 malign tümörün dağılımı

No.	Konum	Vaka Sayısı	İnsidans	Sıklığı (%)
1	Akciğer	306	18.5	18.1
2	Cilt	291	17.6	17.2
3	İdrar yolu	129	7.8	7.6
4	Ağız	104	6.3	6.1
5	Mide	102	6.2	6.1
6	Merkezi sinir sistemi	97	5.5	5.3
7	Gırtlak	90	5.5	5.7
8	Lösemi	41	2.5	2.4
9	Malign lenfoma	39	2.4	2.3
10	Karaciğer	37	2.2	2.2
11	Diğer tümörler	456	27.6	26.9
12	Toplam	1692	102.2	100

(Kaynak: İNSTAT, 2017)

Tablo 5: 1996-2000 dönemi Arnavutluk'taki kadınlarda en sık görülen 10 malign tümörün dağılımı

No.	Konum	Vaka Sayısı	İnsidans	Sıklığı (%)
1	Meme	301	17.7	27.8
2	Cilt	147	8.7	13.6
3	Merkezi sinir sistemi	69	4.1	6.4
4	Serviks uteri	67	3.9	6.2
5	Mide	48	2.8	4.4
6	Akciğer	35	2.1	4.4
7	Yumurtalık Kanseri	34	2.0	3.1
8	Malign lenfoma	24	1.4	2.2
9	Rektum	23	1.3	2.0
10	Pankreas	22	1.3	2.0
11	Diğer tümörler	314	18.5	29
12	Toplam	1084	63.8	100

(Kaynak: İNSTAT, 2017)

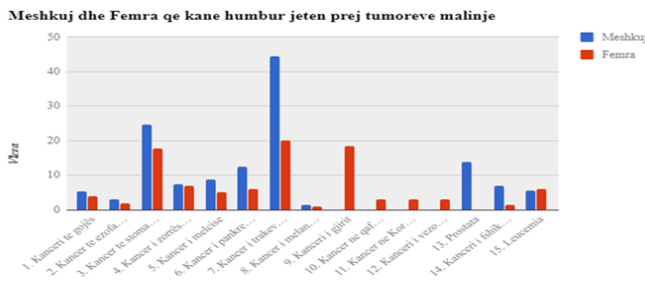
2.19. Arnavutluk'ta Kanserojen Hastalıklardan Kaynaklanan Ölüm Oranları

Kanserojen hastalıklardan kaynaklanan ölüm, bir popülasyonun her 100.000 nüfusu için bir yıl boyunca belirli bir yerde kanserden ölen insan sayısıdır. Ayrıca, farklı kanser türleri için ölüm olduğu gibi cinsiyete göre de kanser ölüm oranı analiz edilmektedir (WHO, 2015).

2.19.1. Cinsiyete Göre Kanser Ölüm Oranları

Analiz, belirli bir yıl için Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine dayanmaktadır. Aşağıda 2008 ve 2017 tarihleri hakkında bilgi verilmektedir. Bu yıl Arnavutluk'ta ölüm oranı 100.000 kişi başına 693,9 olmuştur. Kanserojen hastalıklar toplam ölümlerin% 23'üne, yani 100 bin kişi başına kanser 156.2 ölümüne neden olmaktadır (World Bank, 2017).

Arnavutluk'ta, erkekler kadınlara göre kanserden daha yüksek ölüm oranına sahiptir. Özellikle her 100.000 erkekte, kanserden ölenlerin sayısı 173.9 iken, kadınlar için bu gösterge her 100.000 kadında 128 kanser ölümü vakasıdır. Bronşları ve akciğer trakealarını etkileyen tümörler aynı zamanda 100.000 erkek başına 44 ölüme işaret eden en yüksek erkek mortalite tümörleridir, bunu 24.7 olguda mide tümörleri izlemektedir (World Bank, 2017). Kadınlar için mortalite açısından en tehlikeli tümörler bademcikleri, akciğerleri ve bronşları etkileyen tümörler, bunu takiben 100.000 kadın başına 18 vaka ile meme kanseri, 100.000 kadın başına ise 17 vaka ile mide kanseridir (Filipi ve Xhani, 2014).



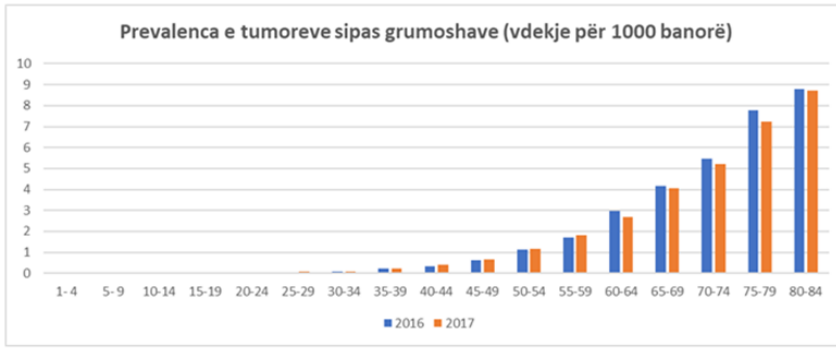
Şekil 2. Kötü huylu tümörlerden Yaşamını kaybeden kadınlar ve erkeklerin oranları

Her iki cinsiyet için toplam ölüm oranını göz önünde bulundurursak, insanlarda ölüm oranının en önemli nedeni trakeal, bronşiyal ve akciğer kanserini toplamda% 28

oranında taşır. Bunun önemli bir kısmı da mide kanserinin ölümünün toplamın% 19'udur (Filipi ve Xhani, 2014).

2.19.2. Yaş Gruplarına Göre Ölüm Oranları

Genç yaşta tümör hastalıkları genişlemekte ve özellikle başkentten uzak şehirler en yüksek ölümleri göstermektedir. Bununla ilgili ciddi rakamlar ortaya çıkmıştır (Beqiri ve ark., 2012).



Burimi: INSTAT, përpunime të Monitor

Şekil 3: Yaş gruplarına göre tümör prevalansı (1000 kişi başına ölüm sayısı) (Kaynak: İNSTAT, 2017)

Arnavutluk nüfusunun sağlığı, özellikle ölüm ve ölümcül hastalıkların, özellikle de kalp ve neoplazmaların (tümörler) hızla yayılmasından dolayı zor bir geçiş dönemi deneyimlemektedir. 2012-2017'den itibaren 3.500'den fazla kişi kanserden hayatını kaybetti. Kötü huylu hastalıklar, Arnavutluk'ta 2017 yılında bir önceki yıla göre yüzde 2,1 artış gösteren ikinci ölüm sebebidir (İNSTAT, 2017). Nüfus ve doğum sayısı azalmasına rağmen göç sayısı artıkça, nüfus yaşlanmaktadır (WHO, 2015). Bu hastalıktan ölen insanların sayısı, özellikle resmi INSTAT verilerine göre daha genç yaşlarda artmaktadır. 2017 yılında kanserden hayatını kaybedenlerin sayısı 2016'da 70'den fazla olmuştur.

Hastalıklar gittikçe genç nüfusta daha sık görülmeye başlamıştır. Örneğin Neoplazmalar, özellikle sigara içenler arasında, 60 yaşları için karakteristik bir hastalıkken giderek daha fazla genç nüfusu etkilemektedir. İNSTAT, resmi verilerine göre 2016 yılında 6 genç hayatını kaybederken 2017 yılında 10-14 yaşları arasındaki bu rakam 10'a ulaşmaktadır (Monitor, 2017).

Tablo 6. Tümöre bağlı yaş gruplarına ve yıllara göre ölüm sayısı

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017-2016 farkı
0-1	1	2	1	0	0	0	0
1-4	3	4	2	2	4	2	-2
5-9	3	3	7	1	3	4	1
10-14	3	4	4	3	6	10	4
15-19	9	9	9	7	8	10	2
20-24	18	22	16	12	8	9	1
25-29	26	18	17	14	13	16	3
30-34	34	34	27	21	18	16	-2
35-39	63	41	49	48	39	37	-2
40-44	94	82	82	87	58	68	10
45-49	158	140	159	136	118	124	6
50-54	227	247	256	263	231	230	-1
55-59	394	367	368	317	330	363	33
60-64	394	441	444	454	466	443	-23
65-69	496	451	485	536	510	516	6
70-74	664	607	609	602	543	506	-37
75-79	600	574	617	565	619	610	-9
80-84	340	347	390	410	386	409	23
84+	219	192	226	204	211	272	61
Toplam	3738	3686	3788	3682	3671	3645	74

(Kaynak: INSTAT, 2017)

Yukarıda belirtildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün, kanser kontrolüne ilişkin sağlık stratejisini rasyonel bir şekilde geliştirmeye, kanser kontrolüyle ilgili mevcut bilgileri uygulamaya ve optimal olmayan kaynakları bile somut bir etkiye sahip olmaya çalışmaktadır (WHO, 2017).

2.19.3. Arnavutluk'un, Bölgedeki Diğer Ülkelere Göre Ölüm Oranları

2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Solunum kanseri, dünyada önde gelen ölüm nedenidir. "Our World in Data", Dünya Sağlık Örgütü'nün en son verilerini işlemiş ve buna göre, bu tümörden kaynaklanan ölüm oranının 100 bin kişi başına 27.3 olduğu tahmin etmektedir. Arnavutluk bölgedeki endüyük rakamı belirtmesine rağmen, en

yüksek rakamı olan ülke Karadağ, 100 bin kişi başına 42.4 ölümle, 41.2 ile Sırbistan, 40 ile Bosna ve 34.9 ile Makedonya ile gerçekleşmiştir (WHO, 2017).

Arnavutluk, bölgedeki rekor ölümleri, sinir sistemini ve beyni etkileyen kanser nedeniyle 100 bin kişi başına 7.2 ölüm kaydedilmiştir. Onun hemen ardından Bosna gelmekte, Bosna'da 100 bin kişi başına 7.1 ölüm kaydedilmektedir. Bu kanser kategorisi Makedonya, Sırbistan ve Karadağ'da daha az ölüme sebep olmuştur. Prostat kanserine, bölgedeki diğer tüm ülkelere göre Arnavutluk'ta daha fazla rastlanmaktadır. Bu kanser türü sadece erkekleri etkiler. 2017 itibariyle, 100 binde ölenlerin sayısı 9,3 idi. Makedonya'da ölüm sayısı sadece dokuz iken, en düşük sayıya sahip ülke 7.8 ölümle Bosna olmuştur (WHO, 2017).

2017 yılında meme kanserinden ölümlerin sayısı en düşük seviyeye düşmekte ve 100 kişi için bu kategoriden 6,5 kişinin öldüğü ortaya çıkmaktadır. Bosna'da bu hastalıktan ölen kadın sayısı 100 bin kişi başına 10,2 iken, Karadağ'da 9,3 oldu (World Bank, 2019).

Aşağıda Arnavutluk Ulusal Kanser Kontrol Programını sunulmuştur.

2.20. Ulusal Kanser Kontrol Programları

Ulusal bir kanser kontrol programı (NCCP), kanser vakası ve ölüm sayısını azaltmak ve kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmak için tasarlanmış bir halk sağlığı programıdır. Bu süreç, mevcut kaynakları kullanarak önleme, erken teşhis, teşhis, tedavi ve palyasyon için sistematik, adil ve kanıta dayalı stratejiler uygulayarak yapılmaktadır. Bir ülkenin karşılaştığı kaynak kısıtlamaları ne olursa olsun, iyi düşünülmüş ve iyi yönetildiğinde bir NCCP, kanser yükünü azaltmaya ve kanser hastaları ve aileleri için hizmetleri iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (NCCP, 2011).

Ulusal kanser kontrol planlarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için hedef odaklı, gerçekçi, dikkatli bir şekilde hazırlanması ve uygun bir şekilde finanse edilmesi gerekmektedir. Kanser kontrol planlaması, programların uygun şekilde önceliklendirilmesini sağlamak ve kaliteyi güvence altına almak için güvenilir kanser kayıtları, izleme ve değerlendirme programları dahil olmak üzere doğru veriler gerektirmektedir (WHO, 2011).

2.20.1. Arnavutluk'ta Ulusal Kanser Kontrol Programı

Ulusal Kanser Kontrol Komitesi tamamen işlevseldir ve şu anda Ulusal Kanser Kontrol Programına (NCCP) öncülük etmektedir. Dört temel bileşen için: önleme, erken teşhis, tanı ve tedavi ve palyatif bakım, sorumluluklar ve özel görevler tasarlanmıştır (MOH, 2018):

- Ulusal Kanser Kontrol Programı, Arnavutluk'ta kansere karşı mücadelede yer alan tüm aktörler tarafından geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir.
- Faaliyetleri, zaman çizelgelerini ve bütçeyi içeren 10 yıllık eylem planı (2011-2020) ulusal önceliklere dayalı olarak geliştirilmiştir.
- Ulusal strateji ve kanser eylem planını derlemek için ulusal, bölgesel ve uluslararası kuruluşların uzmanlarının katılımıyla bir dizi atölye çalışması düzenlendi.

2.20.2. Arnavutluk'taki Ulusal Kanser Kontrol Programının İlkeleri

NCCP'nin özetini tasarlarken, çalışma ekibi DSÖ'nün önerdiği aşağıdaki prensipleri dikkate almıştır (NCCP, 2011):

- Bireye Odaklanma: Stratejinin nihai amacı, insanların, toplulukların, ailelerin ve bireylerin refahını iyileştirmektir.
- Eşitlik (eşitlik-adalet): Strateji, tüm nüfus katmanlarının ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.
- Mülkiyet: Strateji, karar alma sürecinin ve uygulamanın her aşamasında kilit paydaşların güçlü bir bağlılık ve aktif katılımını sağlamalıdır.
- Ortaklık ve çok sektörlü yaklaşım: Strateji, tüm kamu ve özel sektörlerin geniş katılımını ve işbirliğini sağlamalıdır.
- Süreklilik (Sürdürülebilirlik): Strateji, asıl yardımın sona ermesinden sonra gelişmiş programlardan elde edilen faydaların sürekliliğini sağlamak için yerel yönetim ve ortakların kendi kendine finansal ve teknik destek için birlikte mücadele etme ihtiyacını vurgulamalıdır.

- Entegrasyon: Strateji, tüm kronik hastalıkların önlenmesi ve diğer tüm sorunların kontrolü (çevre ile ilgili sorunlar, bulaşıcı hastalıklar vb. Gibi) içine yerleştirilmelidir.
- Adım adım yaklaşma: Strateji, ulusal düzeyde müdahalelerin adım adım uygulanmasını dikkate almalıdır (yani birbirini izleyen müdahaleler).
- Gerçekleredayanarak: Strateji araştırma sonuçlarına, program değerlendirmesine, ekonomik analizine, bahis uygulamalarına ve diğer ülkelerden alınan derslere dayanmalıdır).

2.20.3. Ulusal Kanser Kontrol Programının Lojistiği (NCCP)

Ulusal Kanser Kontrol Programı, Arnavutluk'taki spesifik epidemiyolojik duruma ve mevcut kaynaklara dayalı bir zorunluluktur. Uzun vadeli bir bakış açısı ile geliştirilen ve geniş bir amaca hizmet eden bu program tüm kanser kontrol faaliyetlerinin organize ve koordine edileceği bir mekanizma oluşturmaktadır. Sınırlı kaynaklar cesaret kırıcı bir faktör olmayacaktır (NCCP, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyelerine göre, NCCP'nin uygulanması ilk olarak en acil olan ve daha büyük faydalar vaat eden faaliyetlerin tanımlanması ve uygulanmasıyla adım adım tamamlanacaktır. İlk ve en gerekli adım: "ulusal ve uluslararası ortakların bir araya gelmesiyle" atılmıştır (WHO, 2018).

2.20.4. Kanser Kayıt Defteri

Kanser kayıtları Tiran'daki "Rahibe Teresa" Üniversitesi Hastane Merkezi'nin (TUHC) hastane kayıtlarına dayanmaktadır. Verilerin bilgisayarlaşması 2008 yılında başlamıştır. 36 ilçeden toplanan veriler daha sonra TUHC'ye gönderilir (İNSTAT, 2018).

Kanser ve risk faktörleri sürveyansı, TUHC ve Halk Sağlığı Enstitüsü arasındaki kurumsal işbirliğine dayanmaktadır.

2.20.5. Kanserın Önlenmesi ve Erken Saptanması

Tütün ürünlerinden sağlığın korunmasına ilişkin mevzuatın oluşturulması ve etkili bir şekilde uygulanması için önlemler alınmıştır. Tütünün zararlı etkileri konusunda

kamuoyu bilinçlendirme çabaları, belirli kampanyalarla ve bilgi materyallerinin dağıtımıyla yoğunlaştırılmaktadır (NCCP, 2011).

Meme kanseri erken teşhisine yönelik müdahaleler, bilgi, eğitim ve klinik meme muayenesi ile ilgili sağlık çalışanlarının eğitimi yoluyla ülke çapında uygulanmaktadır.

Her ne kadar ulusal uzmanlar rahim ağzı kanserinin erken tespiti için PAP testi önerse de, bu patolojinin erken tespiti için düşük maliyetli programlar oluşturma çalışmaları devam etmektedir (Ylli, 2019).

- 8 mamografi cihazı bulunmaktadır, 4'ü Shkoder, Durres ve Tiran'da bulunmaktadır.
- Rahim ağzı ve meme kanserinin önlenmesi ve erken teşhisi için çeşitli konferanslar ve çalıştaylar düzenlenmektedir.
- Kadınlara meme kanserinin erken tespit edilmesinin avantajları hakkında farkındalıklarını artırmak için bilgilendirici materyaller üretmekte ve dağıtılmaktadır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde meme ve rahim ağzı kanserinin erken tespitini entegre etmek için bir ulusal plan geliştirilmiştir (Ylli, 2019).

2.20.6. Kanser Teşhisi ve Tedavisi

2006 ve sonrasında, kanser teşhisi alanında, özellikle tanı ve tedavi ile ilgili sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için aşağıda belirtildiği gibi sayısız yatırım yapılmıştır (Agolli, 2017).

1. Yaklaşık 2,3 milyon USD değerinde 4 mamografi cihazının (TUHC, Elbasan, Korçe, Fier) alımı.
2. Ülkedeki bölgesel hastaneler için 5,9 milyon Avro değerinde 3 manyetik rezonans cihazı ve 6 bilgisayarlı tomografi tarayıcı alımı.
3. “Shefqet Ndroqi” Üniversite Hastanesinde 2.2 milyon Avro değerinde 128 kesme dilimli BT'nin (şu anda en yüksek seviye) kurulması ve işletilmesi.
4. Saranda Hastanesi için 300 bin Avro değerinde BT tarayıcısı satın alma.
5. Shkodër, Durrës ve Tiran ilçelerinde 4 mamografi cihazının kurulması.

6. Onkoloji Servisi TUHC'de yaklaşık 200 bin USD değerinde yeniden yapılanma veya altyapı iyileştirme yatırımları (Agolli, 2017).

2.20.7. Palyatif Bakım ve Aile Desteği

Palyatif bakım hizmetleri, Evde Onkoloji Servisi Merkezi (devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir), Ryder Albania Birliği, Mary Potter Derneği ve Caritas tarafından sağlanmaktadır (Huta ve Connor, 2010).

Halen, aile hekimleri ve hemşireler palyatif bakım hizmetleri konusunda eğitilmektedir.

Palyatif bakım konularında çoğu ülkeyi kapsayan devam eden eğitim için bir plan geliştirilmiştir. Aynı zamanda, uluslararası yardım ve eğitim için Birleşik Krallık ile bir ortaklık da bulunmaktadır (Huta ve Connor, 2010).

2.20.8. Derneklerin Kansere Karşı Faaliyetleri

Arnavutluk Kanser Derneği, Ryder Arnavutluk, Kanser Önleme Sağlık Merkezi ve Evde Bakım Merkezi eğitim, önleme, erken meme muayenesi, rahim ve cilt kanseri ile palyatif bakımda yer almaktadır (Silva, 2018).

Avrupa Dona Arnavutluk, kamu desteği ve kamu duyarlılığı sağlamaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

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 (Klein ve ark., 1995).

Kanser, dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. 6 ölümden yaklaşık 1 tanesi kanserden kaynaklanmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer) 2018 yılıyla ilgili yayınladığı raporda 18.1 milyon kanser vakasından 9.6 milyonunun ölümle sonuçlanabileceğini açıklamıştır (IARC, 2018).

Arnavutluk'ta ise yaklaşık 3 milyon nüfusa sahip olmasına rağmen her yıl yaklaşık 7,700 yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. Arnavutluk'un kanser bakım talebi, mevcut kapasiteyi fazlasıyla aşmaktadır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı verilerine göre kanserin, kalp-damar hastalıklarından sonra, ülkedeki ölüm sebeplerinin ikinci sırasında olduğu tespit edilmiştir (INSTAT, 2002). Arnavutluk'ta 2016 yılında kalp veya kan dolaşımı hastalıklarından üç kişi hayatını kaybederken kanserden bir kişinin öldüğü ortaya çıkmıştır. Kanser, tedavi edilecek bir hastalık olmasına rağmen, Arnavutluk'ta hala pek çok vakada ölümle sonuçlanmaktadır. Tüm bunların, Arnavutluk'ta sadece bir tane onkoloji hastanesi bulunması, hastanenin finansal kaynaklarının sınırlı olması ve bu hastalığın tedavisinin 30.000-50.000 Euro olmasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Onkoloji hastanesinde 1 hastane yöneticisi (hekim), 31 hekim (yönetici dahil) ve 155 hemşire çalışmaktadır. Hastanede 111 yatak mevcuttur (INSTAT, 2002).

Arnavutluk'ta ücretsiz sağlık hizmeti yalnızca sosyal güvenlik sigortası ödeyenlere (işçiler veya serbest çalışanlara) verilir. Nüfusun geri kalanı, alınan herhangi bir sağlık hizmeti için ödeme yapmak zorundadır. Bundan kaynaklanan iki ana problem ortaya çıkmaktadır: Birincisi yaklaşık 3 milyon nüfusa sahip bir ülkede sigortalı sayısı yaklaşık 600.000'dir, nüfusun geri kalanı ise ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden

yararlanamamaktadır. İkincisi, ücretsiz ve geri ödenebilir ilaçlar listesine dahil edilen ilaçlar, kanser tedavisi için gerekli olan ilaçların sadece 3 / 10'udur. Asıl sorun bu ücretsiz erişilebilen ilaçların az bir miktarda olmaları ve bu ilaçlara talebin yüksek olmasıdır. Arnavut Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre, Bakanlık hastanelere tahsis edilen fonları belirlemekte ve onaylamaktadır. Hastane ise bu fonu ihtiyaçlarına göre yönetmektedir. Hastanenin yönetim ve karar alma süreci ise hekimler tarafından yapılmaktadır.

Bu araştırmada kanser tedavisinde önceliklendirmenin nasıl yapıldığını, kriterlerinin neler olduğunu tespit etmek, süreçte rol alanların düşünce ve değerlendirmelerini incelemek amaçlanmaktadır. “Hekimlerin ve hemşirelerin önceliklendirme ve öncelik belirleme konusundaki görüşleri nelerdir, bu süreçte rol alan taraflar kimlerdir, bu süreci etkileyen kriterler nelerdir?” soruları araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler

Araştırma Arnavutluk Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Etik Kurul İzni

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış olup gerekli izinler alınmıştır.

Etik kuruluna sunulan “B.30.2.ODM.0.20.08/287 sayılı “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Arnavutluk Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi Uygulamalarının İncelenmesi.” başlıklı OMÜ KA EK 2019/281 Karar nolu yarı yapılandırılmış görüşme formu nitelikli araştırma projesi 28.03.2019 tarihli etik kurulunda incelenip etik açıdan uygun bulunmuştur (Ek-1).

3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evrenini, Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezinde hizmet veren, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu nedenle elde edilen bulgular, verilerin toplandığı hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının vermiş oldukları cevaplar ile sınırlıdır.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma kuram oluşturmayı temel alan bir anlayışla olguları bağlı buldukları çevre içerisinde araştırmayı ve anlamayı ön plana almaktadır. Nitel çalışmalar da sağlık yönetimi alanında sıkça kullanılmaya başlanan bir araştırma yöntemi olmuştur (Jayasekara, 2012; Mays ve Pope, 2000).

Arnavutluk'ta sadece bir Onkoloji merkezi bulunmaktadır, araştırmanın evrenini bu hastanede çalışan toplam 31 hekim ve 155 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem orijinalliğinin sağlanabilmesi için de nitel araştırmalarda nicel araştırmalarda kullanılan olasılık temelli örnekleme yöntemlerinin aksine amaçlı ve kontrollü örnekleme teknikleri daha yoğun kullanılmaktadır (Kıncal, 2010; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu tür çalışmalarda genellikle uzun görüşmeler gerekmesinden ve araştırılması planlanan olguyu deneyimleyen kişi sayısının çok fazla olmamasından dolayı örnekleme dâhil edilecek kişi sayısı sınırlı kalmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel çalışmalarda elde edilen sonuçların evrene genellenmesi gibi bir durum söz konusu olmadığı için, örneklem seçiminde istatistiksel temsil edilebilirlik yerine örneklemin daha bütünsel bir bağlamda anlaşılmasına ilişkin bir yönlendirme söz konusudur (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırmacılar, nitel çalışmalarda örneklem seçiminde olabildiğince en geniş miktarda bilgi sağlayacak kişilerin seçimine yönelindiğini belirtmişlerdir. Bu nedenle örneklemin sayısı büyüklüğü ya da küçüklüğü yerine, örneklemin araştırmacının gereksinim duyduğu bilgi miktarını karşılayıp karşılamadığıyla ilgilenilmektedir. Bu çalışmada da araştırmacı gereksinim duyduğu bilgiyi aldığı anda araştırmayı tamamlamıştır.

Araştırmada kullanılmış olan verileri toplama sürecinde araştırmanın amacıyla en iyi örtüşen teknik olduğu düşünülen yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak konu ile ilgili literatürden ve uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda 5 adet tanımlayıcı ve 9 adet konu ile ilgili soru yer almaktadır.

Görüşme yapılması planlanan kişilerle araştırma için görüşme yapılmadan önce randevu alınmıştır ve görüşme konusu/soruları hakkında bilgilendirme yapmak amacıyla

kısa bir giriş yapılmıştır. Hekimler ile kendi ofislerinde, hemşirelerle ise hemşire odasında görüşme talep edilmiştir. Ayrıca görüşme esnasında, katılımcılardan alınan bilgileri kayıt etmenin kolay olması ve görüşmenin akıcı bir şekilde sürdürülebilmesi amacıyla katılımcıların da onay ve rızası alınarak not alınmıştır. Bunların yanı sıra görüşme sürecinde, görüşmenin etkili ve verimli şekilde yürütülebilmesi için Yıldırım ve Şimşek (2016) tarafından belirtilen; görüşme sorularını sorarken akışa göre değişiklikler yapabilmek, teşvik edici olarak geri bildirim yapma, görüşmeyi sohbet tarzında gerçekleştirme, görüşme sürecini kontrol etme, yansız ve empatik olma gibi temel ilkelerin yerine getirilmesine özen gösterilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Tematik analizde elde edilen verilerin farklılıkları ve benzerlikleri belirlenerek kavramlaştırılır. Belirlenen kodlar ve temalar sayesinde olgunun özellikleri ortaya konulur (Yıldırım ve Şimşek, 2016; Gibbs, 2007). Kodlama süreci yapılırken niteliksel çözümleme yardımıyla verilerin ayrıntılarında olan gerçeğin fark edilip ortaya konulması amaç edinilir. Dolayısıyla bu kodlama süreci veriler arasındaki ilişkileri, kıyaslamaları yaparak elde edilen verilerin bölümlere ayrıştırılmasında kullanılır (Punch, 2005).

Araştırma için elde edilen görüşme notları bilgisayar aracılığıyla yazıya aktarılmıştır. Daha sonrasında nitel araştırma yöntemlerinden biri olan tematik analiz ile kodlama yapılarak veriler ayrılmıştır. Araştırma verilerinin analizi nitel araştırmalarda en çok kullanılan hazır bir yazılım programı ile yapılmıştır.

3.2.2. Veri Toplama Araçları

Yarı yapılandırılmış görüşme formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik bilgileriyle ilgili bilginin toplandığı 5 adet sorunun bulunduğu bölümdür. İkinci bölüm ise sağlık personellerinin (hekim ve hemşire olmak üzere) öncelik belirme konusundaki görüşlerinin öğrenmek üzere hazırlanan 9 sorunun yer aldığı bölümdür. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda toplam 14 soru yer almaktadır. Görüşme formu EK-2 olarak sunulmuştur.

3.2.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmada, yarı yapılandırılmış formların uygulanması aşamasında çalışanların gönüllü katılımı esas alınmıştır. Çalışmanın amacı ve yarı yapılandırılmış formların

verilerinin sadece bilimsel bir araştırma için kullanılacağı formda belirtilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların verdikleri cevapların ve kimliklerinin gizliliği sağlanmıştır. Hastanenin tüm hekim ve hemşireleri araştırmaya dâhil edilmeye çalışılmıştır. Yarı yapılandırılmış formun uygulaması 30 Mart - 14 Mayıs 2019 tarihlerinde tamamlanmıştır.

3.2.4. Verilerin Analizi

Görüşmeler bittikten sonra elde edilen veriler içerik analizi yapmak için kodlama yapılarak ayrıştırılmıştır. Analizi nitel araştırmalarda en çok kullanılan hazır bir yazılım programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular ele alınmıştır.

4.1. Demografik Bulgular

Bu bölümde demografik bilgilere ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 7. Mesleğe göre katılımcıların sayısı ve oranı

	Sayı	Yüzde
Hekim	27	38,6
Hemşire	43	61,4
Toplam	70	100

Araştırmaya toplam 70 sağlık personeli (hekim ve hemşire olmak üzere) katılmıştır. Hekim katılımcıların oranı %38.6, hemşire katılımcıların oranı ise % 61.4 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 8. Cinsiyete göre katılımcıların sayısı ve oranı

	Sayı	Yüzde
Erkek	20	28,6
Kadın	50	71,4
Toplam	70	100

Toplam 70 kişinin katıldığı araştırmada erkek katılımcıların oranı %28.6 iken, kadın katılımcıların oranı da %71.4 olarak elde edilmiştir.

Tablo 9. Medeni duruma göre katılımcıların sayısı ve oranı

	Sayı	Yüzde
Evli	58	82,9
Bekar	12	17,1
Toplam	70	100

Toplam 70 kişinin katıldığı araştırmada evli olan katılımcıların oranı %82.9 iken, bekar olan katılımcıların oranı %17.1 olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Bölümlere göre katılımcıların sayısı ve oranı

	Sayı	Yüzde
Cerrahi	17	24,3
Kemoterapi	21	30,0
Radyoloji	17	24,3
Teşhis ve tarama	15	21,4
Toplam	70	100

Toplam 70 kişinin katıldığı araştırmada kemoterapi bölümünün oranı %30, cerrahi ve radyolojinin oranı %24,3 ve teşhis ve tarama bölümünün oranı da %21,4 olarak elde edilmiştir.

4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde yarı yapılandırılmış görüşme formuna ilişkin bulgular verilmiştir.

1. Hastanenizde hangi hasta veya hasta grupları öncelikle tedavi edilmektedir?

Ağızadaki tabloda ilk soru ile ilgili verilen cevapların analizi yapılmaktadır. Bu soru tüm katılımcılar tarafından (27 hekim ve 43 hemşire olma üzere) cevaplandırılmıştır.

Tablo 11. Öncelikli hastalar ve hasta gruplarının hekim ve hemşireye göre incelenmesi.

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Belirli bir grup yoktur	3 (11,1)	13(30,2)	16 (22,9)
Genç yaştaki hastalar	1 (3,7)	5 (11,6)	6 (8,6)
Ciddi durumdaki ve acil tedavisine ihtiyacı olan hastalar	3 (11,1)	3 (7)	6 (8,6)
Herkes eşittir	3 (11,1)	2 (4,7)	5 (7,1)
Prognozdan daha yüksek beklentisi olan hastalar	2 (7,4)	2 (4,7)	4 (5,7)
Hastanede yatmakta olan hastalar	2 (7,4)	2 (4,7)	4 (5,7)
Yaşlı hastalar	1 (3,7)	2 (4,7)	3 (4,3)
Başka şehirlerden ya da Kosova'dan gelen hastalar	1 (3,7)	2 (4,7)	3 (4,3)
Alınan hizmetten daha iyi bir sonuç bekleyen hastalar	1 (3,7)	2 (4,7)	3 (4,3)
Az maliyetli cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar	1 (3,7)	2 (4,7)	3 (4,3)
Kanseri erken evrede keşfedilen hastalar	2 (7,4)	1 (2,3)	3 (4,3)

Tablo 11. Öncelikli hastalar ve hasta gruplarının hekim ve hemşireye göre incelenmesi. (devamı)

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Mevcut finansal kaynaklarımızın desteklediği cerrahi müdahalelere ihtiyaç duyan hastalara	1 (3,7)	2 (4,7)	3 (4,3)
Tiran kentinde oturan hastalar	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)
Kemoterapi seanslarına daha dirençli olan ve tedaviden sonra yüksek sonuçlara ulaşması beklenen hastalara	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)
Kısa sürede hayatlarını kaybetme riski taşıyan hastalar	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)
Kanseri çıkarılması kolay alanlarda bulunan ve çıkarılması çevre organlara zarar verilmeyecek hastalara	(0)	1 (2,3)	1 (1,4)
Daha önce yapmış olduğu ve başarılı bir şekilde geçirdiği cerrahi müdahaleye ihtiyacı olan hastalar	1 (3,7)	(0)	1 (1,4)
Sosyal ekonomisi çok kötü olan hastalar	1 (3,7)	(0)	1 (1,4)
Genel sağlık durumu kötü olan hastalar	(0)	1 (2,3)	1 (1,4)
İleri evre olan kanser hastalarına	1 (3,7)	(0)	1 (1,4)

“Öncelikli hastalar ve hasta grupları nelerdir” sorusuna karşılık hekimlerin %11’i ve hemşirelerinde %30,2’si belirli bir grup olmadığını vurgulamışlardır. Genç yaştaki hastalar öncelikli hasta grubunda yer almalıdır cevabını veren hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı %11,6 olarak elde edilmiştir. Ciddi durumdaki ve acil tedavisine ihtiyacı olan hastalar cevabını hekimlerin %11,1’i ve hemşirelerinde %7’si belirtmişlerdir. Herkes eşittir cevabını verenlerin oranı hekimlerde %11,1 iken hemşirelerde 4,7’dir. Prognozdan daha yüksek beklentisi olan hastalar cevabını veren hekim oranı %7,4 iken hemşire oranı %4,7’dir. Hastanede yatmakta olan hastalar cevabını veren hekim oranı %7,4 iken hemşire oranı %4,7’dir. Yaşlı hastalar cevabını veren hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı %4,7’dir. Başka şehirlerden ya da Kosova’dan gelen hastalar ve alınan hizmetten daha iyi bir sonuç bekleyen hastalardır cevabını verene hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı da %4,7’dir.

2. Verdiğiniz hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kalmaktasınız?

Onkoloji merkezinde farklı sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlerden faydalanacak olan hasta sayısı arttıkça önceliklendirme zorunlu hale gelmektedir. Hangi hizmetlerde önceliklendirme yapıldığına ilişkin hemşire ve hekimlerin cevapları, aşağıdaki tabloda incelenmektedir.

Tablo 12. Sağlık hizmetlerinde önceliklendirme konusunun hekim ve hemşireye göre incelenmesi.

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Mevcut Olan İlaçların Dağıtımında	8 (29,6)	12 (27,9)	20 (28,6)
Radyasyon Cihazlarından Alınan Tedaviler	4 (14,8)	7 (16,3)	11 (15,7)
Cerrahi Müdahaleler	5 (18,5)	5 (11,6)	10 (14,3)
Hastaneye Yatırmak	3 (11,1)	6 (14)	9 (12,9)
Her Hizmette	1 (3,7)	4 (9,3)	5 (7,1)
Tıbbi Görüntüleme Cihazlarından Alınan Hizmetlerde	2 (7,4)	3 (7)	5 (7,1)
Bekleme Listesinden Hastaların Seçiminde	2 (7,4)	2 (4,7)	4 (5,7)
Hastaya Doğrudan Verilen hizmete Katılmıyorum, Sorumluluğum Departmanlara ve Hizmetlere Fon Sağlamak ve Dağıtmak	1 (3,7)	3 (7)	4 (5,7)
Laboratuvar Testlerinde	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)

Sağlık hizmetlerinde önceliklendirme konusuna hekimlerin %29,6'sı ve hemşirelerin de %27,9'u "Mevcut Olan İlaçların Dağıtımında" cevabını vermişlerdir. Hekimlerin %14,8'i ve hemşirelerinde %16,3'ü "Radyasyon Cihazlarından Alınan Tedaviler", hekimlerin %18,5'i, hemşirelerin %11,6'sı "cerrahi müdahaleler", hekimlerin %11,1'i ve hemşirelerin de %14'ü "hastaneye yatırma cevabını vermişlerdir. "Her hizmette" cevabını veren hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı %9,3 olarak elde edilmiştir. "Tıbbi Görüntüleme Cihazlarından Alınan Hizmetlerde" cevabını veren hekimlerin oranı %7,4 iken hemşire oranı %7'dir. "Bekleme Listesinden Hastaların Seçiminde" cevabını veren hekim oranı %7,4 iken hemşire oranı %4,7'dir. "Hastaya Doğrudan Verilen hizmete Katılmıyorum, Sorumluluğum Departmanlara ve Hizmetlere Fon Sağlamak ve Dağıtmak"

cevabı hekimlerin %3,7'si ve hemşirelerin de %7'si tarafından belirtilmiştir. “Laboratuvar testlerinde” cevabını veren hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı da %2,3'tür.

3. Kanser tedavisinde önceliklendirme sürecinde kimler rol almalı?

Öncelik belirleme süreci karmaşık bir süreçtir. Bu sürece dahil edilen katılımcılar kurumlara göre değişmektedir. Onkoloji merkezindeki öncelik belirleme sürecine katılması gereken tarafların sorusuna ilişkin hekim ve hemşirelerin görüşleri Tablo 13'te incelenmektedir.

Tablo 13. Öncelik belirleme sürecinde kimler rol alması gerektiğinin incelenmesi.

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Hekimler	8 (29,6)	18 (41,9)	26 (37,1)
Sağlık Bakanlığı	8 (29,6)	6 (14)	14 (20)
Hastalar veya aileleri	(0)	5 (11,6)	5 (7,1)
Hemşireler	(0)	5 (11,6)	5 (7,1)
Politikacılar ve ekonomistler	6 (22,2)	1 (2,3)	7 (10)
Farklı uzmanlar	5 (18,5)	3 (7)	8 (11,4)
Sağlık personelinin diğer üyeleri	(0)	4 (9,3)	4 (5,7)
Sağlık hizmetlerin sağlayıcıları	(0)	1 (2,3)	1 (1,4)

Katılımcılar konusuna hekimlerin %29,6'sı hekimler, hemşirelerin de %41,9'u hekimler cevabını vermişlerdir. Hekimlerin süreçte olması gerektiğini vurgulanmıştır. Yani mevcut durumu devam etmesi ile ilgili düşünceleri oldukları ortaya çıkmıştır. Sağlık bakanlığı cevabını veren hekim oranı %29,6 iken hemşire oranı %14'tür. Hastalar veya aileler cevabını hemşirelerin %11,6'sı vermiştir. Hemşirelerin %9,3'ü sağlık personelinin diğer üyeleri ve %2,3'ü de sağlık hizmetlerin sağlayıcıları cevabını vermişlerdir. Politikacılar ve ekonomistler cevabını verene hekim oranı %22,2 iken hemşire oranı %2,3'tür.

4. Kanser tedavisinde önceliklendirme sürecinde hangi kriterler\prensipler kullanılmaktadır?

Öncelik belirleme sürecinde birtakım kriterler/prensipler kullanılmaktadır. Kullanılan kriterler sabit değildir, fakat kişiden kişiye göre değişmektedir. Bu araştırmada kriter veya prensipler hemşire ve hekim bakış açısından incelenmektedir. Verilen cevapların incelemesi ise Tablo 14’te sunulmaktadır.

Tablo 14. Kriterler ve prensipler konusunun hekim ve hemşireye göre incelenmesi.

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Hastalığın Şiddeti (Kanserli Hücrelerin Vücutta Yayılması, Müdahalenin aciliyeti, Hastalığın Evresi, Hastalığın Ciddiyeti)	11 (40,7)	8 (18,6)	18 (25,7)
Hastanın Bu Tedaviden Beklenen Faydası	4 (14,8)	5 (11,6)	9 (12,9)
Yaş, Hastanın Genel Sağlık Durumu, Ve Diğer Hastalıklar	1 (3,7)	8 (18,6)	9 (12,9)
Kriterler Farklıdır	(0)	7 (16,3)	7 (10)
Hastanenin Mevcut Koşulları, Kaynaklar, Teknoloji Ve Uzman Doktorların Varlığı	2 (7,4)	5 (11,6)	7 (10)
Yaşam Kalitesi, Erken Ölüm Riski Vb.	2 (7,4)	4 (9,3)	6 (8,6)
Tiran’da İkamet Etmek Ve Hastane İle Olan Mesafe	3 (11,1)	3 (7)	6 (8,6)
Maliyet ve Müdahalenin Etkinliği	3 (11,1)	2 (4,7)	5 (7,1)
Aynı Kriterler	(0)	1 (2,3)	1 (1,4)
Kriterler Subjektiftir	1 (3,7)	(0)	1 (1,4)

Kriterler ve prensipler başlığında hekimlerin %40,7’i ve hemşirelerinde %18,6’ü “Hastalığın Şiddeti” cevabını vermişlerdir. “Hastanenin Mevcut Koşulları, Kaynaklar, Teknoloji Ve Uzman Doktorların Varlığı” cevabını veren hekim oranı %7,4 iken hemşire oranı %11,6’dır. “Yaş, Hastanın Genel Sağlık Durumu ve Diğer Hastalıklar” cevabını veren hekim oranı %3,7 iken hemşire oranı da %18,6 olarak elde edilmiştir.

5. Kanser tedavisinde temel sağlık hizmetleri paketinde sizce hangi tedavi veya ilaç yer almalıdır?

Arnavutluk'ta kanser tedavisinde temel bir sağlık hizmetleri paketi bulunmamaktadır. Fakat bulunma durumu olsaydı, hemşire ve hekimlerin grşune göre hangi tedavi veya ilaç yer almalıdır sorusu incelenmiştir.

Tablo 15. Temel sağlık hizmetleri paketi konusunun hekim ve hemşireye göre incelenmesi.

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Bilgim yok	(0)	20 (46,5)	20 (28,6)
İlaç piyasasında kolay bulunmayan ilaçları	14 (51,9)	2 (4,7)	16 (22,9)
Eksik olan veya sınırlı dozlarda ilaçlar	3 (11,1)	4 (9,3)	7 (10)
Erken teşhis, bilinçlendirme ve bilgilendirme kampanyaları	2 (7,4)	4 (9,3)	6 (8,6)
Pahalı ilaçlar	3 (11,1)	3 (7)	6 (8,6)
Kemoterapide kullanılan ilaçlar	3 (11,1)	7 (16,3)	10 (14,3)
Teşhis için gerekli tarama hizmetleri ve testler	2 (7,4)	1 (2,3)	3 (4,3)
Çağdaş radyolojik tedavileri	(0)	2 (4,7)	2(2,9)

Temel sağlık hizmetleri paketi konusunda hemşirelerin %46,5'i bilgi yok şeklinde cevap vermişlerdir. "İlaç piyasasında kolay bulunmayan ilaçları" şeklinde cevap veren hekimlerin oranı %51,9 iken hemşirelerin oranı %4,7 olmuştur. "Eksik olan veya sınırlı dozlarda ilaçlar" cevabını veren hekimlerin oranı %11,1 iken hemşirelerin oranı da %9,3'tür. "Erken teşhis, bilinçlendirme ve bilgilendirme kampanyaları" cevabını hekimlerin %7,4' hemşirelerin ise %9,3' belirtmişlerdir. Pahalı ilaçlar cevabını hekimlerin %11,1'i hemşirelerin ise %7'si belirtmişlerdir. Hekimlerin %11,1'i hemşirelerin ise %16,3' "Kemoterapide kullanılan ilaçların", cevabını vermişlerdir. Hekimlerin %7,4' ve hemşirelerin de %2,3' "Teşhis için gerekli tarama hizmetleri ve testler" cevabını vermişlerdir.

6. Mevcut kanser tedavisinde diğer hekimlerin önceliklendirmelerine baktığımızda sizin uyguladığınız önceliklendirme kriterlerinizle uyuşan veya uyuşmayan taraflar var mı? Varsa nelerdir? (Sadece hekimler cevaplandırarak)

Yukarda belirtildiği gibi öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterler kişiden kişiye göre değişmektedir. Her hekim kendine göre doğru olan kriteri uygulamaktadır. Bu bölümde hekimler arasında kullanılan kriterlerin uyuşup uyuşmadığı incelemektedir. Verilen cevapların incelenmesi Tablo 16’da sunulmaktadır.

Tablo 16. Uyuşan ve uyuşmayan kriterler (hekimler)

	Hekim (n=27)
Uyuşuyor	16 (59,3)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: yaş kriteri	4 (14,8)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: duygusal faktörler	2 (7,4)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: en ileri evrelerde kanserli olanlara öncelik tanımamak	2 (7,4)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: kanser hücrelerinin çoğalma hızına önem vermemek	1 (3,7)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: hastaların ikamet yeri	1 (3,7)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: kararlar öznel olması	1 (3,7)

Hekimlerin %59,3’ü uyuştüğunu belirtmişlerdir. %14,8’i uyuşmayan kriter olarak yaşı belirtirken, %7,4’ü duygusal faktör, %7,4’ü en ileri evrelerde kanserli olanlara öncelik tanımamak, %3,7’si kanser hücrelerinin çoğalma hızına önem vermemek, hastaların ikamet yeri cevabını vermişlerdir.

7. Mevcut kanser tedavisinde hekimlerin önceliklendirmelerine baktığımızda sizin uyguladığınız önceliklendirme prensiplerinize uyuşan veya uyuşmayan taraflar var mı? Varsa nelerdir? (Hemşirelere yönelik)

Araştırmanın yapıldığı hastanede önceliklendirme sürecinde hemşirelerin karar verme veya kriter belirleme hakkı yoktur. Fakat onların da bu süreç ile ilgili kendi görüşleri vardır. Bu bölümde, önceliklendirme sürecinde hekimlerin kullandığı kriterlerin hemşirelere göre uyuşan ve uyuşmayan tarafları sorgulanmıştır. Sadece hemşirelerin cevapladığı bu sorununun incelemesi, Tablo 17’de sunulmaktadır.

Tablo 17. Uyuşan ve uyuşmayan kriterler (hemşireler)

	Hemşire (n=43)
Uyuşuyor	35 (81,4)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: karar vermedeki subjektif olmaları	4 (9,3)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: yaş kriteridir	1 (2,3)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: yüksek verimlilik beklentilere öncelik verilmemek	1 (2,3)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: duygusal kriter	1 (2,3)
Uyuşuyor ama uyuşmayan kriter: şeffaf olmamaları	1 (2,3)

Hemşirelerin %81,4’ü uyuştüğünü belirtmişlerdir. %9,3’ü karar vermedeki subjektik olmaları, %2,3’ü yaş, %2,3’ü yüksek verimlilik beklentilere öncelik verilmemesi, %2,3’ü duygusal kriterler ve %2,3’ü şeffaf olmama cevabını vermişlerdir.

8. Aşağıda örneği verilen kriterler önceliklerin belirlenmesini etkiler mi? Size göre bunun sıralaması nasıl olmalıdır? (Örnek: Hastalığın ciddiyeti (belirtiler, çalışma yeteneği, yaşam kalitesi ve erken ölüm riski, kalıcı hastalık / yaralanma ve hastalık durumu açısından bozulmuş yaşam kalitesi), belirli bir hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı, hastanın yaşı, hastanın sosyo-ekonomik durumu, maliyet etkililiği (belirli bir hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı), hastanenin mevcut finansal kaynakları.

Önceliklendirme sürecinde kullanılan kriterler sabit olmasa da, genel olarak temsil edecek birtakım kriterler verilmiştir ve bu kriterlerin etkili olmaları açısından önem sırasına göre sıralanması istenmiştir.

Tablo 18. Sıralama sorusuna verilen cevapların dağılımları

	Hekim (n=27)	Hemşire (n=43)	Toplam (n=70)
Hastalığın ciddiyeti	10 (37)	21 (48,8)	31 (44,3)
Hastanın yaşı	3 (11,1)	10 (23,3)	13 (18,6)
Hastanenin mevcut finansal kaynakları	7 (25,9)	5 (11,6)	12 (17,1)
Hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı	4 (14,8)	3 (7)	7 (10)
Maliyet etkililiği (bu hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı)	1 (3,7)	3 (7)	4 (5,7)
Hastanın sosyo-ekonomik durumu	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)
Hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı	1 (3,7)	(0)	1 (1,4)

Hekimlerin %37'si hastalığın ciddiyetini ilk sırada belirtirken hemşirelerin %48,8'i hastalığın ciddiyetini ilk sırada belirtmişlerdir. Hekimlerde hastanenin mevcut finansal kaynakları %25,9 ile ikinci sırada yer alırken hemşirelerde hastanın yaşı %23,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Hekimler için %14,8 oranında "Hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı" üçüncü sırada yer alırken hemşirelere göre "Hastanenin mevcut finansal kaynakları" %11,6 oranında üçüncü sırada yer almaktadır.

9. “Sağlık hizmetlerinde önceliklendirme” ile ilgili eklemek istediğiniz başka konu var mı?

Son olarak konu ile ilgili eklemek istedikleri başka fikir yada görüşlerinin olup olmadığı sorulmuştur. Fakat tüm görüş ve fikirlerini görüşme sırasında verdikleri için hekim ve hemşirelerin tamamı konuyla ilgili ek bir görüşlerinin olmadıklarını belirtmişlerdir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde saha araştırmasında yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Yöntem olarak, yarı yapılandırılmış görüşme aracı kullanılmıştır. Sorulara ilişkin alınan yanıtların genel değerlendirmesi, genel eğilimler ve kişilerin düşünceleri arasında farklılıklar sunulmaya çalışılmıştır. Bir bütünlük olması açısından görüşme aracındaki soru sırasına göre değerlendirmeler ele alınacaktır. Ayrıca katılımcıların önemli görülen yanıtlarından alıntılar da yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında katılımcılara, hastanede hangi hasta veya hasta gruplarının öncelikli olduğu sorulmuştur. Verilere göre öncelikli hastalar ve hasta grupları konusunda birçok farklı cevap ortaya çıkmıştır. Katılımcılara göre önceliğe sahip hasta veya hasta grupları arasında; genç yaştaki hastalar, ciddi durumda ve acil tedaviye ihtiyacı olan hastalar, prognozdan daha yüksek beklentisi olan hastalar, hastanede yatmakta olan hastalar, başka şehirlerden ya da Kosova'dan gelen hastalar, kanseri erken evrede keşfedilen hastalar, az maliyetli cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, kısa sürede hayatlarını kaybetme riski taşıyan hastalar yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'na ait önceliğe sahip olan hasta veya hasta gruplarını belirten yazılı bir protokol bulunmamaktadır. Sağlık personelinin gözünde çoğu zaman herkes eşit olarak görülmektedir. Bu görüşü en çok destekleyen ise hemşireler olmuştur.

“Bence hepsi eşittir, hiçbir hasta grubu diğerlerine göre öncelikli değildir” (hemşire, radyoloji bölümü).

“Sloganımız eşit ve adil sağlık hizmetidir. Her hastaya gerekli sağlık hizmetini vermeye çalışıyoruz, aynı zamanda hastanenin finansal durumunu da göz önünde bulunduruyoruz. Pek çok hastanın beklentileri yüksek olabilir ancak ne yazık ki hepsini karşılamak mümkün değildir” (hekim, yönetici).

Hastaların yaşını öncelik belirleme sürecinde önemli bir faktör olarak gören katılımcılar olmuştur. Bazı katılımcılar için hastaların genç yaşta olması bir önceliktir, çünkü tedaviler sonucunda iyileşme olasılıkları daha yüksektir. Bazı katılımcılar ise yaşlı hastaların daha önce hizmet alması gerektiğini düşünmektedir. Bu faktör sunulan sağlık hizmetinin niteliğine göre değişkenlik göstermektedir.

“En öncelikli hasta veya hasta grupları genç yaştaki hasta gruplarıdır, her ne kadar adil ve eşit olmaya çalışsak da, genç hastalar biraz daha fazla önceliğe sahiptir” (hemşire, kemoterapi bölümü).

Öncelikli hasta ve hasta gruplarını etkileyen bir diğer faktörün de prognoz faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kriter Kanada (Reeleder ve ark., 2005) ve Norveç'te (Norheim, 2005) de rastlanmaktadır.

İyi bir prognoz ile sonuçlandırılacak hastalara daha öncelik verilmektedir. Bu faktör konusunda hekimler ve hemşirelerin aynı fikirde oldukları ortaya çıkmıştır.

“Öncelik, işlemi yaptıktan sonra daha iyi prognoz olması beklenen hastalara verilmektedir. Kuşkusuz, hiçbir şey kesin değildir, ancak doktorların sahip oldukları deneyimlere dayanarak, daha etkili olması beklenen müdahalelere öncelik vermeye karar vermektedirler” (hemşire, cerrahi bölümü).

“Öncelik, iyi bir prognozu olan ve diğer hastalara göre nispeten daha düşük bir müdahale maliyetine sahip hastalara verilebilir. Bu nedenle, yüksek bir sonuç için düşük bir maliyet, her zaman en iyi seçimdir” (hekim, cerrahi bölümü).

Hastaların ikamet yeri de öncelikli bir grup olup olmamasını etkilemektedir. İkamet yeri, Norveç'te de öncelik belirleme için etkili bir kriter olarak görülmektedir (Norheim ve ark., 2003).

Arnavutluk'ta sadece bir onkoloji hastanesi bulunması büyük bir problemdir, çünkü hasta sayısı oldukça yüksektir. Hastaneye gelen hastalar Arnavutluk'un her şehrinden ve Kosova'dan gelen hastalar olmaktadır. Bazı hizmetlerde uzaktan gelen hastalara öncelik tanınmaktadır. Benzer şekilde Uganda'da da hastaneden uzakta yaşayan hastalara öncelik verildiği gözlenmiştir (Kapiriri ve Norheim, 2003). Fakat Tiran kentinin vatandaşı olmak teşhis ve taramada önceliği sağlayan bir faktördür.

“Eşit olmaya ve her hastaya eşit şartlarda hizmet sunmaya çalışıyoruz, ancak Tiran vatandaşları biraz daha fazla önceliğe sahiptir çünkü sağlık ocağı doktorlarının yönlendirmesi ile geliyorlar” (hekim, teşhis ve tarama bölümü).

Hastanenin mevcut durumu, uzmanların sayısı ve müdahalenin maliyeti de, bir hasta yada hasta grubuna öncelik tanımayı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Her

hastanın ihtiyaç duyduğu tedavi ve müdahale farklıdır. Bu tedavi ve müdahaleleri gerçekleştirmek için belirli bir kaynak tahsisi ve uzman sayısı gerekmektedir.

“Bütçemiz çoğu zaman sınırlı olduğundan, az maliyetli cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalarımıza, öncelik verilmektedir. Yüksek maliyetli olanların önem verilmediği anlamına gelmiyor, ancak bunları ikinci planda tutmak zorundayız” (hekim, cerrahi bölümü).

“Teknolojimizin ve mevcut finansal kaynaklarımızın desteklediği cerrahi müdahalelere ihtiyaç duyan hastalara öncelik verilmektedir. Bu nedenle, bu işlem için gerekli malzeme ve sağlık personeline sahipsek, onu yaparız, aksi takdirde hasta, gerekli malzemeyi alana kadar bekleme listesinde kalmak zorundadır” (hekim, cerrahi bölümü).

Kanserin evresinin önceliklendirmeye olan etkisi ile ilgili farklı veriler elde edilmiştir. Bazı katılımcılar için kanserin erken teşhis edilmesi bir önceliktir, çünkü onların tedavi sonucunda iyi bir sonuca ulaşma olasılığı daha yüksektir. Bazı katılımcılar için ise kanserin ileri bir evrede olması öncelik verilmesine sebep olmaktadır. Katılımcılara göre bazı durumlarda kanserin çok ilerlemesi sebebi ile beklemeye vakit kalmamakta, bu yüzden bu hastalara öncelik tanımak zorunda kalınmaktadır.

“Kötü durumdaki hastaların hastalık aşamaları beklemesine izin vermez bu yüzden o hastalara öncelik veriliyor. Bazen bir gün daha beklemek bu hastaların ölüm sebebi olabilir, bu yüzden onlara mümkün olduğunca çabuk müdahale etmeye çalışıyoruz.” (hekim, cerrahi bölümü).

“Öncelik, hastalığın erken döneminde teşhis edilmiş olanlara sahiptir, çünkü daha pozitif bir tedavi beklentisi vardır” (hekim, radyoloji bölümü).

Araştırma kapsamında katılımcılara hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kaldıklarına ilişkin sorular da yöneltilmiştir. Bu kısımda bu sorulara ilişkin olarak verilen görüşlerin değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (20 katılımcı) mevcut olan ilaçların dağıtımı konusunda bir öncelik belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

“Bizim sorunumuz: ilaç eksikliğidir. Tüm kemoterapi sürecinin temeli ilaçlardır, ancak dozlar yetersiz sayıda geliyor. Dolayısıyla bu durumda öncelik belirlemek zorundayız” (hekim, kemoterapi bölümü).

“5FLU, Toxoter, Doxyrubicine vb. Gibi temel ilaçlar eksil olunca yada çok sınırlı dozlarda geldiklerinde öncelik belirlemek zorundayız (hekim, kemoterapi bölümü).”

Radyasyon cihazlarının çok az sayıda olması cihazların kullanımında bir öncelik belirleme zorunluluğu getirmektedir. Örneğin kobalt cihazından sadece iki adet bulunmaktadır. Gelen hasta sayısına göre bu cihazlar yetersiz kalmaktadır.

“Bölümümüzde hemen hemen her cihazda eksikliklerimiz var. Sunduğumuz hizmetlerin çoğunda öncelik vermek zorundayız. Örneğin, şu an kobalt cihazı ile ilgili problemlerimiz var ve bu anlarda bu servise ihtiyaç duyan hastalar, ikinci plana atılmaktadırlar” (hekim, radyoloji bölümü).

Öncelik belirlemeye ihtiyaç duyulan bir diğer hizmet de hastaneye yatış hizmetidir. Onkoloji merkezinde toplam 111 yatak bulunmaktadır. Yatış hizmetinden faydalanması gereken hasta sayısı ise yüksektir.

“Hastane yatışında öncelik belirlemek zorundayız. Arnavutluk ve Kosova'nın her yerinden gelen hastalara göre sahip olduğumuz yatak sayısı yetersizdir” (hemşire, radyoloji bölümü).

Yatak sayısındaki sorun sadece Arnavutluk'ta bulunmamaktadır. Aynı sorun Kanada, Norveç ve Uganda'da da rastlanmaktadır (Kapiriri ve Norheim, 2003; Norheim, 2005; Kapiriri ve ark., 2007).

Araştırma kapsamında sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kurumsal ve kişisel olarak hangi tarafların katılabileceği veya katılması gerektiği sorgulanmıştır. Kurumsal ve kişisel boyuta sağlık bakanı, politikacılar, sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, hekimler, hemşireler, diğer sağlık personel üyeleri, hastalar ve hasta yakınlarının öncelik belirleme sürecine katılabilecekleri belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde katılımcılara göre en önemli rol Sağlık Bakanlığı olarak belirtilmiştir. Sağlık Bakanı tarafından yazılı bir protokolün hazırlanması gerektiği vurgulanmıştır. Bir protokol bulunmasının; sağlık personelinin işini kolaylaştıracağı, görevi kötüye kullanmayı azaltacağı ve halka hesap verebilmeyi sağlayacağı düşünülmektedir.

“Daha önce belirtildiği gibi, fonlar departmanlar aracılığıyla dağıtılır ve doktorlar bu fonu hastalar arasında yönetir ve dağıtır. Ama bu adil bir gelenek midir? Bence değildir. Sağlık kurumlarının fonlarının geleneksel yöntemler ile değil de DRG'ye (teşhis edilmiş grup) göre dağıtılması gerektiğini düşünüyorum. Protokollerin hazırlanması, hastane hizmet kalitesini arttırmak ve iyileştirmek amacıyla artan şeffaflık, doğrulanabilirlik, hesap verebilirlik ve hesap verilebilirliğe yol açacak olan sağlık sistemi reformunda temel öncelik olmalıdır. Resmi bir çalışma protokolü ve standart prosedürlerin bulunmaması, ilaçların ve tıbbi malzemelerin kötüye kullanılmasına yol açar. Bu görev Sağlık Bakanlığına aittir” (hekim, yönetici).

“Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış bir düzenleme olması gerektiğini düşünüyorum, bu yanlış anlaşılmaları ve hastalarda memnuniyetsizliği azaltacaktır” (hemşire, radyoloji bölümü).

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kişisel olarak kimlerin katılması gerektiği konusunda katılımcıların çoğu sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde hekimlerin yönlendirici ve karar verici rolünü savunmaktadır.

“Kararlar uzman doktorlar tarafından verilir ve bu sürece başka kimse katılmaz. Biz sadece alınan kararlarının uygulayıcılarıyız. Doktorların en iyi kararları alacaklarına inanıyorum” (hemşire, cerrahi bölümü).

Fakat hemşireler de sağlık hizmet sunumunun bir parçası olarak bu sürece katılma talebinde bulunmaktadır.

“Öncelik belirleme süreci her zaman doktorların elinde olmuştur ve bu sürece başka kimse dahil edilmemiştir. Bence modern ve çağdaş bir sağlık sistemine sahip olmak istiyorsak bu uygulamanın değişmesi gerekmektedir” (hemşire, cerrahi bölümü).

“Bu hastanede çalıştığım yıllar boyunca, öncelik belirleme doktorların elinde oldu ve bunu kabul ettik, çünkü başka bir şans tanınmamıştır. Fakat Sağlık Bakanlığı bizim rolümüzü artıracak ve bize bu sürece katılma hakkı verecek olsaydı, daha da iyi olurdu. Çünkü hastayla doğrudan iletişim halindeyiz ama ne yazık ki kararlar ve önceliklerin kriterleri hakkında bilgi sahibi değiliz” (hemşire, teşhis ve tarama bölümü).

Hasta ve ailelerinin bu sürece katılması konusunda hekimler açısından bir önem göstermiyor iken hemşireler için önemli bulunmuştur. Bu durumun nedeni hastaların daha çok hemşirelerle iletişim halinde olmasıdır.

“Kararlar doktorlar tarafından alınır, ancak en iyisi hastalar veya aileleri gibi diğer katılımcıları dahil etmek olacaktır, çünkü bu kararların merkezinde hastalar vardır” (hemşire, kemoterapi bölümü).

Politikacıların ve sağlık ekonomistlerinin sürece katılması konusunu ise hekimler önemli bulmaktadırlar. Hekimler için tek başına karar almanın oldukça zor ve stresli bir durum olduğu ortaya çıkmıştır.

“Bu görev doktorlara aittir ama bence bu doğru değildir, çünkü işimize daha fazla sorumluluk ve stres katmaktadır” (hekim, radyoloji bölümü).

Kapiriri ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, tüm paydaşların karar verme sürecine erişebilmeleri gerektiğini düşünmektedirler. Bunun yerel hesap verebilirliği artıracak ve öncelik belirleme sürecinin adil olması için önemli bir unsur olduğunu vurgulamışlardır (Kapiriri ve ark., 2009).

Araştırmaya katılan katılımcılara kliniklerde veya mikro düzeyde öncelik belirlerken ne tür kriterlerin kullanılabilceği sorusu da yöneltilmiştir. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde katılımcılar belli kriterlere odaklanmıştır. Hastalığın şiddeti, kanserli hücrelerin vücutta yayılma hızı, hastalığın evresi, bu tedaviden beklenen fayda, hastanın yaşı, hastanın genel sağlık durumu, diğer hastalıklar, bu hastalığın varlığında yaşam kalitesi, erken ölüm riski olup olmaması gibi kriterler ön plana çıkmaktadır.

Katılımcılar en çok etkileyen kriterin hastalığın şiddeti olduğunu belirtmişlerdir. Bu kritere hem hemşireler hem de hekimler birinci sırada yer vermişlerdir. Bu faktör

kanserli hücrelerin vücutta yayılması hızı ile de bağdaştırılmıştır. Bazı kanser türlerinde kanserli hücrelerin çoğalma ve vücuda yayılma hızı diğer kanser türlerine göre daha hızlı bir şekilde olmaktadır. Bu yüzden böyle durumlarda bu hastalara öncelik tanınmanın daha mühim olduğu düşünülmektedir.

“Cerrahi bölümünde daha fazla önceliği olan hastalar acil müdahalelere ihtiyaç duyan hastalardır, kanser hücreleri vücutta daha hızlı yayılmaktadır bu yüzden buna öncelik vermek zorundayız” (hekim, cerrahi bölümü).

Özellikle hastaların yaşı klinik veya hasta düzeyinde öncelik belirlenmesinde önemsenmektedir.

“Bir doktor olarak benim için tedavinin önceliği genç yaştaki hastalardır. Bu hastalarda hastalık hızla gelişir ve semptomlar daha güçlüdür. Ayrıca, genç hastanın vücudu diğer hastalara göre, ilaçlara daha hızlı tepki verir” (hekim, radyoloji bölümü).

“Benim düşünceme göre, yaş faktörü dikkate alınmalıdır, çünkü 90 yaşındaki bir hasta, 15 yaşındaki bir hastaya göre sırada aynı şekilde bekleyemez, yaşlı hastalar beklerken durumları kötüleşebilir mesela tansiyon, kan şekeri vb.” (hemşire, teşhis ve tarama bölümü).

Diğer önemli bir kriter de hastanın ikamet yeridir. Arnavutlukta sadece bir tane onkoloji hastanesi bulunduğu için herkes Tiran’a gelmektedir. Bu da hastanedeki bekleme sıralarını artırmaktadır. Bu kriterin değerlendirilmesi de bölüme göre değişmektedir. Kemoterapi ya da radyoloji bölümünde diğer şehirlerden veya Kosova’dan gelmek bir avantaj olurken, tarama ve teşhis bölümünde durum farklıdır. Teşhis ve tarama bölümünde önceliğe sahip olan hastalar Tiran şehrinde ikamet eden hastalardır, çünkü bu hizmet diğer şehirlerde de sunulmaktadır.

“Benim için, diğer şehirlerden veya Kosova’dan gelen hastalara öncelik tanınması gerekiyor. Yakında olan hastalar hastaneye her zaman gelebilmektedir. Uzaklardan gelenler ise, uzaklara gidip geri gelirlerse hastayı fiziksel olarak yorar ve radyasyon tedavisine karşı yeterince hazır olmazlar” (hekim, radyoloji bölümü).

Hiçbir gruba öncelik tanımama fikrine sahip olan sağlık personeli de bulunmaktadır. Sağlık personeli yazılı bir protokol olmadığı sürece herkesin eşit olduğunu düşünmektedirler.

“Bizim için önceliğe sahip belirli bir grup yoktur, herkes sıraya giriyor ve sıraya göre hizmet alıyor” (hemşire, teşhis ve tarama bölümü).

Arnavutluk'ta kimse kabul etmese de, diğer ülkeler genellikle meslektaş, akraba ve ünlü insanlara öncelik verdiklerini kabul etmiştir. (Lawler ve ark., 2015). Fakat kötü sosyo-ekonomik durumda olan hastalara öncelik vermek daha iyi durumda olanlara öncelik vermekten daha önemlidir. Bu da haksız eşitsizlikleri azaltacaktır (Kapiriri ve ark., 2009).

Hemşirelerin bu konu ile ilgili farklı cevaplar verdikleri tespit edilmiştir. Cevapların farklı olmasının, hemşirelerin önceliklendirme ile ilgili yeteri kadar bilgi sahibi olmamasından kaynaklanmaktadır.

“Kriterler farklıdır, onlardan birkaç tanesi: hastanın yaşı, kanserin bulunduğu yer veya evre, hastanenin eczanesindeki bulunan ilaçlar vb.” (hemşire, cerrahi bölümü).

“Doktorların dikkate aldığı kriterler genellikle aynı kriterlerdir çünkü birbirleriyle sürekli iletişim içindedirler” (hemşire, kemoterapi bölümü).

Bazı hekimler ise kullanılan kriter ve prensiplerin objektif olmadığını belirtmişlerdir. Onlara göre objektif olmak her zaman mümkün değildir, çünkü alınan kararlar bir standarda dayanmamaktadır. Herkes kendine göre doğru olanı yapmaktadır.

“İster istemez kriterler biraz subjektif olabiliyor çünkü herkes kendi uzmanlık alanına ve kendi deneyimlerine dayanarak karar veriyor” (hekim, radyoloji bölümü).

Araştırma kapsamında oluşturulması düşünülen temel sağlık hizmetleri paketinde, kanser tedavisinin hangi tedaviler veya ilaçlar içermesi gerektiğine ilişkin görüşlere de yer verilmiştir.

Bunlardan sonra ilaç piyasasında kolay bulunmayan, eksik olan veya sınırlı dozlarda gelen ilaçların kanser tedavisinin temel sağlık hizmetleri paketinde bulunması

gerekliliği yüksek oranda belirtilmiştir. Hemşirelere göre bu ilaçlar bu paketin bir parçası olursa daha önem verilecektir.

“Sanırım daha küçük miktarlarda gelen ilaçlar yer almalıdır, belki de bu paketin bir parçası olunca, daha fazla öncelik verileceğini düşünüyorum” (hemşire, kemoterapi bölümü).

Katılımcıların bir kısmı ise pahalı ilaçların da bu listeye dahil edilmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Bazı ilaçların maliyeti ciddi derecede yüksektir ve Anavutluk gibi gelişmekte olan bir ülkenin vatandaşları için bu ilaçlarının fiyatları karşılanmaz hale gelmektedir. Örneğin; herceptita ilacının maliyeti oldukça yüksektir, sadece bir dozun fiyatı yaklaşık 2100 Avro değerinde iken gerekli dozların sayısı senede 17 doza kadar ulaşabilmektedir. Bu nedenle bu ilacın temel sağlık paketinin bir parçası olması büyük bir önem taşımaktadır.

“Bu listede, önce teşhis süreci sonrasında ise pahalı ilaçlar yerleştirilmelidir, çünkü hastalar genellikle bazı ilaçların fiyatlarını karşılayamazlar” (hekim, kemoterapi bölümü).

“Kanser tedavisinde temel sağlık hizmetleri paketi için önereceğim birçok ilaç vardır, ancak ilaç piyasasında kolay bulunmayan ilaçları önermemiz gerekiyor. Çünkü hastanede bir antibiyotik eksik olması büyük bir sorun değildir, onu eczanede bulmak kolay ve fiyatı 5-10 dolar civarındadır, ancak bir DOXYRUBIT'in aile üyeleri tarafından bulunması kolay değildir ve maliyeti yaklaşık 300 dolar tutarındadır” (hekim, kemoterapi bölümü).

Erken teşhis, bilinçlendirme ve bilgilendirme kampanyalarına yer verilmesi tedavi için önem taşımaktadır.

“Bazı hastalar o kadar kötü bir durumda geliyorlar ki hastaneye doktorların da yapabileceği pek şey kalmamış oluyor, hepsi de bilgi eksiliğinden kaynaklanıyor” (hemşire radyoloji bölümü).

İlaç gruplarından ise sitostatik grubuna önem verilmiştir. Bu ilaç grubu kemoterapi için kullanılan gruptur, fakat hastaneye her zaman az miktarda gelen ilaçların listesinde en üstte durmaktadır.

“Açıkçası bu pakette, düşük dozlarda geldikleri ve her zaman tartışmaların sebebi oldukları için sitostatik grub ilaçlar gerekir” (hemşire, kemoterapi bölümü).

Araştırma kapsamında katılımcılara, mevcut kanser tedavisinde hekimler arasında öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterlerin örtüşüp örtüşmediği sorulmuştur. Bu soru sadece hekimlere yöneltilmiştir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterlerin uyumunu belirtmektedir.

“Kararlar, istemesek de, çoğu zaman ve kaçınılmaz olarak öznelleşiyor, çünkü her birimiz mantığına göre en iyisi gibi görünen seçeneği seçiyoruz. Ancak aynı zamanda meslektaşlarımızın kararlarına ve kriterlerine saygı duyuyorum” (hekim, kemoterapi bölümü).

Araştırma katılan hemşirelere, mevcut kanser tedavisinde öncelik belirleme sürecinde hekimler tarafından kullanılan kriterlerle uyumun olup olmadığı sorulmuştur. Bu soru sadece hemşirelere yöneltilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterlerin uyumunu belirtmektedir.

Hemşireler öncelik belirleme sürecine dahil değildirler, fakat bu süreçle ilgili onların da önemsendiği kriterler vardır. Hemşirelere göre hekimler subjektif olmamalı hatta duygusal faktörlerden uzaklaşıp objektif kararlar almalıdır. Bir diğer uyumsuz kriter de şeffaflık kriteridir. Hemşirelere göre bu süreç daha kapsamlı, açık ve şeffaf olmalıdır.

“Genel olarak, doktorların karar alırken kullandıkları kriterleri kabul ediyoruz, ancak eleştireceğim şey karar vermedeki öznel kısımdır, daha objektif ve şeffaf olmaları gerekmektedir” (hemşire, cerrahi bölümü).

Sadece Arnavutluk'ta değil, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre, kamu hesap verebilirliğinin yerine getirilmesi, öncelik belirleme kararların şeffaf bir şekilde alınmasını gerektirmektedir (Lawler ve ark., 2015).

Katılımcılardan önceliklendirmede kullandıkları kriterleri sıralamaları istenmiştir. Belirtilen kriterler şunlardır: hastalığın ciddiyeti, hastanenin mevcut finansal kaynakları, maliyet etkililiği (bu hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı), hastanın yaşı, hastanın sosyo-ekonomik durumu ve hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararadır.

Katılımcıların bir kısmı (31 katılımcı) hastalığın ciddiyetinin (belirtiler, çalışma yeteneği, yaşam kalitesi ve erken ölüm riski, kalıcı hastalık / yaralanma ve hastalık durumu açısından bozulmuş yaşam kalitesi) karar alma sürecinde en çok etkilenen kriter olduğunu belirtmiştir. En az etkilenen kriterlerden biri hastanın sosyo- ekonomik durumu olmuştur. Katılımcılara göre hiçbir zaman hastanın sosyo- ekonomik durumu karar alma sürecinde etkili olmamıştır. Ekonomik durumu iyi olan hastaların bir çoğunun tedavi için yurt dışına gittiklerini belirtmişlerdir.

“Genelde kullandığımız kriterler şunlardır: hastanın durumu, hastalığın ne kadar ilerlediği ve iyileşmenin ne kadar mümkün olduğu vb. Ama asla sosyo-ekonomik durumuna önem vermem, zaten imkanı olan hastalar tedavi için yurt dışındaki hastaneleri tercih etmektedir” (hekim, radyoloji bölümü).

Geniş bir literatur taraması yapıldıktan sonra öncelik belirleme konusunda birçok çalışma bulunmuştur. Fakat çoğuda odak nokta makro ve mezo düzeyi olmuştur. Mikro düzeyinde ise, az sayıda çalışma ile karşılaşmıştır. Ancak çalışmalar da konumuzla ilgili olmayan çalışmalar olmuştur. Bu nedenle tartışma kısmında başka çalışmalar ile karşılaştırma yapılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Öncelik belirleme; farklı sağlık hizmetleri, hastalar veya hasta grupları arasında kaynakların dağılımını ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Öncelik belirleme sürecinin amacı; sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında, sınırsız sağlık hizmet taleplerini karşılamak için, farklı seçenekler arasından en doğru seçimin yapılmasıdır.

Öncelik belirleme sadece finansal kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmakla ilgili değildir. Aynı zamanda toplumun inanç ve değerlerine, ihtiyaçlarına, taleplerine uygun olarak kaynakların dağıtılması ile de ilgilidir. Öncelik belirlemenin hangi düzeyde yapılacağına karar vermek sürecin ilk aşamasıdır. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin farklı düzeyleri bulunmaktadır. Bunlar; Makro seviye, mezo seviye ve mikro seviyedir. Odak noktamız mikro düzeyde öncelik belirleme ve klinik karar verme süreci olmuştur. Konu ile ilgili yapılan uluslararası literatür taramalarında mikro düzeydeki öncelik belirleme ile ilgili çok fazla araştırma olmadığı görülmüştür. Arnavutluk'ta ise önceliklendirme ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır, bu nedenle yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kanser tedavisinde önceliklendirmenin nasıl yapıldığını ve kriterlerinin neler olduğunu tespit etmek ve süreçte rol alanların düşünce ve değerlendirmelerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırma Arnavutluk Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde yapılmıştır. Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır, araştırmanın amacıyla en iyi örtüşen teknik olduğu düşünülen yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Toplam 27 hekim ve 43 hemşire olmak üzere toplam 70 sağlık çalışanı ile görüşme yapılmış ve Arnavutluk'ta mikro düzeyde öncelik belirleme uygulamaları incelenmiştir.

Bulgulara göre öncelikli hastalar ve hasta grupları konusunda birçok farklı cevap ortaya çıkmıştır. Katılımcılara göre önceliğe sahip hasta veya hasta grupları arasında; genç yaşta hastalar, ciddi durumda ve acil tedaviye ihtiyacı olan hastalar, prognozdan daha yüksek beklentisi olan hastalar, hastanede yatmakta olan hastalar, başka şehirlerden ya da Kosova'dan gelen hastalar, kanseri erken evrede keşfedilen hastalar, az maliyetli cerrahi

müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, kısa sürede hayatlarını kaybetme riski taşıyan hastalar yer almıştır.

Hastaların yaşını öncelik belirleme sürecinde önemli bir faktör olarak gören katılımcılar olmuştur. Bazı katılımcılar için hastaların genç yaşta olması bir önceliktir, çünkü tedaviler sonucunda iyileşme olasılıkları daha yüksektir. Bazı katılımcılar ise yaşlı hastaların daha önce hizmet alması gerektiğini düşünmektedir. Bu faktör sunulan sağlık hizmetinin niteliğine göre değişkenlik göstermiştir.

Öncelikli hasta ve hasta gruplarını etkileyen bir diğer faktörün de prognoz faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. İyi bir prognoz ile sonuçlandırılacak hastalara öncelik verilmektedir. Bu faktör konusunda hekimler ve hemşirelerin aynı fikirde oldukları ortaya çıkmıştır.

Kanserin evresinin önceliklendirmeye olan etkisi ile ilgili farklı veriler elde edilmiştir. Bazı katılımcılar için kanserin erken teşhis edilmesi bir önceliktir, çünkü onların tedavi sonucunda iyi bir sonuca ulaşma olasılığı daha yüksektir. Bazı katılımcılar için ise kanserin ileri bir evrede olması öncelik verilmesine sebep olmaktadır. Katılımcılara göre bazı durumlarda kanserin çok ilerlemesi sebebi ile beklemeye vakit kalmamakta, bu yüzden bu hastalara öncelik tanımak zorunda kalınmaktadır.

Araştırma kapsamında katılımcılara hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kaldıklarına ilişkin sorular da yöneltilmiştir. Bu soruya katılımcıların çoğu mevcut olan ilaçların dağıtımı konusunda bir öncelik belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Öncelik belirlemeye ihtiyaç duyulan bir diğer hizmet de hastaneye yatış hizmeti olmuştur. Onkoloji merkezinde toplam 111 yatak bulunmaktadır fakat yatış hizmetinden faydalanması gereken hasta sayısı daha fazla olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde rol alabilecek taraflar ile ilgili katılımcılara göre kurumsal olarak en önemli sorumluluğun Sağlık Bakanlığına ait olduğu belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yazılı bir protokolün oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır. Bir protokolün bulundurulması; sağlık personelinin işini kolaylaştıracağı, görevi kötüye kullanmayı azaltacağı ve halka hesap verebilmeyi sağlayacağı düşünülmektedir. Kişisel boyutta ise katılımcıların çoğu sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde hekimlerin yönlendirici ve karar verici rolünü savunmuştur. Fakat

hemşireler de sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak bu sürece katılma isteğinde bulunmuşlardır. Hatta hasta ve hasta yakınlarının sürece katılmasının hemşireler için önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni ise hastaların daha çok hemşirelerle iletişim halinde olmasıdır.

Öncelik belirleme sürecinde hangi kriterlerin/prensipilerin kullanılması gerektiği konusunda katılımcılar belli kriterlere odaklanmışlardır. Hastalığın şiddeti, kanserli hücrelerin vücutta yayılması, hastalığın evresi, hastanın bu tedaviden beklediği fayda, hastanın yaşı, hastanın genel sağlık durumu, diğer hastalıklar, bu hastalığın varlığında yaşam kalitesi, erken ölüm riski olup olmaması gibi kriterler ön plana çıkmıştır. Katılımcılar en çok etkilenen kriterin hastalığın şiddeti olduğunu belirtmişlerdir. Bu kriter hem hemşireler hem de hekimler birinci sırada yer vermişlerdir. Bu faktör kanserli hücrelerin vücutta yayılması hızı ile de bağdaştırılmıştır. Bazı kanser türlerinde kanserli hücrelerin çoğalma ve vücuda yayılma hızı diğer kanser türlerine göre daha hızlı bir şekilde olmaktadır. Böyle durumlarda bu hastalara öncelik tanınmanın daha mühim olduğu düşünülmektedir.

Diğer önemli bir kriter de hastanın ikamet yeri olmuştur. Arnavutluk'ta sadece bir tane onkoloji hastanesi bulunduğu için herkes Tiran'a gelmektedir. Bu da hastanede ki hasta yoğunluğunu artırmaktadır. Bu kriterin değerlendirilmesi de bölüme göre değişmektedir.

Bazı hekimler ise kullanılan kriter ve prensiplerin objektif olmadığını belirtmişlerdir. Onlara göre objektif olmak her zaman mümkün değildir, çünkü alınan kararlar bir standarda dayanmamaktadır. Herkes kendine göre doğru olanı yapmaktadır. Kullanılan kriterlere ilişkin son olarak da özellikle hastaların yaşı klinik veya hasta düzeyinde öncelik belirlenmesinde önemsenmektedir fakat bu kriterin de bölüme göre değiştiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında oluşturulması düşünülen temel sağlık hizmetleri paketinde, kanser tedavisinin hangi tedaviler veya ilaçlar içermesi gerektiğine ilişkin görüşler de alınmıştır. Bunlardan ilaç piyasasında kolay bulunmayan, eksik olan veya sınırlı dozlarda gelen ilaçların kanser tedavisinde temel sağlık hizmetleri paketinde bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların bir kısmı ise pahalı ilaçların da bu listeye dahil edilmesinin önemini vurgulamıştır. Onlara göre bazı ilaçların fiyatı ciddi derecede yüksektir ve ülke

vatandaşlarının bu ilaçları alması zordur. İlaç grubu olarak sitostatik grubuna önem verilmiştir. Bu ilaç grubu kemoterapi için kullanılan gruptur, fakat hastaneye her zaman az miktarda gelen ilaçların listesinde en üstte durmaktadır. Tedavi olarak sorulduğunda, tedaviden daha çok erken teşhis, bilinçlendirme ve bilgilendirme kampanyalarına yer verilmesinin önem verildiği ortaya çıkmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcılara, mevcut kanser tedavisinde hekimler arasında öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterlerin örtüşüp örtüşmediği sorulmuştur. Bu soru önce hekimlere sonra da hemşirelere sorulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu öncelik belirleme sürecinde kullanılan kriterlerin uyuştuğunu belirtmektedir. Hemşirelere göre hekimler subjektif olmamalı, duygusal etkilerden uzaklaşarak kararlar almalıdır. Bir diğer uyuşmayan kriter de şeffaflık kriteri olmuştur. Hemşirelere göre bu sürecin daha açık ve şeffaf olması gerekmektedir.

Katılımcılardan önceliklendirmede kullandıkları kriterleri sıralamaları istenmiştir. Belirtilen kriterler şunlardır: hastalığın ciddiyeti, hastanenin mevcut finansal kaynakları, maliyet etkililiği (bu hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı), hastanın yaşı, hastanın sosyo-ekonomik durumu ve hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararlarıdır. Katılımcıların çoğu hastalığın şiddetinin (belirtiler, çalışma yeteneği, yaşam kalitesi ve erken ölüm riski, kalıcı hastalık / yaralanma ve hastalık durumu açısından bozulmuş yaşam kalitesi) karar alma sürecinde en çok etkilenen kriter olduğunu belirtmiştir. En az etkilenen kriterlerden biri hastanın sosyo-ekonomik durumu olmuştur. Katılımcılara göre hiçbir zaman hastanın sosyo-ekonomik durumu karar alma sürecinde etkili olmamıştır. Ancak ne yazık ki son zamanlarda yayınlanan haberlere göre rüşvet alma suçu ile tutuklanan hekimler olmuştur. Yerel bir gazetenin mayıs ayında yayınlanan haberine göre; hastaya öncelik vermek için para isteyen hekimin tutuklanıp ceza evine gönderildiği ortaya çıkmıştır (Leka D, 2019). Bu da hastanın sosyo-ekonomik durumunun, öncelik verme konusunda büyük bir önem taşıdığını göstermektedir. Bu ve benzeri haberler sağlık personeli tarafından kabul edilmemektedir. Bunun şahsi menfaat ve korkularından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırmanın sonuçlarına dayanarak ve de diğer ülkelerin örnekleri göz önünde bulundurularak Arnavut sağlık sisteminde bazı değişikliklerin yapılması önerilmektedir.

Bu çerçevede, ilk olarak sağlık sisteminin düzeylerinin ve onların kapsadığı alanların gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu demek oluyor ki, her düzey kendi sorumluklarını üstlenmelidir. Böylece makro düzeydeki alınan kararlardan ve yapılacak olan değişikliklerden diğer iki düzeyin (mezo ve mikro) sınırları etkilenecektir. Örnek olarak kanser tedavisinde ki belirleme sürecini gösterebiliriz. Eğer Sağlık Bakanlığı bu konuda bir düzenleme yapacak olursa, öncelikli hasta ya da hasta grupları, direkt Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu değişiklik hem hekimlerin işini kolaylaştıracak hem de toplum için daha şeffaf ve adil bir süreç oluşturacaktır.

Bununla beraber hekim, hemşire, hasta ve hasta yakını gibi paydaşlarca, Sağlık Bakanlığında temel sağlık hizmetleri paketinin oluşturması istenmektedir. Bu paket sayesinde tedavilerin öncelik sırası ve nedenleri belli olacaktır.

Bir diğer konu da, öncelik belirleme sürecindeki katılımcılardır. Bu sürece katılanlar daha geniş bir kapsamda olması gerekmektedir. Hekimlerin yanında; hemşireler, hastalar ve hasta yakınları bu sürece dahil edilmelidirler. Uganda, Norveç ve Kanada gibi ülkelerde de gözlemlendiği gibi bu sürece tüm paydaşların katılması öncelik belirleme süreci için önemlidir. Bu, hem hesap verilebilirliği hem de kabul edilebilirliği artıracaktır.

Kriterler konusunda ise, farklı uzmanların bir araya gelip hem ekonomik hem de sağlık ve etik açısından bir kriter listesi oluşturması gerekmektedir. Bu listeyi oluşturabilmek için gelişmiş olan ülkelerin deneyimlerinden yararlanılmalıdır. Fakat bu sürecin başarılı olması için bunu takip edebilecek olan bir komisyonun oluşturulmasını önermekteyiz. Bu komisyonun oluşturulması hem toplumun sağlık politikalarına olan güvenini artıracak hem de sağlık sisteminin başarısı için doğru bir mekanizma olacaktır.

Mikro düzeyde öncelik belirleme konusunda daha kapsamlı ve daha çok çalışmanın yapılması gerekmektedir. Buna karşın Arnavutluk'ta yapılan çalışmalar yeterli olmadığı gibi; yapılan çalışmalara erişim konusunda ciddi bir altyapı eksikliği gözlenmektedir. Bu haliyle yapılan çalışmaların internet ve medya ağı kullanılarak tüm ülke genelinde erişime açılması, yeni araştırmalara büyük bir fayda sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- ACHO, Shëndeti në nivel vendor: rezultate të një vlerësimi cilësor të palëve të interesuara në Shqipëri. Raport përfundimtar për Ministrinë e Shëndetësisë, Tiran, 2003; 12-27.
- Agolli I. Shqipëri: Kanceri i gjirit dhe frika që pengon mjekimin. *Zeri Amerikes* 2017; 1-7.
- Aris A. and Panos K. Resource allocation and priority setting in health care: a multi-criteria decision analysis problem of value? 2017; 10-13.
- Arqimandriti M, Ivkoviç M, Naskidashvili I, Ekonomi M, Skora L, Çomo E, Balilaj B, Mulellari E. Monitoring of the primary health care system in Albania. 2014; 13-24.
- Arvidsson E, André M, Borgquist L, Andersson D, Carlsson P. Setting priorities in primary health care – on whose conditions? A questionnaire studies. *BMC Fam Pract.* 2012; 1; 8.
- Ashton, T., Cumming, J., & Devlin, N. Priority-setting in New Zealand: translating principles into practice. *Journal of health services research & policy.* 2000; 5(3); 170-175.
- Axhemi A, Dragoshi G. The problem of social protection in Albania. *Comparative Economic Research* 2013; 10; 18-21.
- Badnjevic A, Gurbeta L. Development and perspectives of biomedical engineering in South East European countries. *Uluslararası Burch Üniversitesi Tıp Fakültesi, Saraybosna* 2013; 2-4.
- Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006; 4(1); 14.
- Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health economics.* 2006; 15(7); 689–696.
- Baltussen R. Priority-setting of public spending in developing countries: Do not try to do everything for everybody. *Health Policy.* 2007; 78: 56–149.
- Batchelor, J.M., et al., The eczema priority setting partnership: A collaboration between patients, carers, clinicians and researchers to identify and prioritize important research questions for the treatment of eczema. *Br J Dermatol,* 2013; 168(3); 577-82.
- Bedini B, Albanian political culture in transition: Helping or stumbling the democracy's consolidation?. *Aleksander Mojsiu Üniversitesi, Durres, Yüksek Lisans Tezi,* 2010; 36-44.
- Beqiri A, Toci E, Sallaku A, Qirjako G, Burazeri G. Breaking bad news in a Southeast European population: A survey among cancer patients in Albania. *J Palliat Med* 2012; 15(10); 1100-1105.

- Berg M, van der Grinten T. The Netherlands. Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care. Open University Press; 2003.
- Berman P, Bitran R. Health systems analysis for better health system strengthening. World Bank; 2011(2); 5-11
- Blumstein JF. The Oregon experiment: The role of cost-benefit analysis in the allocation of Medicaid funds. *Social Science and Medicine*. 1997; 45(4):545-554.
- Bolsewicz AK, Hipgrave D, Jimenez-Soto E. Public engagement in health priority-setting in low- and middle-income countries: current trends and considerations for policy. *PLoS Med*. 2013; 10(8); 5-10.
- Braholli A, Spaho M. Social security system in Albania: An alternative implementation. Tiran Üniversitesi İşletme Fakültesi, Tiran, 2016; 17-25.
- Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: Concepts, experience, and programming options. Agency for International Development; 2008; 85-122.
- Brock DW. Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health care resources. *Public health, ethics, and equity*. Oxford, Oxford University Press. 2004; 201–224.
- Brown LD. The national politics of Oregon's rationing plan. *Health Affairs*. 1991;10(2);28-51.
- Brugha R, Varvasovsky Z. Stakeholder analysis: A review. *Health Policy Plan*. 2000; 15(3); 239–46
- Buffett C, Ciliska D, Thomas H. Can I use this evidence in my program decision? Assessing applicability and transferability of evidence. Hamilton (ON): National Collaborating Centre for Methods and Tools. Eldis 2007; 1-2.
- Burden B. NATO's Small States: Albania as a case study. Naval Postgraduate School Monterey, California. 2016; 15-21.
- Busse R. Priority-setting and rationing in German health care. *Health Policy*. 1999; 50.1(2); 71-90.
- Calltorp J. Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*. 1999; 26(4); 303-50.
- Carlsson P: Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. *Scand J Public Health* 2010, 38(6); 561–564.
- Chalkidou K, Ryan Li1 , Culyer A J, Glassman A, Hofman K J, Teerawattananon Y. health technology assessment: Global advocacy and local realities. *Int J Health Policy Manag* 2017; 6(4); 233–236

- Chalkidou K, Glassman A, Marten R, Vega J, Teerawattananon Y, Tritasavit N. Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2016; 94(6); 462–475.
- Claridge J, Fabian T. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg* 2005, 29(5); 547-553.
- Conner SL. The Rule of rescue. *Alabama Medicine: Journal of the Medical Association of the State of Alabama* 1991; 60(10); 2-6.
- Cookson S, Stricker J, Bennett MR, Mather WH, Tsimring LS, Hasty J. A fast, robust and tunable synthetic gene oscillator. *York* 2008; 456(7221); 516-519.
- Council Of Ministers. National Strategy for Socio-Economic Development, Medium-term Program of the Albanian Government. “Growth and Poverty Reduction Strategy”. TIRAN 2001; 20-30.
- Cumming, J. Core services and priority-setting: the New Zealand experience. *Health Policy*.1994; 29(1-2); 41-60.
- Dako A, Lika M, Mankolli H. Monitoring aspects of air quality in urban areas of Tirana and Durres, Albania. *ECAT* 2008; 25-35.
- Daniels N, Bryant J.: Parametros de justicia y monitoreo de la equidad: apoyo a un programa de la OMS Salud y Gerencia. *Temas Y Debates* 1998; 16(1); 7–12.
- Daniels N, Light D, Caplan R. Benchmarks of fairness for health care reform. New York, Oxford University Press, 1996; *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6); 740-750.
- Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997; 26; 303–350.
- Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: An update. *BMJ* 2008; 337; a1850.
- Dayalu, R., Cafiero-Fonseca, E. T., Fan, V. Y., Schofield, H., & Bloom, D. E. Priority setting in health: development and application of a multi-criteria algorithm for the population of New Zealand’s Waikato region. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. (2018); 16(1); 52.
- Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP. et al. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. *BMC health services research*. 2012; 12(1); 39
- Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki M, Tabibi SA, Ibrahimi H, Pour SNH. Criteria for Priority-setting in Iran Basic Health Insurance Package: Exploring the Perceptions of Health Insurance Experts. *HealthMED*. 2010; 7(2); 1542.
- Diaby V, Laurier C, Lachaine J. A proposed framework for formulary listing in low-income countries: incorporating key features from established drug benefit plans. *Pharmaceutical Medicine* 2011; 25; 71–82.

- Donaldson C. Health care priority setting: principles practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc* 2004; 2(3); 1-8.
- Drummond MF. Methods for the economic evaluation of health care programmes. *J Epidemiol Community Health* 2005; 60; 822–823.
- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *PubMed* 2001; 5(16); 1-69.
- Eftimi R. Hydrogeological characteristics of Albania. *AQUAmundi* 2010; 10; 80-85.
- Elsie R. Albania under prince wied. *Trakya Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* 2011; 6(11); 123-146.
- Farrar S, Ryan M, Ross D, Ludbrook A. Using discrete choice modelling in priority setting: An application to clinical service developments. *Social Science and Medicine* 2000; 50(1); 63-75.
- Filipi K, Xhani A. Assessment of cervical cytological data in Albanian females. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(5); 2129-2132.
- Fleck L. Healthcare justice and rational democratic deliberation. *Am J Bioethics* 2001; 15; 20-21.
- Gaminde. Priorities in healthcare: a perspective from Spain. *Health Policy*. 1999; 50(1-2); 55-70.
- García, Armesto, Sandra, et al. "Spain: Health system review." *Health systems in transition* (2010); 12(4); 1-295.
- Garland M, Stull J. Public health and health system reform: access, priority-setting, and allocation of resources. *Association of Schools of Public Health*; 2003, 1(5); 7-9
- Giaro T. The Albanian legal and constitutional system between the World Wars. *Modernisierung durch Transfer zwischen den Weltkriegen*, 2007.
- Gibbs GR. Analyzing qualitative data. *Health* 2007; 8(10); 12-27.
- Goddard E. General Household Survey. Smoking and drinking among adults, 2006. Office of National Statistics London 2006; 13-18.
- Gregory CF. Chronology of 20th century eastern European history. Detroit, Gale Research 1994; 9.
- Grimshaw J, Rosemann TJ, MacLennan G, Fraser C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *NHS, R&D HTA Programme* 2004; 8(6); 2-6.
- Grocott P. A methodology for evaluating wound care technologies in the context of treatment and care. *EWMA Journal* 2009; 9; 27–38.

- Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, Goetghebeur MM. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Eff Resour Alloc.* 2012; 10(9); 10–1186.
- Guxho A. Skema e pensioneve në Shqipëri dhe parashikimet aktuariale. Tiranë Universiteti Ekonomi Fakultesi, Tiranë, 2014; 49-56.
- Hadorn DC. The problem of discrimination in health care priority setting. *JAMA.* 1992; 268(11); 1454–1459.
- Hadorn, D. Setting health care priorities in Oregon: Cost-effectiveness meets the rule of rescue. *Journal of the American Medical Association* 1991; 265(17); 2218–2225.
- Hafner V, Seferi I, Sarenac D, Andreev A, Sarlija D, Catrinici L, Vladareanu F, Draskovic S, Rasovic G, Dimitrovski K. Blood services in south-eastern Europe: Current status and challenges. *The Hellenic Observatory* 2007; 15-19.
- Hajdini G. National Background Report on Health for Albania. Institute of Public Health Tirana, Albania 2009; 1-2.
- Hall, W., Williams, I., Smith, N., Gold, M., Coast, J., Kapiriri, L., Danis, M. and Mitton, C. "Past, present and future challenges in health care priority setting", *Journal of Health Organization and Management*, 2018; 32(3); 444-462.
- Ham C, Glenn R. Reasonable rationing: International experience of priority setting in health care. London. Open University Press 2003; 42(1); 49-66.
- Ham C. Priority setting in health care: Learning from international experience. *Health Policy.* 1997; 42(1); 49-66.
- Ham C. Priority Setting in the NHS: Reports from six districts. *BMJ.* 1993; 307(6901); 435-438.
- Ham C. Retracing the Oregon Trail: the Experience of Rationing and the Oregon Health Plan. In: Ham C, Robert G, editor. Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care. Buckingham, Open University Press; 1998; 316(7149); 1965-1969.
- Ham C. Retracing the Oregon Trail: The experience of rationing and the Oregon health plan. Open University Press; 1998; 316(7149); 1965-1969.
- Hardyman, Wendy, Daunt, Kate L., Kitchener, Martin. Value co-creation through patient engagement in health care: a micro-level approach and research agenda. *Public Management Review.* 2015; 17(1); 90-107.
- Harrison JP. Chapter 5: Strategic planning and SWOT analysis. *Health Administration Press;* 2010; 1(12); 91-98

- Hauck AJ, Derek HTW, Hampson KD, Peters RJ. Project alliancing at national museum of Australia—collaborative process. *Journal of Construction Engineering and Management* 2004; 130(1); 143-152.
- Hipgrave DB, Alderman KB, Anderson I, Soto EJ. Health sector priority-setting at meso-level in lower and middle income countries: lessons learned, available options and suggested steps. *Soc Sci & Med.* 2014; 102(1); 190–200
- Hoffman SG, Vonk IJJ, Asnaani A, Sawyer AT. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *PubMed* 2012; 36(5); 427-440.
- Holm S. Goodbye to the Simple Solutions: The second phase of priority setting in health care. *BMJ.* 1998; 317(1); 1000–1002.
- Hughes J, Walker T. The rule of rescue in clinical practice. *RMM* 2009; 421–430.
- Hunter DJ. Rationing: The case for "muddling through elegantly". *BMJ* 1995; 311(7008); 811-817.
- Huta K, Connor SR. Vlerësimi i nevojave për kujdes paliativ në shqipëri. *Durres.* 2010; 11; 21-36.
- Hysi D. Caries experience and treatment needs among Albanian citizens. *Tirane* 2013; 31(3); 141-144.
- IARC. International Agency for Research on Cancer. 2014.
- IARC. International Agency for Research on Cancer. 2018.
- INSTAT. Qendra për Kërkime Social, Rinia dhe tranzicioni: probleme në lidhje me burimet kryesore të Shqipërisë, Tirana, 2008; a; 20-23.
- INSTAT. Qendra për Kërkime Social, Rinia dhe tranzicioni: probleme në lidhje me burimet kryesore të Shqipërisë, Tirana, 2008; f; 25-27.
- INSTAT. Qendra për Kërkime Social, Rinia dhe tranzicioni: probleme në lidhje me burimet kryesore të Shqipërisë, Tirana, 2008; g; 14-16.
- INSTAT. Qendra për Kërkime Social, Rinia dhe tranzicioni: probleme në lidhje me semundjet kancerogjene ne qytetet kryesore të Shqipërisë, Tirana, 2017; 15-19.
- INSTAT. Shifrat alarmante, sëmundjet tumorale po zgjerohen në moshat e reja, qarqet me vdekjet më të larta. *Tirane* 2018; 45-56.
- INSTAT. Shkaqet e vdekjeve, Tirana, 2002; a; 11-26.
- INSTAT. Shkaqet e vdekjeve, Tirana, 2002; b; 36-38.
- Instituti i Shëndetit Publik, Tirana 2002; 1-5.
- Instituti i sigurimeve shoqerore, Raporti vjetor 2014; 20-30.
- Jacobs R. Hospital efficiency targets 2002. *Health Economic* 2003; 12(8); 669-684.

- Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing Outlook* 2012; 60(6); 2-7.
- Kajsiu B. Nations in transit Albanian democracy. *Albania* 2018; 12(1); 26-45.
- Kapiriri L. Norheim, Ole F; Martin, Douglas K. Priority setting at the micro-, meso-and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*. 2007; 82(1); 78-94.
- Kapiriri L. Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. *Croat Med J* 2007; 48; 595–604.
- Kapiriri, L., & Norheim, Ole. F. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 82(3); 172–179.
- Kapiriri, Lydia, Norheim, Ole Frithjof; Martin, Douglas K. Priority setting at the micro-, meso-and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*. 2007; 82(1); 78-94.
- KAPIRIRI, Lydia; NORHEIM, Ole F.; Martin, Douglas K. Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making?. *Social science & medicine*. 2009; 68(4); 766-773.
- Kieslich, K. Social values and health priority setting in Germany. *Journal of health organization and management*. 2012; 26(3); 374-383.
- Kıncal RY. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 4. Baskı. 2015.
- Kivinen, Tuula, Lammintakanen, Johanna. The success of a management information system in health care—A case study from Finland. *International journal of medical informatics*. 2013; 82(2); 90-97.
- Klein R, Day P, Redmayne S. *Managing Scarcity: Priority setting and rationing in the National Health Service*. Open University Press; 1996; 51(5); 660-670.
- Klein R. Day P. Redmayne S. Rationing in the NHS: The dance of the seven veils-in revers. *British Medical Bulletin* 1995; 51(4); 769-780.
- Klosterman RE. Lessons learned about planning. *Journal of the American Planning Association* 2011; 79(2); 161-169.
- Koopmanschap MA, Stolk EA. Dear policy maker: Have you made up your mind? A discrete choice experiment among policy makers and other health professionals. *PubMed* 2010; 26(2); 198-204.
- Krasner SD, Risse T. External actors, state-building, and service provision in areas of limited statehood. *Governance*. 2014; 27(4); 545–67.
- Lawler, Patrick R., and Ole F. Norheim. "Clinical Practice guidelines as instruments for sound health care priority setting. 2015; 1481-1482.

- Leka D. Pas denoncimit të “Stop”, pezullohet mjeku i QSUT që mori 1 mijë Euro. Klan Tv.Tirane 2019.
- Liss PE. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård - en begreppsanalys. Rapport Linköping 2004; 9; 2-10.
- Litva A, Coast J, Donovan J, Eyles J, Shepherd M, Tacchi J, Abelson J, Morgan K. The public is too subjective: Public involvement at different levels of health-care decision making. *Soc Sci Med* 2002; 54(12); 1825–1837.
- Maluka S. Implementing accountability for reasonableness framework at district level in Tanzania: a realist evaluation. *Implementacion Science* 2011; 6(11); 1-15.
- Market Report Albania. The (last) undiscovered pearl of the Mediterranean 2018; 1-5.
- Mays NB, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320(7226); 50-52.
- McDonald J. Ollerenshaw A.: Priority setting in primary health care: a framework for local catchments. *Rural & Remote Health* 2011; 11(2); 1714-1717.
- McKee M. Dhe J. Healy (eds.), Spitalet e një Europe të ndryshuar, European Observatory on Health Care Systems, Open University Press, Buckingham, 2002; 25-36.
- McKie J, Richardson J. The Rule of Rescue. *Annual review of phytopathology* 2003; 49; 5-15.
- McKie J, Shrimpton B, Hurworth R, Bell C, Richardson J. Who should be involved in health care decision making? A qualitative study. *Health Care Anal.* 2008; 16(2); 114-126.
- Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q.* 1996; 74(2); 171-189.
- Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. *BMJ.* 1995; 310(6995); 1655-1659.
- Ministria E Shendetesise, Tetori, muaji i ndërjegjësimit për Kancerin e Gjirit, Tiran 2003; 10; 7-23.
- Ministry of Health and Social Affairs, Health Care and Medical Priorities Commission. No Easy Choices: The Difficult Priorities of Healthcare. Stockholm; 1993; 23(2);144-144.
- Ministry of Health and Social Protection of Albania, Basic package of services, primary health care. Tirana 2009; 51; 40-57.
- Ministry of Public Works and Transport Directorate General of Transport Policies and Planning. Raporti Vjetor 2010; 9; 15-25.
- Ministry of Welfare HCA .Committee on Choices in Health Care. Rijswijk. 1992;7(1); 4-5.

- Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: Principles, practice and challenges. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2004; 2(1); 3-9.
- Mitton C, Donaldson C. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy* 2003; 64(3); 335-348.
- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy* 2009; 91(3); 219–228.
- Mitton C. Donaldson C. Using PBMA in health care priority setting: description, challenges and experience. *Applied Health Economics and Health Policy* 2001; 2(3); 121-122.
- Mitton CR. Priority setting for decision makers: using health economics in practice. *The European Journal of Health Economics* 2002; 3(4); 240-243.
- Montse G. Global cancer incidence. Catalan Institute of Oncology, L'Hospitalet, Spain, *International Journal of Cancer* 2008; 136(1); 98-107.
- Muço M. Economic transition in Albania: Political constraints and mentality barriers. *Publikime* 1997; 10(1); 20-34.
- National Drugs Strategy 2012-2016.
- NCCP. The National Cancer Control Program 2011-2020 with the support of World Health Organization Regional Office for Europe. Tirana, 2011.
- NHS. Primary care trust network. Priority-setting: Strategic planning. London: The NHS Confederation; 2008 <http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation> [Erişim tarihi:10.02.2019]
- Niessen L, Baltussen R. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc* 2006; 4; 14-17.
- Nord E, Daniels N, Kamlet M. QALYs: Some Challenges. *Value in Health* 2009; 12; 10-15.
- Norheim F. Ethical priority setting for universal health coverage: challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC medicine*. 2016; 14(1); 75.
- Norheim OF. Norway. In: Ham C, Robert G, editor. *Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care*. Open University Press; 2003; 94-172
- Norheim, O. F. Norway. In C. Ham, & G. Robert (Eds.), *Reasonable rationing* Philadelphia: Open University Press. 2003; 12(1); 94–114.
- Norheim, O. F. Rights to specialized health care in Norway: a normative perspective. *Journal of Law Medicine and Ethics*. 2005; 33(4); 641–649.

- Norrving B, Wester P, Sunnerhagen KS, Terént A, Sohlberg A, Berggren F. Beyond conventional stroke guidelines: setting priorities. *Stroke* 2007; 38(7); 2185-2190.
- Nuri B, Tragakes E. Health care systems in transition: Albania. *European Observatory on Health Care Systems* 2002; 4(6); 36-45.
- Okello D, Chongtrakul P. A Manual for research priority setting using the ENHR strategy. *COHRED Document*. 2000; 10(1); 9-11
- Pashko G. Problems of economic and political transformation in the Balkans. *Shqiperia Sot* 1991; 3(6); 40-46.
- Peacock S, Mitton C, Bate A, McCoy B, Donaldson C. Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods. *Health Policy*. 2009; 92(2-3); 124-32
- Punch KF. *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches*. 3. Baski Londra, SAGE, 2005; 30-40.
- Ratcliffe J, Donaldson C, Macphee S. Programme budgeting and marginal analysis: a case study of maternity services. *Journal of Public Health medicine*. 1996; 18(2); 175-182.
- Reeleder, D., Martin, Keresztes, D. K., & Singer, P. A. What do hospital decision makers in Ontario Canada, have to say about the fairness of priority setting in their institutions? *BMC Health Services Research*. 2005; 5(1); 8.
- Reeves, Aaron, et al. The Political Economy Of Austerity And Healthcare: Cross-National Analysis Of Expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health policy*. 2014; 115(1); 1-8.
- Revista Monitor. Shifrat e frikshme: Si po preken moshat e reja nga kanceri në Shqipëri, Tiran. 2017; 1-6.
- Rico A, Wisbaum W, Cetani T. Health care systems in transition: Sweden. 2001; 3(8); 37-77.
- Robinson S, Williams I, Dickinson H, Freeman T, Rumbold B. Priority-setting and rationing in healthcare: Evidence from the English experience. *Soc Sci Med*. 2012; 75(12); 2386–2393.
- Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B, Chopra M. Evidence-based priority setting for health care and research: tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Med*. 2010; 7(9); 20-28
- Rulli G, Belortaja S. Albania the difficult road towards lasting growth. *Monitoring Albanian's path to European Integration* 2003; 12-27.
- Rumbold B, Baker R, Ferraz O. et al. Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet* 2017; 90(10095); 712-714.

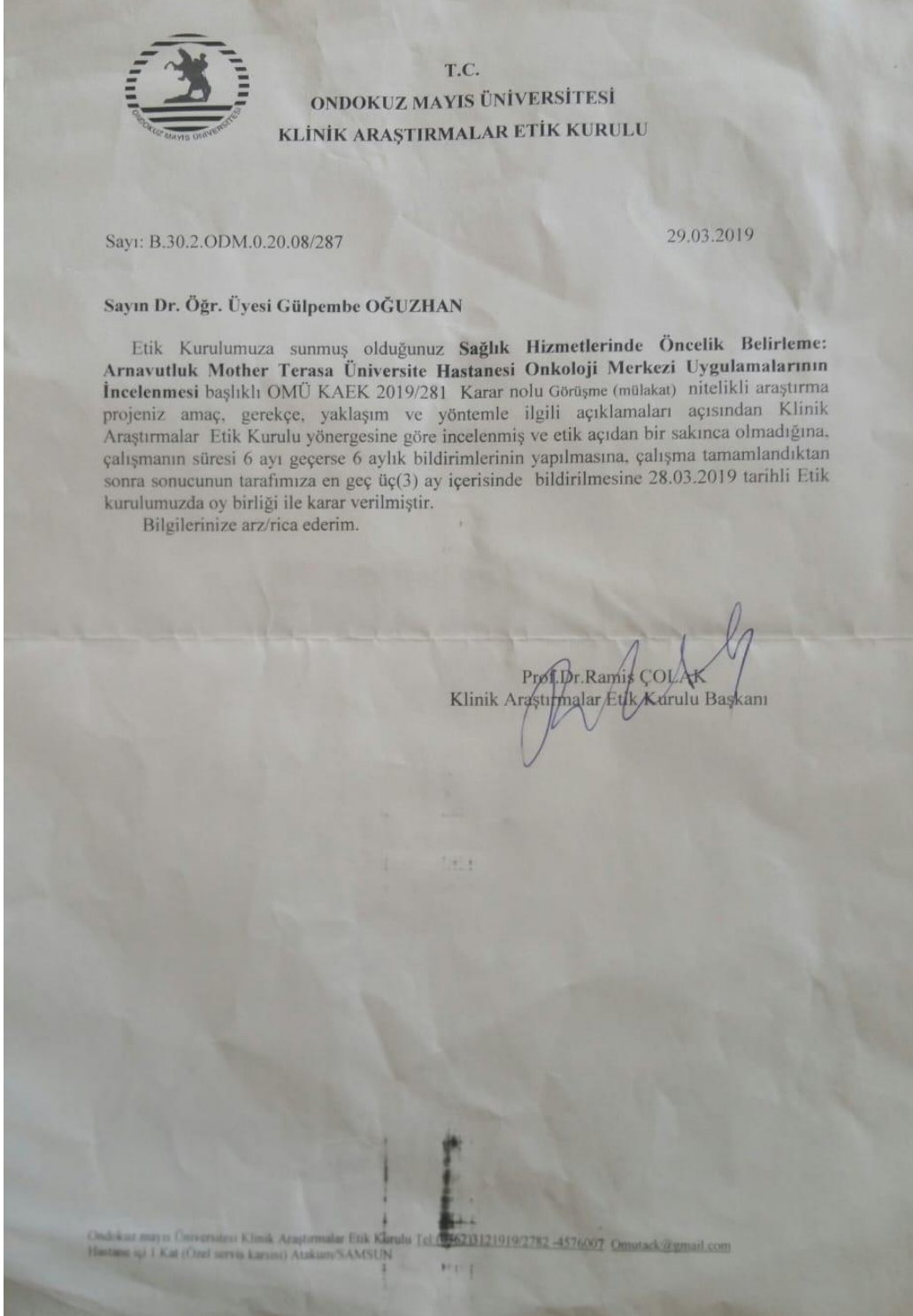
- Ruta DA, Donaldson C, Gilray I. Economics, public health and health care purchasing: the Tayside experience of programme budgeting and marginal analysis. *J Health Serv Res Policy*. 1996; 1(4); 185-193.
- Sabik, L.M. and Lie, R.K. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for equity in health*. 2008; 7(1); 4-5.
- Sandel MJ. *Justice: What's the right thing to do?* Macmillan 2009; 2(5); 3-20.
- Scheunemann LP, White DB. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. 2011; 140(6); 1625-1632.
- Schöne-Seifert B. The 'rule of rescue' in medical priority-setting: ethical plausibility's and implausibility's. In: Baurmann M, Lahno, editors. *Perspectives in Moral Science. Rationality, Markets and Morals*. 2009; 421-430.
- Scott J. Rational Choice Theory. In G. Browning, A. Halcli, F. Webster, *Understanding Contemporary Society: Theories of the Present* London. 2000; 126-138.
- Shillcutt SD, Walker DG, Goodman CA, Mills AJ. Cost effectiveness in low- and middle-income countries: A review of the debates surrounding decision rules. *Pharmacoeconomics* 2009; 27(11); 903-917.
- Sibbald G. The biology of chronic foot ulcers in persons with diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*. 2008; 24(1); 25-30.
- Silva A. Ten years of bringing hope to cancer patients in Albania with IAEA Support. Albania. IAEA Office of Public Information and Communication. 2018; 3(5); 10-28.
- Skora L, Çomo E. Monitorimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor në shqipëri. *Panorama* 2014; 6(1); 5-45.
- Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in Health Care: Ethics, Economy, Implementation*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs. 1995; 312(7032); 691-694.
- Teqja E. The economic growth of Albania during the first postcomunist decade: The Economic Institutions Recommendations Albania 2014; 3(3); 12-23.
- Terlizzi, Andrea. "Introduction: Health systems, decentralization, and change." *Health System Decentralization and Recentralization*. Palgrave Macmillan, Cham, 2019; 7(4); 1-42.
- The NHS Confederation. Primary care trust network. Priority-setting: strategic planning. London. 2008 <http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation> [Erişim Tarihi: 15.02.2019]
- Tinghög G. The art of saying no. The economics and ethics of healthcare rationing. Linköping Üniversitesi, Linköping, Doktora Tezi, 2011; 13-31.

- Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Res Policy Syst.* 2011; 9(1); 19.
- Top M. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi: türkiye’de öncelik belirleme sürecinde rol alan tarafların görüşleri ve sağlık politikalarına ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2006; 9(1); 95-96
- Tragakes, Ellie, and Mikko Vienonen. Key issues in rationing and priority setting for health care services. WHO, Regional Office for Europe, Health Care Systems, Health Services Management, 1998.
- Tresserras, Ricard, et al. "Health targets and priorities in Catalonia, Spain." *European journal of public health.* 2000; 10(4); 51-6.
- Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: An aid for decision makers. *BMC Health Serv Res* 2012; 12; 454-455
- Tsofa B, Molyneux S, Gilson L. et al. How does decentralisation affect health sector planning and financial management? A case study of early effects of devolution in Kilifi County, Kenya. *International Journal for Equity in Health.* 2017; 16(1); 151.
- Tsourapas A, Frew E. Evaluating 'success' in programme budgeting and marginal analysis: A literature review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2011; 16(3); 177-183.
- Turnberg L, Lessof M, Watkins P. Physicians clarify their proposal for a national council for health care priorities. *BMJ.* 1996; 312(7046); 1604-1605
- Tyler TR. Psychological models of the justice motive: Antecedents of distributive and procedural justice. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 67(5); 850-863.
- Uruçi E, Scalera F. Health market in Albania: Problems and Challenges. Durres Üniversitesi, Durres, 2014; 5-15.
- Vickers M. *The Albanians: a modern history.* 1. Baskı, New York, IB Tauris. 1999; 81-88.
- Walker SP, Wachs THD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman A, Pollitt E, Carter JA. Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007; 369; 145–157.
- WHO. Albanian health system overview. 2010; 20-30
- WHO. Assessment report on implementation of the screening programme “Primary care for citizens aged 40–65 in Albania”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015; 20-28.
- WHO. Assessment report. Strengthening primary health care for earlier detection and management of noncommunicable diseases in Albania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017; 4-10.

- WHO. Primary health care in Albania: rapid assessment. 2018; 3-10.
- WHO. Sickle-cell disease and other haemoglobin disorders. Geneva. 2011; Fact sheet N308.
- WHO. Strategizing national health in the 21st century: 2016.
- Wijngaarden JD, Scholten GR, van Wijk KP. Strategic analysis for health care organizations: The suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010; 27(1); 34–49
- Williams I, Phillips D, Nicholson C, Shearer H. Evaluation of a deliberative approach to citizen involvement in health care priority setting. *Leadership in Health Services* 2014; 27(1); 5–19.
- World Bank Albania: Urban Development, Migration and Poverty Reduction, Tirana 2017. Report No. 40071- AL.
- World Bank Albania: Urban Development, Migration and Poverty Reduction, Tirana 2019; 88-93.
- World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. 1993; 20-45.
- Yıldırım A, Şimşek H. Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. Baskı, Seçkin Yayınevi, 2016; 5-35.
- Ylli A. Një Shqipëri çdo vit regjistronen nga 5500 raste të reja kanceri. *Panorama.* 2019; 2(2); 1-9.
- Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. *Tropical medicine and international health.* 2010; 14(8); 930–939.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı



EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

SAYIN KATILIMCI,

Arnavut Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilere göre, Bakanlık hastanelere tahsis edilen fonları belirler ve onaylar fakat hastaneler fonları ihtiyaçlarına göre yönetmektedir. Hastanenin yönetim ve karar alma süreci ise hekimler tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışma ile Kanser tedavisinde öncelikleri, önceliklendirmenin nasıl yapıldığını ve tarafların nasıl yapılmasını istediği, önceliklendirmede kullanılan kriterler ve öncelik belirleme sürecinde rol alan ve alması gereken taraflar gibi konulardaki görüşlerini elde etmek, bunlar arasındaki farklılıkları belirlemek ve bunların Arnavut sağlık politikasına yansımalarını incelemek amaçlanmaktadır.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde okumaktayım. Yüksek lisans tez araştırma konum ‘‘Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Arnavutluk Mother Terasa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi Uygulamalarının İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma’’ dır. Bu çalışma konusu ile ilgili olarak görüşlerinize ihtiyaç duymaktayım. Buna ilişkin 9 soruyu yanıtlamanız, teorik bilginin yanında pratik olarak da önemli bilgi kaynağı olacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve araştırma sırasında istediğiniz soruya cevap vermeme ya da katılmaktan vazgeçme hakkınız saklıdır. Görüşme sürecinde sizden alınacak bilgiler, isim ve adres bilgileriniz gizlenerek ve kişilik haklarınız gözetilerek sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Sizi tanımlayacak bilgi bütününe yer verilmeyeceğinden yaptığımız araştırma size herhangi bir risk getirmeyecektir. Eğer izin verirseniz yapacağımız görüşmede ses kayıt cihazı kullanmayı planlamaktayım. Yazıya aktarıldıktan sonra ses kaydınız silinecektir.

Bu sorulara verilen yanıtların, kişisel bilgiler içermeyen akademik olarak kullanılmasında herhangi bir mahsur yoktur. Görüşme esnasında ses kaydı yapılmasını kabul ediyorum/etmiyorum.

Katılımcı No:

Aşağıdaki bilgilerden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Yüksek Lisans Öğrencisi: MEGI XHAXHAJ

E-mail: megi.emma1993@gmail.com

Tel: 0544 355 70 48

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

- Doğum Yılıınız?
- Cinsiyet?.....
- Medeni durum?.....
- Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?.....
- Onkoloji merkezinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

1. Hastanenizde öncelikle hangi hastalar veya hasta grupları tedavi edilmektedir? Size göre nasıl olmalıdır?
2. Verdiğiniz hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kalmaktasınız?
3. Kanser tedavisinde önceliklendirme sürecinde kimler rol almalı?
4. Kanser tedavisinde önceliklendirme sürecinde hangi kriterler\ prensipler kullanılıyor ve hangisi kullanılmalıdır?
5. Kanser tedavisinde temel sağlık hizmetleri paketinde sizce hangi tedaviler veya ilaçlar yer almalıdır?
6. Mevcut kanser tedavisinde diğer hekimlerin önceliklendirmelerine baktığınızda sizin uyguladığınız önceliklendirme kriterlerinizle uyuşan veya uyuşmayan taraflar var mı? Varsa nelerdir? (Sadece hekimler cevaplandırarak)

7. Mevcut kanseri tedavisinde hekimlerin önceliklendirmelerine baktığınızda sizin uyguladığınız önceliklendirme prensiplerinize uyuşan veya uyuşmayan taraflar var mı? Varsa nelerdir? (Hemşirelere yönelik)
8. Aşağıda örneği verilen kriterler önceliklerin belirlenmesini etkiler mi? Size göre bunun sıralaması nasıl olmalıdır?(Örnek: Hastalığın ciddiyeti (belirtiler, çalışma yeteneği, yaşam kalitesi ve erken ölüm riski, kalıcı hastalık / yaralanma ve hastalık durumu açısından bozulmuş yaşam kalitesi), Bu hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı, Hastanın yaşı, Hastanın sosyo-ekonomik durumu, Maliyet etkililiği (bu hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı), Hastanenin mevcut finansal kaynakları)
9. “Sağlık hizmetlerinde önceliklendirme” ile ilgili eklemek istediğiniz başka konu var mı?

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Megi
Soyad:	Xhaxhaj
Doğum Yeri:	Fier/Albania
Doğum Tarihi:	31.08.1993
Görev Yeri:	X
Yabancı Dil:	İngilizce, İtalyanca, Türkçe, İspanyolca
E-Posta Adresi	megi.emma1993@gmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2011- 2015	University Of Medicine/ Faculty of Medical Tech Science/ Midwifery Bachelor Degree. Tirana, Albania.
2016- Halen	Ondokuz Mayıs Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Sağlık Yönetimi (Yüksek Lisans)
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
Akademik Ünvanları	
İş Tecrübesi	
Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar	
-	-