



Isparta Okulu Dergisi
2022, Cilt: 2 (1), s.25-36
<https://ispartaokulu.com>
dergi@ispartaokulu.com
ISSN: 2791-6367

Toplumsal Etik Bağlamında Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirmeye Eleştirel Yaklaşımlar

Lütfiye TEKPİNAR¹

Critical Approaches to Economic Evaluation in Health Services in the Context of Social Ethics

Extended Summary

Nowadays, the prolongation of life expectancy, the development of health perception and health technologies that are advancing with each passing day make it more difficult to manage scarce resources. Reports from economic assessments provide evidence-based guidelines in the allocation of scarce resources. Thus, economic evaluations in health services have gained more and more popularity.

Health and illness, life and death are often not just about the individual's own choices. Applied health policies have a direct impact on the health of individuals. Moreover, attention should be paid to the shift of the allocation of scarce resources towards lifeboat ethics. Decisions taken regarding health services are on a slippery slope and their moral basis should be well known.

Health economics is increasingly having an impact on public policy and has a significant impact on people's lives. For this reason, when it comes to health services, the control of the economic view becomes even more important. How to distribute resources in health services is one of the controversial areas in the social ethics approach. Economic assessments in health care provide evidence-based information and guides about allocating resources and improving outcomes. The aim of this study is to evaluate the health economy and economic evaluation as one of the pillars that carry it, with a social ethics approach. In this context, different views and criticisms in social ethics debates have been compiled and presented.

Diseases have been a chronic problem in human history. Nowadays, the phenomenon of disease has diversified, health technologies have developed and the share allocated to health has gradually increased. How to distribute limited resources in health services has become one of the most controversial questions. Perhaps the first of the topics discussed is whether there is a need to limit resources. Considering that resources are limited and health problems will be more than these, limiting resources seems inevitable. In the distribution of

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, ltfyetkpnr@gmail.com

limited resources, economic evaluations are considered as a guide.

In health services, which can guide decision-making between alternatives, economic evaluations can evaluate costs and results together. The first of the discussions in this section stands out as the problem of quantification. It is thought that there are problems in determining the health effects, or in other words, the utility of the compared alternatives. The concept of utility is associated with phenomena such as alleviating or relieving pain, suffering, and it is thought that these are highly subjective and almost impossible to quantify. The concept of QALY as a health outcome measure focuses on the sum of the QALY value of all individuals and ignores the distribution to individuals. In utility measurement methods, different parameters such as health perceptions and socio-cultural characteristics of the respondents are excluded. This situation has an impact on the total utility and should not be ignored. All resource allocations are made according to the needs approach. The need shaped in economic evaluations is made on the basis of the post-treatment, that is, the last health status. Yet those in the worst state of health are those who most need treatment. In other words, it is emphasized that the need is defined according to the pre-treatment health status.

Another issue is the issue of equity. It is argued that an approach that evaluates the costs and utilities of alternative health services together may ignore a fair distribution. The most efficient systems are not always the fairest systems. In general, it is thought that efficiency should be supported by fairness concerns, which is not the only purpose of resource allocation in health care. When the concept of utility is viewed from the perspective of the principle of justice, it is important to distribute the QALY value to the society as evenly as possible, rather than maximizing the sum of the QALYs....

Key Words: Social Utility; Justice; Economic Evaluation; Cost-Utility; QALY

Giriş

Jeremy Bentham, John Stuart Mill ve Adam Smith gibi büyük faydacı düşünörlere bakıldığında ekonomist oldukları da görölmektedir. Geliştirdikleri ahlaki doktrin, günümüzü şekillendirmiştir. Günümüzde geliştirilmeye çalışılan ve tartışılan “ekonomi ve ahlak” ikilisinin de temelini oluşturmaktadır.

“Ekonomistler çağında yaşıyoruz” (Harpham ve Scotch, 1988: 216) ve iktisadi düşüncenin modern dünyanın paradigmasını oluşturduğu kanısı yaygınlaşmaktadır. Ekonomik değerlendirme: “*Alternatif sağlık teknolojisi, tedavi ve teşhis yöntemlerinin maliyetleri ile sonuçlarının birlikte değerlendirildiği, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde dağıtımında, sağlık plan ve politika yapımcılara yardımcı olan bir analiz süreci*” olarak tanımlanmaktadır (Drummond, vd., 2015: 9). Her türlü seçeneği maliyetleri ve faydaları açısından değerlendirmek sadece sosyal bilimlerdeki teorileri karakterize etmez aynı zamanda bireylerin günlük sosyal gerçeklik algılarını da şekillendirmektedir. Bakıldığında ekonomik değerlendirmelerde kullanılan analizlerin her yerde uygulanmasının başlıca tezahürü, “ekonomik dünya görüşünün” hem bir belirtisi hem de bir sonucu olarak kabul edilebilir

(Klonschinski, 2016: 1).

Ekonomik değerlendirme yöntemleri temelde maliyet-fayda (cost-benefit), maliyet-minimizasyon (cost-minimization), maliyet etkililik (cost-effectiveness), maliyet-yararlanım (cost-utility) olarak ele alınmaktadır (Drummond, vd., 2015: 5; Gold, vd., 1996: 59). Maliyet-fayda analizi fayda ve maliyetleri parasal olarak ifade etmektedir. Bu analizin önemli bir sorunu sağlık hizmetlerinde faydanın parasal olarak ifade edilememesidir (Wijnen, vd., 2009: 2; Çelik, 2016: 283). Bu yüzden daha çok yatırım kararlarında yardımcı olarak kullanılmaktadır. Maliyet-minimizasyon analizinde amaç en düşük maliyetli tedavi ya da programı bulmaktır ve karşılaştırılan iki tedavinin sonuçlarının aynı olduğu kanıtlandığında kullanılmaktadır (Cunningham, 2001: 248). Bu durum sağlık hizmetlerinde kullanımını kısıtlamaktadır. Yalnızca maliyetlere odaklandığı için basit bir yöntem olarak görülmektedir. Maliyet-yararlanım analizi ise maliyetleri parasal olarak ederken, fayda ölçümünde yaşam kalitesini dikkate almaktadır. Maliyet-etkililik analizi ise faydayı doğal birimler (kazanılan yaşam yılları, semptomsuz günler vb.) ile ölçmektedir (Dawoud ve Baines, 2016: 113; Rudmik ve Drummond, 2013: 1342). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemleri maliyet-etkililik ve maliyet yararlanım analizi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaygın olarak kullanılan ekonomik değerlendirmelerin sağlık hizmetlerine yansımaları, kaynak tahsisinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Başta yaşama hakkı olmak üzere bireylerin sağlık hakkı üzerinde etkili olabilecek politikalara yön veren ekonomik değerlendirmelerin, sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımında kullanılan yalnızca birer “araç” olduğu unutulmamalıdır. Tüm yöntemlerin toplum için eşit yararlılıkta ve adil sağlık hizmetlerine gebe olduğu hayalperestliğine kapılmamak gerektiği vurgulanmalıdır.

Açıklığa kavuşturulması gerekir ki, bu çalışmada etik tartışmalara yer verilmiştir ve çalışmanın genel duruşunda kesinlikle net bir sonuç, doğru ya da yanlış bulunmamaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirmelerin ahlaki bir temelde incelemesi sunulmuştur.

Tıp Etiği Açısından Toplumsal Fayda

Tıpta etik ilkeler birey bazında değerlendirildiğinde hipokratçı fayda ve kişilere saygı etiği öne çıkmaktadır. Toplumsal olarak ele alındığında ise toplumsal fayda ve adalet kavramları karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal fayda ilkesi sonuççu yapıdadır ve toplum düzeyindeki faydayı en üst seviyeye çıkarmayı hedeflemektedir. Tablo 1’de bireysel ve toplumsal olarak tüm etik ilkelerin şeması verilmiştir. Hipokratçı fayda veya kişilere saygı etiğinde yarar kavramı değerlendirilirken daha çok hastanın yarar ve zararına odaklanılmaktadır. Toplumsal fayda, toplum boyutundaki sonuçları tüm taraflar açısından ele alarak yararı en üst düzeye çıkarmaya odaklanmaktadır.

Tablo 1. Etik İlkeler

	Sonuççu İlkeler	Ödev Temeline Dayalı İlkeler
Bireysel	Öznel 1. Yararlılık 2. Kötülük Yapmama --Hipokratçı Fayda-- Nesnel 1. Yararlılık 2. Kötülük Yapmama	Kişilere Saygı Etiği 1. Bağlılık 2. Özerklik 3. Doğru Sözlülük 4. Öldürmekten Kaçınma
Toplumsal	Öznel 1. Yararlılık 2. Öldürmekten Kaçınma --Toplumsal Fayda-- Nesnel 1. Yararlılık 2. Öldürmekten Kaçınma	Adalet

Kaynak: Veatch (2010)

Tıp etiğinde toplumsal fayda ilkesinin temeli klasik toplumsal faydacı Bentham (1967) ve Mill (1967) gibi düşünürlerle dayanmaktadır. Bu ilke maliyet-fayda analizi gibi ekonomik değerlendirme yöntemlerinin altında yatan kavramdır (Veatch ve Guidry-Grimes, 2020: 236). Ekonomik değerlendirme yöntemleriyle kaynakların kullanımının, ekonomik, toplumsal ve tıbbi yönden potansiyel yararları ve maliyetleri ortaya koyulmaya çalışılmaktadır. Daha sonra bir birim yarar başına düşen en az maliyeti ya da maliyet başına düşen en yüksek yararı sağlayan seçenek tespit edilmeye çalışılır. Burada esas alınan ilke toplumsal fayda ilkesidir ve yarar sağlama ve kötülük yapmama kavramları tüm taraflar gözetilerek uygulanmaktadır (Veatch ve Guidry-Grimes, 2020: 237).

Ekonomik değerlendirmeler, toplumsal faydayı artıran kanıta dayalı tıp için rasyonel bilgiler sunmaktadır. Unutulmamalıdır ki, toplumsal faydayı daha üst düzeye çıkaracağı düşünülerek kullanılacak alternatif yöntemin kabul ettiği durum aslında ceteris paribus varsayımını kullanmaktadır. Yani ekonomik değerlendirme sonuçları diğer tüm durumlar sabit kabul edildiğinde daha anlamlı hale gelmektedir.

Toplumsal fayda, toplumun ortak çıkarlarında saklıdır. Bir topluluğun çıkarı onu oluşturan bireylerin çıkarlarının toplamıdır. Bireyin çıkarının, yani ona olan yararı anlamadan toplumun elde edeceği faydayı tartışmak beyhudedir (Bentham, 1967: 367). Etik yargılarda bulunduğumuz zaman kişisel ya da belli bir kesime ait bakış açısının ötesine geçip bütün etkilenenlerin çıkarlarını hesaba katmamız gerekmektedir, diğer türlü olması için ise yine sağlam ahlaki sebepler olmalıdır.

Bu temel bir eşitlik ilkesi olarak “çıklarların eşit gözetilmesi ilkesini sağlar. Çıklarların eşit gözetilmesi ilkesinin özünde, ahlaki tartışmalarda eylemlerimizden bütün etkilenenlerin benzer çıkarlarına eşit ağırlık verilmesi vardır (Singer, 2015: 46). Yalnız burada dikkat edilmesi gereken azalan marjinal fayda ilkesidir. Bu konuda Singer’ın verdiği örnek şu şekildedir: İki depremzededen A kişisi ağır yaralı, bir bacağına kaybetmiş ve diğer bacağına da bir ayak parmağını kaybetme tehlikesi var. B kişisi ise daha az ağır yaralı ve bir bacağına kaybetme tehlikesi bulunmaktadır. Sınırlı olan kaynaklarımızı ağır yaralı olan A kişisi için kullanırsak yalnızca parmağını kurtarabiliyoruz, B için kullanırsak da bacağına kurtarabiliyoruz. Bir bacak kaybetmenin bir ayak parmağı kaybetmekten daha kötü olduğu varsayılırsa azalan marjinal yarar ilkesi doğru olan cevap için yeterli gelmemektedir. Sınırlı kaynakları, yarası ciddi olan yerine daha az ciddi olan (B kişisi) için kullanırsak, eylemden etkilenen tarafların çıkarlarını -yansız gözeterek-daha ileriye götürmek için daha fazla çaba harcamış olunacaktır. Bu örnekten yola çıkarak çıkarların eşit gözetilmesi ilkesi özel durumlarda farklı refah düzeylerindeki bireyler arasındaki açığı daraltmak yerine makasın daha çok açılmasına sebep olabilir (Singer, 2015: 50).

Ekonomik değerlendirmelerin de dayandığı temel olarak toplumsal faydayı eleştiren düşünürler çeşitli sorular ortaya atmıştır. Bu soruların ya da sorunların hakkaniyet/adalet ve nicelik belirleme olmak üzere temel iki noktası bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Tahsisi İçin Ekonomik Değerlendirmelerin Kullanımı ile İlgili “Adalet” Tartışmaları

Sağlık hizmetlerine ayrılan sınırlı kaynaklardan sağlanacak en üst fayda için en az ne kadar para harcamak gerektiğini bilmek gerekmektedir. Bunun için sağlık ekonomistleri, kaliteye ayarlı yaşam yılı (QALY: quality-adjusted life year) ile ölçülen sağlıkla ilgili yaşam kalitesini tanımlayan maliyet-yararlanım (cost-utility) veya maliyet-etkililik (cost-effectiveness) analizini kullanmışlardır. Fakat tıbbi kaynakları bu analizler temelinde tahsis etme ve QALY’yi en üst düzeye çıkarma çabaları, adalet algısıyla ciddi şekilde çelişen tahsis kararlarına yol açtığını ortaya koymuştur. Buradaki sorunun temeli ise sağlık ekonomisi literatüründe eşitlik ve adalet kavramlarının çoğunlukla eş anlamlı olarak kullanılmasından kaynaklanmaktadır (Williams ve Cookson, 2000: 1865; Williams ve Cookson, 2006: 2).

Adalet kavramı, “eşit olan kişilere eşit, eşit olmayanlara eşit davranılması” şeklinde kalıplaşmıştır. Adalet, benzer koşullara sahip kişilere eşit şekilde davranılması gerektiğini öngören ilkedir (Gupta, 1969: 57). Adalet kavramı kişilerin esenliğinin eşit düzeyde olması gerektiğini öngörmektedir. Sağlık hizmetleri açısından bu durum, tıbbi esenliği² artırmak için sağlık hizmetinin dağılımının ihtiyaç temelinde yapılması gerektiği şeklinde yorumlanmaktadır. Tıbbi esenliğin artırılması için toplumsal faydacı perspektifi, toplumdaki miktarı en üste çıkarmak amacıyla QALY birimini kullanırken, adalet ilkesi perspektifi

² Tıbbi esenlik kavramı karmaşık olmakla birlikte, ölümün önlenmesi, hastalıkların tedavi edilmesi, ağrı, acı, ıstırapın giderilmesi veya hafifletilmesi ve sağlığın korunmasını içermektedir.

ise, QALY'nin dağılımının mümkün olduğu kadar eşit biçimde olmasını sağlamaya çalışacaktır (Veatch, 2010: 125).

Bazı ekonomistler, kıt sağlık bakım kaynaklarının nasıl dağıtılacağına ilişkin kararlarda, farklı alternatiflerin QALY başına maliyetinin göz önüne alınmasına dikkat çekmiştir. Kaynakların düşük maliyetli QALY sağlayan müdahalelere aktarılması ve yüksek maliyetli QALY sağlayan müdahalelerden uzaklaştırılması önerilmiştir. Bununla sağlık sisteminin amacının kazanılan QALY sayısını en üst düzeye çıkarmak olduğu, yani verimli olmayı (az maliyetle çok QALY) önemseydiği anlaşılmaktadır. Başka bir ifadeyle kaçınılmaz olarak daha fazla QALY üretecek tıbbi bakım alanlarına odaklanmak ve kaynakları, doğası gereği yalnızca sınırlı miktarda QALY üretebilen alanlardan eşit olarak uzaklaştırmak genellikle QALY açısından daha verimli olacaktır (Harris, 1988: 262). Buraya gelen eleştiride QALY yaklaşımının ihtiyaca göre olan adil bir dağıtımı dikkate almadığı ileri sürülmüştür (Harris, 1988: 262; Dolan, 1998: 49; Nord, 1994: 90). Gençlerin hayatlarını kurtarmak her zaman yaşlıların hayatlarını kurtarmaktan daha fazla QALY üretecektir. Bir hasta tedavi edildiğinde ne kadar yaşlıysa, tedavi ile elde edilebilecek yaşam yılı o kadar az olur. Dolayısıyla QALY'lerin "yaş ayrımcılığı"na neden olduğu iddia edilmiştir (Harris, 1988: 262). Kawachi (1989: 120) ise yaş ayrımcılığı eleştirisinin hem teorik hem de ampirik gerekçelerle reddedilebilir olduğunu savunmuştur.

İhtiyaç, sağlıksızlık açısından tanımlanırsa -en kötü sağlık durumundakiler tedaviye en çok ihtiyaç duyanlardır- o zaman tedavi öncesi sağlık durumu, önceliklerin belirlenmesinde en önemli husus haline gelir. Fakat ihtiyaç son sağlık durumu açısından tanımlanmışsa, tedavi sonrası sağlık durumu daha önemlidir. Bu fark bir yanda verimlilik (tedavi sonrası sağlık kazanımı açısından tanımlanır) ile diğer yanda eşitlik kaygıları (tedavi öncesi ve sonrası sağlık durumu açısından tanımlanır) arasındaki gerilimi vurgulamaktadır (Culyer, 1995: 5; Dolan 1998: 40). Ekonomik değerlendirmelerde daha da özelden yaygın kullanılan maliyet-yararlanım analizinde tedavi sonrası sağlık durumuna odaklanılmaktadır. Buna dayalı bir kaynak tahsisi de hastaların tedavi sonrası sağlık durumuna göre yapılmış olmaktadır ve verimliliği gözetmektedir. Kaynak tahsisinde hem verimliliği hem de hakkaniyeti gözetilecek bilgilere ihtiyaç vardır.

Genel olarak, verimliliğin sağlık hizmeti kaynak tahsisinin tek amacı olmadığı, adalet kaygılarıyla desteklenmesi gerektiği varsayılır. Kıt kaynakları tahsis etme yolunun eşitlik/adalet-verimlilik dengesini koruması gerektiği savunulmaktadır (Schmidt, 1994: 45). Öte yandan sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisini tatmin edici bir şekilde değerlendirmenin mümkün olmayacağı ileri sürülmektedir (Lübbe, 2015; Klonschinski, 2016). Lübbe (2015, 2013) maliyet-yararlanım analizlerinde adalet kavramının yanlış ele alındığını bunun da analizin faydayı maksimize etme çabasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Maliyet-yararlanım analizlerinde kullanılan ağırlıklandırma yaklaşımları ve cevaplayıcıların seçim davranışı ile eşitlik yargılarının doğasının hesaba katılmaması adalet konusunda haksız sonuçların oluşmasının gerekçesi olarak kabul edilmektedir.

Cookson vd., (2009: 233) hakkaniyetin halk sağlığında ekonomik

değerlendirmeye açık bir şekilde dahil edilmesine yönelik dört yaklaşım özetlemiştir: (i) hakkaniyete ilişkin özgeçmiş bilgisinin gözden geçirilmesi, (ii) sağlıkta eşitsizliğin etkisinin değerlendirilmesi, (iii) hakkaniyetin fırsat maliyetinin analizi ve (iv) sağlık sonuçlarının eşit ağırlıklandırılması. Ayrıca sağlık yararlarını değerlendirmeye yönelik olan kişi değiş tokuşu (personal trade off) tekniği, verimlilik ve eşitlik/adalet arasındaki dengeyi korumanın bir yolu olarak önerilmiştir (Dolan, 1998: 49). Kişi değiş tokuşu tekniği, farklı sağlık hizmetleri müdahalelerinin toplumsal değerlerini tahmin etmenin bir yoludur (Nord, 1995: 201). Bu yöntemin sorunu ise, hastalığın şiddeti (tedavi öncesi ve sonrası), sağlık kazanımı ve tedavi edilen kişi sayısı gibi sonucu etkileyen çeşitli yönlerini ayırmak için bir çerçeve sağlamamasıdır (Dolan, 1998: 49).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmelerinde “eşik” (threshold) önemli bir kavramdır. Sağlık kazanımının değerini ifade eder ve maliyeti belirli bir eşğin altına düşerse yeni bir müdahalenin kabul edilir olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü önerisi ile eşik değer Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın (GSYH) bir ile üç katına kadar alınabilmektedir (www.who.int/choice/costs/CER_thresholds). Eşik değeri tahmin etmek için kullanılan bir başka araç ise ödeme istekliliğidir (willingness to pay). QALY başına ödeme istekliliğinin eşik değer olarak kullanılması maliyet etkililik analizlerinde alternatifler arasındaki seçimi etkileyen yöntemlerdir. QALY başına ödeme istekliliği ve kişi başına GSYH'nin çeşitli faktörlere bağlı olarak değişimi maliyet-etkililik eşği politikasını daha tartışılabilir hale getirmiştir (Nimdet, vd., 2015: 16). Bununla birlikte, bir QALY için WTP tutarsızdır ve sağlık kazanımının boyutuna, süresine ve türüne bağlıdır (Martín-Fernández, vd., 2014: 287). Ayrıca QALY başına WTP tahminlerinin geçerliliğinin yetersiz olduğu ortaya konmuştur (Bobinac, 2012: 168). Ülke düzeyinde karar verme süreçlerinde GSYH tabanlı eşiklerin kullanımı ile ilgili deneyimler bunların ülkeye özgü olmadığını göstermektedir. Sağlığa ayrılan kaynakların nasıl dağıtılacağı konusunda yanlış kararlara neden olabilir (Bertram, vd., 2016: 927). Ülkeler yaygın olarak kullanılan genel ekonomik eşiklere güvenmek yerine kendilerine özgü tercihleri yansıtan bir karar verme süreci geliştirmelidirler (Leech, vd., 2018: 760; Bertram, vd., 2016: 925).

Ekonomik Değerlendirmelerde “Nicelik Belirleme” Üzerine Yapılan Tartışmalar

Sağlık hizmetlerinde kıt kaynakların tahsisinde yardımcı olarak kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemlerinden maliyet-yararlanım ve maliyet etkililik analizi dikkat çekmektedir. Analizlerde belirlenen fayda değerinin ölçüm yöntemlerine dikkat çekilmiştir. Gelen eleştiriler ise genelde fayda değerinin belirlendiği kaliteye ayarlı yaşam yılı (QALY) kavramı üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Maliyet-yararlanım analizi ilgili tüm bireylerin QALY değerinin toplamına odaklanmaktadır ve dağıtımını göz ardı etmektedir. QALY'ler, bir QALY'nin her parçasına aynı ağırlık verilerek toplanır, yani tüm QALY'ler aynı değere sahipmiş gibi değerlendirilir. Ek QALY alan kişilerin herhangi bir özelliği dikkate alınmaz. Tedavinin çok sayıda insan için küçük bir kazanç mı yoksa az sayıda insan için büyük bir kazanç mı sağladığı dikkate alınmamaktadır (Fox ve Cairnes, 2005:

234). Burada benimsenen aslında toplumsal fayda ilkesidir. Toplumsal fayda ilkesinde ahlaki açıdan doğru olan seçenek, harcanan her birim kaynak için toplam net yararı en üst düzeye çıkaracak olandır. Fakat net toplumsal faydayı en üst düzeye çıkarma çabası, sağlanan yararların oldukça düzensiz dağılabileceği durumları gizleyebilir (Veatch ve Guidry-Grimes, 2020: 238). Maliyet-yararlanım analizi bireysel sağlıktaki faydaya odaklanmaktadır. QALY'ler eşit ağırlıklıdır ve aynı sağlık çıktısı nasıl veya kim için elde edilirse edilsin aynı değerdedir. Bu bakış açısı, halk sağlığında birçok önemli durumda sorgulanabilir (Cookson vd., 2009: 235). Aslında QALY değerlerinin farklı bireylere dağılımı önemlidir ve üst düzeye çıkarılması gereken de budur. Adil bir ölçüm olması için hastanın yaşı ve hastalığın şiddeti gibi faktörler göz önüne alınarak QALY değerleri için “ağırlıklandırma” yapılabileceği ileri sürülmektedir. Böylece kaynak tahsisinin doğru toplumsal değeri (societal values)³ elde edilebilecektir (Nord vd., 1999: 25). Klonschinski, (2016) ise QALY değerlerinin belirlenmesindeki ağırlıklandırma yaklaşımlarına pek çok açıdan meydan okumuştur. Eleştirilerinin temelinde ise yanıtlayıcının seçim davranışı, araştırmadaki varsayımlar ile uyumlu değilse türetilen ağırlıkların bilgi değeri olmayacağı kanısı yatmaktadır.

Sağlık hizmetinin değerlendirilmesine yönelik QALY yaklaşımı, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin değerini tek bir indekste birleştirip sağlık müdahalelerinin yararını ve parasal değerini ifade etmeye çalışmaktadır. QALY hasta için farklı tedavilerden elde edilen faydayı ölçmek için kullanılabilse de kıt sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisindeki rolü üzerine eleştiriler almaktadır. Nord (1994: 90), farklı müdahalelerden elde edilen QALY'lerin sayısının yalnızca bireysel faydadaki kazanımların toplamını temsil etmesine rağmen, bunların toplumsal değeri temsil etmek için kullanıldığını ve bu sayede toplumun farklı sağlık sonuçları üzerindeki tercihlerinin bir ölçüsü olarak görülmesini eleştirmiştir. Buradaki tartışmalardan biri de ağırlıklandırma yaklaşımları üzerinedir. Nord, farklı sağlık durumlarına bağlı ağırlıkları belirlerken bu sorunu ele almak için standart kumar (standart gamble) veya zaman değiş tokuşu (time-trade off) gibi bireysel fayda değerlendirmesine dayalı yöntemlerden uzaklaşılmasını önermektedir. Bunun yerine kişi değiş tokuşu (person-trade off) gibi sosyal tercihlerin değerlendirilmesine dayalı yöntemlerin kullanılmasını önermektedir.

Nord'un önerisi de sorunlu bulunmaktadır. Kişi değiş tokuşu yönteminde sorulara verilen cevaplar, bir yanıtlayanın en az dört şeye verdiği göreceli ağırlıkları içerir: (1) müdahale öncesi sağlık durumunun ciddiyeti; (2) müdahale sonrası sağlık durumunun ciddiyeti; (3) müdahale sonucunda elde edilen sağlık kazanımı ve (4) tedavi edilen kişi sayısı. Kişi değiş tokuşu sorularına verilen cevaplardan, bu düşüncelerin her birine verilen göreceli ağırlıkların ne olduğunu (ve dolayısıyla en uygun ihtiyaç tanımının/tanımlarının neler olduğunu) çözmek imkânsızdır. Dördü de önemli olsa da her birine verilen farklı ağırlıkların kaynak tahsisi kararları için oldukça farklı sonuçları olabilir. Ayrıca, katılımcılardan sorulara verdikleri yanıtları düşünürken oldukça çeşitli konuları tartmalarının

³ Toplumsal değer kavramı literatürde geçen “social value”, “community values” (McKie ve Richardson, 2005: 1), “social benefits” (Ubel, 1999: 896), ve “moral value” (Bognar ve Hirose 2014: 71) kavramları ile de ele alınmaktadır.

istenmesi, bilişsel aşırı yüklenme olasılığını artırır ve bu nedenle yanıtların geçerliliğini azaltabilir (Dolan, 1998: 41).

Ağırlıklandırma yaklaşımı, temel olarak, ekonomik değerlendirmede değer maksimizasyonu çerçevesinde maliyet-yararlanım analizindeki adalet sorununu çözme vaadi sunmaktadır. Literatürde böyle bir durumun ne ölçüde uygulanabilir olduğu sorgulanmıştır. Sorgulamaların temelinde ise bireylerin sağlık algısındaki farklılıklar ve farklı kültürel, sosyo-ekonomik yapıya sahip toplumların durumları yatmaktadır (Mooney, 2009: 62; Daniels, 2008: 293). Kullanılan yöntemler konuya olan bakış açısını çok fazla kısıtlandığını göstermektedir, çünkü tüm seçimler değeri maksimize eden seçimler değildir. Hakkaniyet sorununu QALY'lere ağırlıklandırma yaparak çözüme girişimi teorik olarak sağlam olsa bile, diğer normatif nedenlerle yine de reddedilmek zorunda kalacaktır. Maliyet-yararlanım analizinde adalet sorununu, söz değişimi yaparak çözüme girişimi bu nedenle umut verici değildir. Aslında sorun, ekonomik değerlendirmenin değeri maksimize eden çerçevesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle yöntemleri “şu anda sahip olduğumuz en iyi yöntem” olarak savunmak yersizdir (Klonschinski, 2016: 4-5).

Değerlendirme

Sağlık hizmetlerini sınırlandırmaya gerek olmadığı, sağlığın parasal bir değerinin olmadığı ve bu açıdan ekonomik değerlendirmelerin ahlaki olmadığına dair görüşler bulunmaktadır. Bu yönde yapılan eleştiriler başka amaçlarla harcanan ve israf edilen kaynaklara dikkat çekmektedir. İsrif edilen kaynakların sağlık hizmetlerine aktarılması başarılabilirliği takdirde herkes için yeterli miktarda sağlık hizmetinin verilebileceği ileri sürülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde faydanın belirlenmesinde nicelik sorunları yaşandığı düşünülmektedir. Yarar kavramının son derece belirsiz ve öznel olduğu ve bu yüzden sağlanan yararın belirlenmesinin neredeyse imkânsız olduğu tartışılmaktadır. Sağlık yarar ölçümlerinin oldukça standart olduğu ve hastalar için önemli olan değişimleri yakalamakta başarısız olabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır. Örneğin, QALY'nin her bir parçasına aynı ağırlık verilmektedir yani tüm QALY'ler aynı öneme sahipmiş gibi değerlendirilmektedir.

Hakkaniyet sorunları ve adalet, en verimli olan sağlık hizmeti en adil, hakkaniyetli veya eşitlikçi sistem olmayabilir. Ekonomik değerlendirmeler karar vericiler için önemli olan tüm parametreleri yansıtmamaktadır. Maliyet-etkililik/maliyet-yararlanım bazen hem yatay eşitlik (eşit koşullardaki insanlar için eşit muamele) hem de dikey eşitlik (daha kötü sorunları olan insanlar için öncelik) ile çelişebilmektedir.

Bazı eleştiriler, ekonomik değerlendirmelerin vadini yerine getirmediği ve karar vericilere gerekli olan kanıtlar ile ekonomik değerlendirmenin sundukları arasında uyumsuzluk olduğu yönündedir. Örneğin karşılaştırılan seçenekler veya dâhil edilen maliyet ve sonuçlar uygun olmayabilir, ekonomik değerlendirme yöntemleri standartlaştırılmadığında sonuçlar karşılaştırılabilir olmayabilir.

Ekonomik değerlendirmeler varsayımlar üzerinden tasarlanmaktadır. Bu durum oldukça endişe verici görülmektedir. Özellikle model yapısı ve kullanılan parametreler ile ilgili olarak araştırmacıya takdir yetkisinin fazla verildiği ve model ne kadar karmaşık o kadar iyi olduğu yönünde bir yanılığın oluştuğuna dair eleştiriler bulunmaktadır.

KAYNAKÇA

Bentham, J. (1967). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. In *Ethical Theories: A Book of Readings*, (Ed. A. I Melden). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, ss. 367-390.

Bertram, M. Y., Lauer, J. A., De Joncheere, K., Edejer, T., Hutubessy, R., Kieny, M. P., & Hill, S. R. (2016). Cost-Effectiveness Thresholds: Pros and Cons. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(12): 925–930.

Bobinac, A., van Exel, N. J. A., Rutten, F. F. H., Brouwer, W. B.F. (2012). Get more, Pay more? An Elaborate Test of Construct Validity of Willingness to Pay per QALY Estimates Obtained Through Contingent Valuation, *Journal of Health Economics*, 31(1): 158-168.

Bognar, G., Hirose, I. (2014). *The Ethics of Health Care Rationing. An Introduction*. London/New York: Routledge.

Cairns, J., Fox-Rushby, J. (2005). Critique of Economic Evaluation. (Ed. Cairns., J, Fox-Rushby., J.), *Economic Evaluation* (1. Edition). ss. 232–237. Open University Press

Cookson, R., Drummond, M. F. and Weatherly, H. (2009). Explicit Incorporation of Equity Considerations into Economic Evaluation of Public Health Interventions. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2): 231–245

Culyer, A. J., (1995). *Equality of What in Health Policy? Conflicts between the Contenders*. Centre for Health Economics Discussion Paper No 142. University of York.

Cunningham, S. J., (2001). Current Products and Practice: An Introduction to Economic Evaluation of Health Care. *Journal of Orthodontics*, 28(3): 246–250.

Daniels, N. (2008). *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dawoud, D. M. ve Baines, D. L., (2016). *Economic Evaluation and Its Types*. (Ed. Babar, Z. U. D.), *Economic Evaluation of Pharmacy Services* (ss. 99–119) içinde. London, Elsevier.

Dolan, P. (1998). The Measurement of Individual Utility and Social Welfare. *Journal of Health Economics*, 17(1): 39-52.

Gupta, R. K. (1969). Justice: Unequal but in Separate. *Journal of the Indian Law Institute*, 11(1): 57–86.

Harpham, E. J., Scotch, R. K. (1988). *Economic Discourse, Policy Analysis, and*

the Problem of the Political. (Eds. Portis, E. B., Levy, M. B.) Handbook of Political Theory and Policy Science. New York: Greenwood, ss. 216–230.

Harris, J. (1988). Life: Quality, Value and Justice. *Health Policy*, 10(3): 259-66.

Kawachi, I. (1989). QALYs and Justice. *Health Policy*. 13(2): 115-20.

Klonschinski, A. (2016). *The Economics of Resource Allocation in Health Care*. New York: Routledge.

Leech, A. A., Kim, D. D., Cohen, J. T., & Neumann, P. J. (2018). Use and Misuse of Cost-Effectiveness Analysis Thresholds in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Cost-per-DALY Studies. *Value in Health*, 21(7): 759–761.

Lübbe, W. (2013). Kein empirischer Weg zu Priorisierungstabellen. Kritische Anmerkungen zur Idee, “Bewertungsdimensionen” im Rückgriff auf “Stakeholder-Präferenzen” zu gewichten. (Eds. Schmitz-Luhn/Bohmeier.). ss. 245–256.

Lübbe, W. (2015). *Nonaggregationismus: Grundlagen der Allokationsethik*. Münster: Mentis.

Martín-Fernández J, Polentinos-Castro E, del Cura-González I, Ariza-Cardiel G, Abreira V, Gil-LaCruz AI, et al. (2014). Willingness to pay for a Quality-Adjusted Life Year: An Evaluation of Attitudes towards Risk and Preferences. *BMC Health Serv Res*, 14: 287.

Mill, J. S. (1863). *Utilitarianism*. New York: Augustus M. Kelley.

Nimdet, K., Chaiyakunapruk, N., Vichansavakul, K., Ngorsuraches, S. (2015). A Systematic Review of Studies Eliciting Willingness-to-Pay per Quality-Adjusted Life Year: Does It Justify CE Threshold?. *PLoS ONE*, 10(4): e0122760.

Mooney, G. (2009). *Challenging Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.

Nord, E. (1994). The QALY: A Measure of Social Value rather than Individual Utility. *Health Economics*, 3 (2): 89-93.

Nord, E. (1995). The Person-Trade-Off Approach to Valuing Health Care Programs. *Medical Decision Making*, 15: 201–208.

Nord, E., Pinto-Prades, J. L., Richardson, J., Menzel, P., Ubel, P. A. (1999). Incorporating Societal Concerns for Fairness in Numerical Valuations of Health Programmers. *Health Economics*, 8: 25–39.

Rudmik, L. ve Drummond, M., (2013). Health Economic Evaluation: Important Principles and Methodology. *The Laryngoscope*, 123: 1341–1347.

Singer P. (2015). *Pratik Etik. Çeviren. Çatlı N. İstanbul: İthaki Yayınları*.

Schmidt, V. (1994). Some Equity-Efficiency Trade-Offs in the Provision of Scarce Goods: the Case of Lifesaving Medical Resources. *The Journal of Political Philosophy*, 2(1): 44–66.

- Ubel, P. A. (1999). How Stable Are People's Preferences for Giving Priority to Severely Ill Patients? *Social Science and Medicine*, 49: 895–903.
- Veatch, R. M. (2010). *Biyoetiğin Temelleri*. Çeviren Güven T. İstanbul: Mega Basım.
- Veatch, R., Guidry-Grimes, L. (2020). *Basic of Bioethics*. 4th. New York: Routledge.
- WHO. www.who.int/choice/costs/CER_thresholds. Erişim Tarihi: 23.08.2022.
- Williams, A., Cookson, R. (2000). Equity in Health. (Ed: Culyer ve Newhouse). ss. 1863–1908.
- Williams, A., Cookson, R. (2006). Equity-Efficiency Trade-Offs in Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(1): 1–9.
- Wijnen, W.-Wesemann, P.-de Blaeij, A., (2009), Valuation of Road Safety Effects in Cost-Benefit Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 32(4): 326–331.