

PAPER DETAILS

TITLE: Saglik Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Saglik Örgütü Yaklasimi

AUTHORS: Özgür UGURLUOGLU,Yusuf ÇELİK

PAGES: 3-29

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84658>

Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı

Özgür UĞURLUOĞLU*, Yusuf ÇELİK**

ÖZET

Dünya’da sağlık sistemlerinin performansını ölçmeye yönelik ilgi, hem kaynakların kıtlığı hem de daha iyi bir sağlık seviyesine ulaşabilme gerçekleri yüzünden giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Raporu 2000 ile bu ilgi, belki de en yüksek seviyesine çıkmıştır. Bu ilgi, sağlık sistemlerinin sadece ölçülmesiyle ilgili olmayıp aynı zamanda performansın tanımı ve kriterlerini de değiştirmektedir. Dünya Sağlık Raporu 2000’de bir sağlık sisteminin ulaşmayı arzuladığı üç temel amaç sağlık seviyesinin yükseltilmesi, yeterlilik ve finansmanda adalet olarak sıralanmıştır. 191 ülkenin sağlık sistemlerinin sıralanmasında ve birbirleriyle kıyaslanmasında ise bu amaçlara ulaşma derecesi önemli bir kriter olarak kullanılmıştır. Bu çalışmada, performans kriteri olarak kullanılan üç temel amaç ve bu amaçlara ulaşma seviyesi açısından ülkelerin sıralanmasında DSÖ tarafından kullanılan yöntem tartışılmış ve 191 ülke arasında Türkiye’nin konumuna bakılarak Türk Sağlık Sistemi için gerekli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Performans, Dünya Sağlık Raporu 2000

Health Systems Performance Measurement, Importance and World Health Organization Approach

ABSTRACT

The interest on measuring health systems performance in the world has been increasing because of the realities about both health care resource scarcity and achieving better health status. This interest got the greatest emphasis with World Health Report 2000. The interest is not only about just measuring health system performance but also about changing definition and criteria of performance. Three

* Uz. Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

main objectives of a country's health care system were defined as health gain attainment, responsiveness, and fairness in financial contribution in World Health Report 2000. The attainment level of these three objectives were used as a performance criteria in ranking and benchmarking 191 member states. In this study, three main objectives used as performance criteria and the methodology used by WHO in ranking countries in terms of attainment levels of objectives were discussed, and necessary recommendations were made for Turkish Health Care System based on the place of Turkey among 191 countries in terms of three objectives.

Key Words: Health System, Performance, World Health Report 2000

I. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sistemleri, dünya ekonomisindeki en büyük sektörlerden birisidir. Sağlık sektörü için 1997'de yapılan toplam harcama, yaklaşık 2985 milyar dolardır. Bu da dünya brüt milli hasılasının neredeyse %8'ne denk düşmektedir. Bu rakamsal boyut, binlerce yıl öncesinde, aile üyeleri, dini örgütler ya da bazen profesyonel bir şifa verici tarafından tedavi sunulan bir kişiyle, bir hastalık arasındaki basit ve özel bir ilişkinin, geçmiş iki yüzyıl içinde nasıl genişlediğini ve bir sağlık sistemi tarafından kapsanan kompleks bir ağa nasıl girdiğini yansıtmaktadır (WHO 2000).

Modern sağlık sistemlerinin yaratılması, yeteneklerin ve aktivitelerin farklılaşmasını ve uzmanlaşmasını içermekte, aynı zamanda, hastalıkların ekonomik yükü konusunda çok büyük değişiklikleri de kapsamaktadır. Son zamanlara kadar, böyle yüklerin çoğu, verimlilik kaybının bir biçimi olarak ele alınmaktaydı. Çünkü insanlar genç ölmekte, hasta olmakta ve çalışmalarına engel olacak bir şekilde sakat kalmaktaydılar. Sağlık bakımının maliyeti, ekonomik kaybın yalnızca küçük bir parçası olarak hesaplanmaktaydı. Verimlilik kayıpları özellikle fakir ülkelerde hala önemli olmasına rağmen, yaşamın uzatılması ve sakatlıkların azaltılması, sağlık sistemleri için daha fazla sorumluluğun doğması anlamına gelmektedir. Sağlık sistemleri tarafından kullanılan kaynaklardaki artış nedeniyle ortaya çıkan ilave yük, hastalık ve erken ölümden dolayı karşılaşılan ekonomik zararların engellenmesiyle telafi edilmektedir (WHO 2000).

Hemen hemen bütün dünya ülkeleri sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu en önemli iki problem, sağlık sistemine ayrılan kaynakların çok adaletsiz bir biçimde dağıtılması ve sağlık problemlerinin dağılımına göre bir

tahsis yapılmamasıdır. Düşük ve orta gelirli ülkeler dünya gelirinin yalnızca %18'ini elde etmekte ve global sağlık harcamalarının %11'ini gerçekleştirmektedirler (250 milyar dolar ya da bu ülkelerdeki gayri safi milli hasılanın %4'ü). Dünya nüfusunun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyanın hastalık yükünün %93'ünü taşımaktadırlar. Bu ülkeler, halklarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta adil ve ulaşılabilir bir biçimde yeterli finansman sağlamak ve yetersiz kaynaklar için bir çözüm bulmakta çok büyük zorluklarla karşılaşmaktadırlar (WHO 2000).

II. SAĞLIK SİSTEMİ TANIMI SINIRLARI VE GÖREVLERİ

Sağlık sistemi performansını ele almadan önce, performans kriterlerinin geliştirilmesine temel teşkil edecek şekilde sağlık sisteminin tanımlanması ve sınırlarının çizilmesi gereklidir. Günümüz kompleks dünyasında bir sağlık sisteminin ne olduğunu, nelerden oluştuğunu ve nerede başlayıp nerede bittiğini tam olarak söylemek zordur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 Raporu sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır (WHO 2000; Murray, Frenk 2000; WHO 2001; Murray, Frenk 2001; IHSD 2000a; WHO 2000a).

Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık sistemlerinin sınırlarına yönelik kullanılabilecek birtakım tanımlara yer verilmiştir: (1) En dar tanım, sağlık sisteminin sınırlarını, sağlık bakanlığının direkt kontrolü altındaki aktiviteleri içerecek şekilde çizmektedir. Özellikle sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan birçok aktivite (örneğin, tütün ve alkol ürünlerini kullanmayı azaltmayı amaçlayan vergiler) bu sınırların dışında kalmaktadır. Bazı ülkelerde bu sınır, diğer devlet departmanları, misyonerler, devlet kontrolü dışındaki dernek ve vakıflar ya da özel sektör tarafından sunulan çoğu kişisel sağlık hizmetlerini de dışarıda bırakmaktadır. (2) İkinci tanım biraz daha kapsamlıdır. Bu tanımda sistem, kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek, fakat sağlığı arttırmayı amaçlayan sektörlerarası aktiviteleri kapsamayacak bir biçimde tanımlanır. Sivrisineklerin ilaçlanması ya da sağlık bilgi aktarımı gibi geleneksel halk sağlığı müdahaleleri içerilirken, temiz su ve hıfzısıhha programları gibi sektörlerarası aktiviteler içerilmemektedir. (3) Üçüncü tanım daha da kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünülmektedir. Bu tanım tıbbi ve kişisel

olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi, trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri düşürmeye yönelik düzenlemeler gibi sektörlerarası aktiviteleri de içermektedir. (4) Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır. İnsan aktivitelerinin neredeyse tüm alanları -eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi- sağlığı etkiler. Bu tanımda eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve tarım sistemleri arasında operasyonel bir ayrım yoktur (WHO 2001).

Yukarıda kısaca verilen tanımlardan hangisi sağlık sisteminin en uygun tanımıdır? Aslında gerek temel amacı sağlığı iyileştirmek olan tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini ve gerekse sektörlerarası faaliyetleri de içeren üçüncü tanım en uygun tanımdır. Bu tanım, sağlık politika belirleyicilerinin, beslenme, tütün tüketimi ya da yol güvenliği düzenlemelerindeki değişiklikler gibi alanlarda toplumun sağlığını geliştirmenin nasıl savunulacağı ve destekleneceği hakkında, kişisel tıbbi hizmetlerin de ötesinde düşüncelerini sağlar (WHO 2001).

Herkesin kullanabileceği bir tanıma, ancak bir sağlık faaliyetinin ne olduğu konusunda bir düşünceyle ulaşılabilir. Bir sağlık faaliyeti, sağlığı sürdürmeyi ve geliştirmeyi temel amaç edinen aktivitelerin bir grubu olarak tanımlanabilir. Bir sağlık sistemi ise, sağlık faaliyetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumu ile ilgili kaynakları, karar vericileri ve kuruluşları içermektedir. (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a). Dünya Sağlık Raporu 2000'de sağlık sisteminin, sağlığı iyileştirmeyi temel amaç edinen tüm kaynaklar, organizasyonlar, gruplar ve bireyleri içeren geniş tanımı, gruplara ve topluma sunulan kişisel sağlık hizmetleri ve sağlık müdahalelerini içerdiği kadar, trafik kazalarını azaltmak için yapılan yol güvenlik çalışmalarını, ulusal beslenme alışkanlıklarını değiştirme politikalarını da kapsamaktadır. Fakat sağlık sisteminin dışında kalan birçok faktör de sağlık standartlarını ve eşitsizlikleri belirleyebilir (Murray, Frenk 2001).

Sağlık sistemi için açık bir tanım kullanılsa bile, bir sağlık faaliyetinin ne olduğuna verilen cevap tartışılabilir. Örneğin, gıda sağlama programlarının temel amacı nedir? Kötü beslenmeyi azaltarak sağlığı yükseltmek mi yoksa gelir eşitsizliklerini düzenlemek mi? Belirsiz durumlar söz konusu olduğunda, özellikle su ve beslenme sahalarında, sağlık sistemlerinin tanımlanması konusunda çabuk kararlar verilmelidir. Sağlık sistemlerinin sınırlarının açık bir

şekilde belirlenmesi, performans değerlendirmesi ve ulusal sağlık hesapları gibi çalışmalar için gereklidir (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a).

Peki yukarıda sınırları çizilmeye çalışılan sağlık sisteminin görevleri nelerdir? Zengin ya da fakir ülkelerde olsun, bugün sağlık ihtiyaçları 100 hatta 50 yıl önceden bile çok farklılık göstermektedir. İnsanlar hasta olarak, yılda yalnızca bir ya da iki kez sağlık sistemiyle ilişkiye girmektedirler. Bu ilişkilerin çoğunluğu ise reçeteye verilen ilaçların tüketicileri olarak ve sağlıkla ilgili bilgi ve tavsiyelerin alıcıları olarak gerçekleşmektedir. İnsanlar sistemle, sisteme ödeme yapan katılımcılar olarak karşılaşmaktadırlar; her zaman bilerek sigorta kapsamı dışındaki hizmetleri satın almakta veya sigorta primleri ve sosyal güvenlik katkılarını ödemekte ve farkında olmadan sağlığı finanse etmek için vergi ödemektedirler. Sistemin, toplumun ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı, giderlerini karşılamak için gelirlerini nasıl arttıracığı ve onları finansal riskten korumak için, ne kadar koruma sağlayacağı çok önemli konulardır. Özellikle insanlar, sağlık sisteminin, kendilerini bireysel saygınlıkları korunarak tedavi edeceği beklentisine sahiptirler. Mümkün olduğunca, onların ihtiyaçlarıyla, teşhis ve tedavi için beklemedeki uzun gecikmeler olmaksızın, acilen ilgilenilmelidir ve bu sadece daha sağlıklı çıktılar elde etmek için değil, aynı zamanda insanların endişelerini azaltmak ve onların zamanlarına saygı göstermek için yapılmalıdır. Hastalar sıklıkla mahremiyet de beklerler ve kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara ve bakımı alacakları yer ve kişiyle ilgili seçeneklere de katılmak isterler. Hastaların daima pasif olarak, bir hizmet sunucu tarafından belirlenen hizmetleri almaları beklenmemelidir (WHO 2000).

Özet olarak sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler. Sağlık sistemleri böylece üç önemli amaca sahip olacaklardır. Bunlar:

- Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek;
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek;
- Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak.

III. BİR SAĞLIK SİSTEMİNİN AMAÇLARINA ULAŞIP ULAŞMADIĞINI DEĞERLENDİRMEDE ÖNEMLİ BİR KAVRAM: PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Performans ölçümü, bir sağlık bakım sistemi tarafından sağlanan hizmetlerin etkililiği ve sistemin müşteriler ve hastaların beklentilerini karşılamadaki başarıları ile ilgilidir. Performans ölçümü, sağlık bakım hizmet sunucuları faaliyetlerinin etkisini yansıtan kalite değerlendirmelerini, sistem kaynakları ve finansal özellikleri içermektedir. Performans verileri tüketici tercihlerine rehberlik etmek, ihtiyaçları tatmin etmek ve gelişim için en iyi uygulama ve öncelikleri tanımlamada kullanılabilir (Pransky et al. 2001).

Sağlık sistem verilerinin uluslararası karşılaştırmaları, yıllardır sağlık politikası tartışmaları konusunda bilgi vermek için kullanılmıştır (Anderson, Hussey 2001). Sağlık bakım karar vericileri, kalite ve hizmete erişimdeki gelişmeleri sürdürürken, harcamaları kıskarak performansı geliştirmeye çalışmaktadırlar. Sağlık bakım sistemleri arasındaki uluslar arası farklılıklar, bu zor konularda yanıtlar bulabilmek için önemli dersler sağlayabilir. Sağlık hizmet sunumundaki yapısal farklılıklar, performanstaki farklılıklarla ilişkilendirilebilir (Anell, Willis 2000). Sağlık sistem performansını değerlendirmenin temel amacı, ülkelere kendi sağlık sistemlerinin kalitesini ve performansını yükseltmek için bilgi sağlamaktır (PAHO 2001).

Sağlık sistem performansı ölçümü iki açıdan önemlidir: Birincisi, sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamanın ve finansmanda adalet, insanların beklentilerine yanıt vermek ve benzer sağlık düzeylerine ulaşmak gibi konularda ülkelerin benzer gelir düzeyleri ile neden başarısızlığa düştüğünü açıklamaya yardımcı olur; ikincisi, bir sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesini sağlayacak göstergeleri sağlar. Bu faydaların her ikisi de, eğer belirli sağlık sistemi politikaları (finansman ve sunum mekanizmalarını içeren), belirli sosyo-ekonomik koşullar altında özellikle farklılaşıyorsa, gelecekte bu politikaları doğrulamak ya da reddetmek için bir temel sağlayabilir (Silva 2000).

Ülkelerin sağlık statülerinde, gelir ve eğitim düzeylerinde olduğu gibi büyük farklılıklar vardır. Bu farklılıklardan bir kısmı, sağlık sisteminin performansından kaynaklanmaktadır. Sağlık sistemlerinin planlanması, içeriği

ve yönetimine dair farklılıklar, sağlığı yükseltmek, insanların beklentilerine yanıt vermek ya da finansmanda adalet gibi sosyal olarak değerli çıktılarını oluşturduğu farklılıklara dönüşmektedir. Tüm düzeylerde karar vericiler, sağlık sisteminin performansındaki değişiklikleri ölçmeye, bu performansı etkileyen faktörleri tanımlamaya ve mevcut koşullarda oluşacak bir değişiklik, daha iyi sonuçlara ulaştıracak politikaları belirlemeye ihtiyaç duyarlar. Sistemin alt bileşenlerinin performansları da -ülke içindeki bölgeler ya da halk sağlığı hizmetleri gibi- ölçülmeye ihtiyaç duyulan konulardır. Sağlık sistemi performansındaki anlamlı ve karşılaştırılabilir bilgiler ve performans değişikliklerini açıklayan temel faktörler, ulusal ve uluslararası düzeylerdeki sağlık politikalarının bilimsel dayanaklarını destekleyebilir. Sağlık sistem performansını değerlendirmek için, inandırıcı ve kullanıma hazır bir model, hükümetlerin kalkınma kuruluşlarının çalışması için çok önemlidir (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a).

Sağlık sistemlerinin performansı, yıllardan beri politika belirleyicilerin önemli bir sorunu olmuştur. Çoğu ülke, son zamanlarda, performansı yükseltmeyi net bir hedef olarak alan sağlık sektöründeki reformlarla tanışmıştır (Tandon et al. 2000). Reformlar finansmana (örneğin, sosyal sağlık sigortası ve kullanıcı katkıları), hizmet sunumuna (örneğin, yönetimli bakım-managed care-, özerk hastaneler), idareye (örneğin, özel sektörün düzenlenmesi, sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler) ve kaynak geliştirmeye (örneğin, personelin yeniden eğitimi) yönelmişlerdir (Evans et al. 2001). Sağlık sektöründeki reformlar ve reformların etkileri değerlendirilebilsin diye, performansın nasıl en iyi şekilde ölçülebileceğine dair ortaya çıkan son tartışmalar hakkında geniş bir literatür mevcuttur. Performansın ölçümü ise, bir sağlık sisteminin amaçlarını belirleyen, çıktılarının değerlendirilebileceği ve performansın ölçülebileceği net bir model gerektirmektedir (Tandon et al. 2000).

Sağlık sistem performansını ölçmek için birçok model önerilmiştir ve bunlar performans ölçmeye verilen önemin göstergeleridir. Bu modellerin hepsi, farklı fikirler ve yöntemlerin zengin bir karışımıdır. Sağlık sistem performansını ölçmeye yönelik modeller, çoğu zaman iki tür hata yaparlar. Bir bölümü, çok farklı ve kapsamlı konuların hepsini ölçmeye çalışır. Farklı modeller, örneğin, sağlıkla, sağlıkta eşitsizliklerle, kapsamla, adaletli finansmanla, kaliteyle, müşteri tatminiyle, kaynak tahsisinde verimlilikle, teknik verimlilikle, maliyet kısıtlamasıyla, politik kabuledilebilirlikle ve finansal katlanabilirlikle ilgili

amaçları içermektedir. Diğer bazı modeller ise göstergelerin kolay ve uygun olduğu düşüncesinden hareket ederler ve mevcut ölçümlerin kavramsal ve teknik yetersizliklerini devam ettiren bir performans değerlendirmesi sistemini kabul ederler. Aslında, her iki model de sağlık sistemi performansının kapsamlı ve anlamlı bir değerlendirmesi için tatmin edici değildir. Uygun ve tutarlı bir model, sağlık sistemlerinin ne için olduğunu ortaya koymalıdır. Sağlık sistemlerinin gerçek amaçları açıkça ifade edilmek zorundadır, bu amaçlar ölçülebilmelidir ve performansı etkileyen anahtar faktörler ve performansın genel görüşü araştırılmalıdır. Bu modelin önemli bir uygulaması, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 Raporu'nda yapılmış ve raporun istatistiksel eki her ülke için sağlık sistem performansına yönelik bilgiler sunmuştur. (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a).

IV. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSI DEĞERLENDİRMESİ VE SAĞLIK SİSTEMİ AMAÇLARI

Sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesine yönelik bir strateji de, DSÖ tarafından geliştirilmiş ve kullanılan yöntem, Dünya Sağlık Raporu 2000'de yayınlanmıştır (WHO 2001; Valentine et al. 2000). Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemi hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmeye yarayan bir performans göstergeleri setini ortaya koymuştur. Rapor, önemli sağlık konularını biraraya toplamıştır ve metodolojik olarak yenilikçi, etkileyici bir veri tabanına sahip, ileri istatistik tekniklerini kullanan ve araştırmacılara ve sağlık politikası belirleyicilerine ilginç yorumlar sağlayan bir yapıdadır (Nord 2002). Amaç, sağlık politikası geliştirilmesine yönelik olarak hükümetlere bilgi sağlamak ve sağlık sistemlerinin organizasyon ve çıktıları arasındaki ilişkiyi ortaya koymada sağlam bir yapı oluşturmaktır (WHO 2001).

DSÖ'nün sağlık sistem performansının değerlendirilmesiyle ilgili stratejisi, basit bir sorunun cevaplanması ile başlar: 'Sağlık sistemleri ne içindir?'. Bu sorunun açık bir cevabı, sağlık sistemlerinin halkın sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için varolduğudur. Böylece sağlık, sağlık sistemlerinin tanımlanmış bir amacı olacaktır. Fakat, bu soruya benzer bir başka cevap da, sağlık sistemlerinin hizmet sunduğu insanların ihtiyaçlarını karşılamak olduğudur. Bu ihtiyaçları karşılamada, DSÖ'nün yeterlilik olarak adlandırdığı kavram önemli hale gelmiştir (Darby et al. 2000).

Dünya Sağlık Raporu 2000, daha öncede belirtildiği gibi sağlık sistemini, sağlığı yükseltmeyi temel amaç edinmiş amaç edinmiş tüm organizasyonlar, kurumlar ve kaynaklardan oluşacak şekilde tanımlar (IHSD, 2000, Murray et al. 2001). DSÖ'nün sağlık sistem performansının değerlendirilmesi için kullandığı yeni stratejisi; sağlığı yükseltmek, yeterlilik ve finansmanda adalet olmak üzere üç önemli amaca sahiptir (Silva 2000; Murray et al. 2000; Gakidou et al. 2000; Murray, Frenk 2001; Evans et al. 2001; WHO 2001). Bu temel amaçlar, tüm ülkeler tarafından rutin olarak izlenebilmeli ve DSÖ tarafından desteklenen programlarda, sağlık sisteminin performansını değerlendirmeye temel dayanak teşkil etmelidir. Bu sebeple, amaçlara ulaşmanın değerlendirilmesinde, bu üç amacın ölçümü üzerinde odaklanmak gerekecektir (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a). Amaçlara ulaşmanın ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen strateji ise sağlık sistemi temel amaçlarını kendi içinde ağırlıklandırarak bir değerlendirmenin yapılmasıdır. Bu, ülkelerin kendi sağlık sistemi performanslarını ölçmelerine yardım etmek, ona etki eden faktörleri anlamak, onu geliştirmek, ihtiyaç duyulan reform alanlarına dikkat çekmek ve hizmet sunulan insanların ihtiyaç ve beklentilerine daha iyi yanıtlar vermek anlamına gelir. En önemli amaç ise, hükümetleri kendi sağlık sistemlerinin performansından sorumlu tutmaktır. Rapor, eğer sistem yukarıdaki üç amacı başarıyla gerçekleştirmek istiyorsa, bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört genel fonksiyonun olduğunu söyler. Bunlar:

- Hizmetlerin sağlanması
- Kaynakların yaratılması
- Finansman
- İdare (stewardship) (IHSD 2000; Daniels et al. 2000; IHSD 2000a; WHO 2001).

Bir ülke için yalnızca bu amaçların düzeyi değil, aynı zamanda dağılımları da önemlidir (Silva 2000). Sağlığı yükseltme ve yeterlilik ölçülmek istendiğinde, başarı düzeyi (tüm toplum üzerindeki ortalama) olduğu kadar, dağılım (bu başarının halkın tüm kesimlerine eşit dağılımı)'ın ölçümü de önemlidir (Darby et al. 2000). Dağılımda eşitsizlikler, sosyal, ekonomik, demografik ve eşitsizliğin diğer biçimlerinden kaynaklanıyor olabilir (Silva 2000).

Dünya Sağlık Raporu 2000'de DSÖ tarafından ortaya konulan sağlık sisteminin üç temel amacı aşağıda olduğu gibi kısaca açıklanabilir:

4.1. Sağlığı Yükseltmek

Sağlık sistemi için tanımlanmış birinci amaç, toplumun sağlığını yükseltmektir. Daha iyi sağlık, bir sağlık sisteminin varoluş nedenidir ve şüphesiz onun temel ve belirleyici amacıdır. Eğer sağlık sistemleri sağlığı korumak ya da geliştirmek için hiçbirşey yapmasalardı, onların varolması için hiçbir sebep kalmazdı. (Murray, Frenk 2000; WHO 2000; Murray, Frenk 2000a; Gakidou et al. 2000).

Sağlık sistemlerinin sağlığı iyileştirmek için yaptığı katkıyı değerlendirmek güçtür. Temel bilimlerde bir ilerleme olmadan dahi, organize edilen ve sunulan mevcut tıbbi müdahalelerdeki değişiklikler, salgınların yayılmasını tersine çevirebildiği gibi, önemli oranda da bir hayat kurtarmanın maliyetini düşürebilir. Etkili tedavisi olan hastalıklara, daha dar bir bakış açısıyla bakıldığında, birçok çalışma 1970'lerin başlarında tıbbi tedavinin sorumlu olduğu düşünülen önlenebilir ölümlerin, diğer ölümlere oranla hızla düştüğünü göstermektedir. Aynı zamanda, diğer bazı göstergeler, sağlık sistemlerinin sağlık üzerinde çok az bir değişiklik yarattığı ya da hiç yaratmadığını göstermektedirler. Bundan başka, sağlık sistemlerinin pahalı olduğu ve sağlık sisteminde sıklıkla ölümcül hatalar yapıldığına dair önemli kanıtlar vardır (WHO 2000).

4.2. Finansal Katkıda Adalet

Sağlık sisteminin diğer bir ana amacı, finansmanda adalet ve hanehalkları için finansal risk korumasıdır (Gakidou et al. 2000; WHO 2001). Adalet, eşitlikten daha geniş ve çok yönlü bir kavramdır. Adalet finansmanda, bakıma ulaşım ve sağlık çıktılarında eşitliği kapsadığı kadar, yönetim ve dağıtımda etkililiği ve sorumluluğu da içermektedir (Daniels et al. 2000). Dünya Sağlık Raporu 2000, adil finansmanı, toplam sağlık katkısının toplam gıda dışı harcamalara oranının, gelir, sağlık durumu ya da sağlık hizmeti kullanımından bağımsız olarak tüm hanehalklarında benzer olması olarak tanımlamaktadır (IHSD 2000; WHO 2000a). Adil olmak için, sağlık sisteminin finansmanı, iki önemli noktaya dikkat etmelidir. İlki hanehalkları yoksullaştırılmamalıdır veya ihtiyaç duyduğu sağlık bakımını elde etmede gelirlerinin büyük bir kısmını harcamamalıdır. İkinci olarak, yoksul hanehalkları, zengin hanehalklarına göre sağlık sistemine daha az ödemelidirler. Bu yalnızca fakir hanehalklarının düşük gelire sahip olmasından değil, aynı zamanda, bu gelirlerinin geniş bir

kısının gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlara gitmesindendir (Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a; WHO 2000).

Daha iyi sağlık, elbette bir sağlık sisteminin varoluş nedenidir ve şüphesiz onun temel ve belirleyici amacıdır. Toplumdaki diğer sistemler de halkın sağlığına geniş ölçüde katkıda bulunabilirler. Fakat bu onların temel amacı değildir. Örneğin eğitim sistemi sağlıkta büyük değişiklikler yaratır, fakat onun tanımlanmış amacı eğitimidir. Etki diğer bir yolla da ortaya çıkar: Daha iyi sağlık çocukların daha iyi öğrenmesini sağlayabilir, fakat bu sağlık sisteminin temel bir amacı değildir. Tersine, adil finansmanın amacı tüm sosyal sistemler için geneldir. Yalnızca adaletin nosyonu değişebilir. ‘Ödediğin şeyi al’ piyasa işlemlerinde genellikle adil olarak kabul edilir; fakat sağlık hizmetleri konu olduğunda bu, daha az adil görünür. Benzer olarak, her sistemde, insanlar hem fiziksel hem de psikolojik olarak nasıl tedavi edilmeleri gerektiği ile ilgili toplumun yasal olarak kabul ettiği beklentilere sahiptirler. Yeterlilik de bu sebepten dolayı daima sosyal bir amaçtır. Örnek olarak eğitim sistemini ele alalım; adil finansman okulda çocuğu olan ve olmayan hanehalklarının katılımının doğru dengesini sağlayarak, finansal nedenlerle okula gidemeyecek fakir çocukların sübvansiyonunu içerir. Yeterlilik, ailelerin çocuklarıyla ilgili tercihlerine saygıyı ve öğrencilerin suiistimal edilmesinden ve utandırılmasından kaçınmayı içerir (WHO 2000).

Sağlık sistemi, eğitim gibi diğer sosyal sistemlerden ve çoğu tüketilen mal ve hizmetler piyasalarından farklıdır. Bu da adil finansman amacını önemli kılmaktadır. Çünkü sağlık bakımı yıkıcı bir biçimde maliyetli olabilir. Bakım ihtiyaçlarının çoğu tahmin edilemez, bu yüzden insanların finansal yıkım ve sağlığın kaybı arasında seçim yapmaktan korunması önemlidir. Risk paylaşım mekanizması ve finansal koruma sağlanması bu sebeple önem kazanmaktadır (WHO 2000).

Daha adil bir finansmanın, bakıma ihtiyacı olduğu halde maliyeti yüksek olduğu için onu alamayan insanların sahip olduğu riski azaltarak veya sağlık için ödeme yapmanın onları yoksullaştırması ve daha fazla sağlık problemleri ortaya çıkarması riskini düşürerek daha iyi sağlığa katkıda bulunabileceği kesinlikle doğrudur. İnsanların istek ve beklentilerine daha duyarlı bir sistem de, daha iyi sağlığa katkıda bulunabilir. Potansiyel hastalar iyi tedavi edilecekleri beklentisine sahiplerse, bakımı kullanmaları daha olasıdır (WHO 2000).

4.3. Yeterlilik

Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık bakımının sağlıkla doğrudan ilgili olmayan özelliklerini kapsayan yeni bir kavramı tanıtmıştır. Bu kavram, sağlık sisteminin halkın nasıl tedavi edilmesi gerektiğini önemseyerek, onların beklentilerinin nasıl karşılanması gerektiği üzerine odaklanmıştır. İnsanların beklentilerinin karşılanması, sağlığı yükseltme amacı yanında ikincil öneme sahip bir amaç olarak görülebilir; fakat Dünya Sağlık Raporu 2000, yeterliliğin, sağlık sisteminin diğer iki amacının yanında, sağlık sisteminin temel bağımsız bir amacı olarak görülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu sebeple, yeterlilik kısmen diğer iki amaçtan etkilenmeden artırılabilir (Darby et al. 2000; Murray, Frenk 2000; Murray, Frenk 2000a).

Yeterliliğin Alt Elementleri: Her sağlık sistemi, hizmet sunduğu toplumun haklı, sağlıkla doğrudan ilgili olmayan ihtiyaçlarını yeterli ve adil olarak karşılamayı amaçlamalıdır (WHO 2001). Bir sistem düşüncesi içerisinde yeterlilik, kurumlar ve kurumsal ilişkilerin, bireylerin genel haklı beklentilerine uygun olarak düzenlenmesinin çıktısı olarak tanımlanabilir. Yeterliliğe iki görüş açısından bakılabilir: Birincisi, sağlık bakım sistemi kullanıcısı sıklıkla bir müşteri olarak tanımlanır, daha iyi bir yeterlilik de müşterileri çekmenin bir yolu olarak görülmektedir. İkinci olarak, yeterlilik, zamanında ve yeterli bakım için hastaların haklarının korunması ile ilgilidir (Silva 2000).

Yeterlilikle ne anlatılmak istendiği birçok yolla ortaya konulabilir. Bir temel ayrım, insanlara bireyler olarak saygı göstermekle ilgili elementler (bunlar oldukça öznel ve öncelikle hasta tarafından değerlendirilirler) ve sağlık sistemlerinin müşterileri olarak hastalar ve ailelerinin genel olarak ifade edilmiş belirli sorunlarını, bir sağlık sisteminin nasıl karşıladığı ile ilgili elementler ile sağlık tesislerinde direkt olarak gözlenebilecek daha objektif diğer elementler arasındaki ayrımdır. Bu iki kategoriyi daha alt dallara ayırmak, yeterliliğin yedi ayrı elementini ya da özelliğini incelemeyi gerekli kılar (WHO 2000; Gakidou et al. 2000; Murray, Frenk 2000). Bu ayrıma göre, tüketiciler, sağlık sisteminin kendilerini saygınlıklarını koruyarak tedavi etmesi, kendi bakımları hakkındaki kararlarda rol sahibi olmaları, sağlık bakım hizmet sunucuları ile net bir iletişimin kurulması ve tıbbi kayıtlarının gizliliğinin korunması gerektiğini söylemektedirler. Bu tür sağlık sistemi faaliyetleri, kişilere saygı olarak bilinen yeterliliğin içerisindeki bir grubu oluşturmaktadır. Tüketiciler, sistemin aynı zamanda acil ilgi, sosyal destek

ağlarına erişim, hizmet sunucu seçimi ve temel malzeme/araç/gereçlerin kalitesi açısından da yeterli olmasını beklemektedirler. Bunlar da müşteri yönelimi olarak adlandırılan bir grubu oluşturmaktadır (Darby et al. 2000; Silva, Valentine 2000; McKee 2001; Ugá et al. 2001).

Yeterlilik konusunda belirlenen yedi element, kendi başlarına önemli olmalarının yanısıra tüketiciler için önemli ilgi kaynaklarıdır (McCallum 2000). Yeterliliğin bu yedi elementi kısaca şu şekilde tanımlanabilir:

Saygınlık: Saygınlık, hastanın asimetrik bilgi ve fiziksel yetersizliklere sahip olmasından dolayı, yalnızca bir hasta olmaktan daha çok, birtakım haklara sahip bir birey olarak haklarının korunması şeklinde tanımlanmaktadır (Silva 2000; WHO 2000a).

Özerklik: Özerklik, bir bireyin kendi sağlığı hakkında kararlara katılmasını ifade eder (Gakidou et al. 2000; WHO 2000). Birey kendi sağlığı hakkında karar verirken, özerk olarak hareket edebilmelidir (Murray, Frenk 2000). Özerklik alternatif tedavi, test ve bakım seçenekleri arasında karar vermeyi ve eğer hasta bilinçli ise tedaviyi reddetme hakkını da içeren bir özgürlüktür (Valentina et al. 2000; Silva, Valentina 2000; WHO 2000a).

Mahremiyet: Mahremiyet, bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişebilmeyi belirleme hakkıdır (WHO 2000). Bireyler sağlık sistemi ile etkileşime girdiklerinde, kendi kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin muhafaza edilmesi hakkına sahiptirler (Murray, Frenk 2000). Hasta ve onun hastalığıyla ilgili bilgiler, belirli durumlar haricinde ve hastanın izni olmaksızın hizmet sunumu devam ederken açığa vurulmamalıdır (Silva 2000).

Acil İlgi: Acil ilgi, acil durumlarda anında bakım ve acil olmayan durumlar için makul bekleme sürelerini ifade eder (WHO 2000; Valentina et al. 2000). Acil ilgi, iki görünüme sahiptir: Birincisi, ihtiyaç duyulan bakıma uygun sağlık bakım birimlerinde çabucak ulaşımı ifade eder. İkincisi, teşhis ve tedavi için bekleme zamanlarını minimize ederek, hastanın refahının artırılması üzerinde odaklaşır (Silva, Valentine 2000; WHO 2000a).

Temel Malzeme/Araç/Gereçlerin Kalitesi: Temel malzeme/araç/gereçlerin kalitesi, her türlü şeyin temizlenmesi, mobilyaların uygunluğu ve yiyeceklerin kalitesi gibi, sağlık bakım birimlerinin sağlıkla doğrudan ilgili olmayan fiziksel

nitelikleri üzerinde durur. (Valentina et al. 2000; Silva, Valentina 2000; Murray, Frenk 2000; WHO 2000a)

Bakım Sırasında Sosyal Destek Ağlarına Erişim: Bakım sırasında sosyal destek ağlarına erişim, bakım ve iyileşme süresince aile ve arkadaşlar yoluyla sosyal desteğe erişime sahip olma hakkını ifade eder (Gakidou et al. 2000). Bakım hazır olduğunda, eğer bireylerin ailelerinden uzakta sunuluyorsa, bu durumda sosyal destek ağlarına erişimde sorun var demektir (Murray, Frenk 2000).

Hizmet Sunucu Seçimi: Hizmet sunucu seçimi, sağlık bakım birimleri arasında seçim yapabilmeyi kapsamaktadır ve bakımı sunan birey ya da organizasyonları seçme özgürlüğünü ifade eder (Valentina et al. 2000; Silva, Valentina 2000; WHO 2000; WHO 2000a). Hastalar, kendilerine sağlık bakımı sunacak hizmet sunucuyu seçmek isteyebilirler. Bu seçim, en çok bireysel hizmet sunucularla ve kurumsal hizmet sunucularla ilgili olacaktır (Murray, Frenk 2000).

Bazı sistemler yeterlilik açısından oldukça zayıftır. Birçok ülkede, kamu sektörü sağlık çalışanları hakkında genel şikayet, onların hastalarla olan ilişkilerinde kabalıkları ve kibirlilikleri üzerinde odaklanmaktadır. Acil olmayan ameliyatlara için bekleme süreleri, endüstrileşmiş ülkeler arasında oldukça farklılık göstermekte ve sağlık bakanlıkları çoğu eleştirilerin odağını oluşturmaktadır. Yeterliliği, sağlık sistemlerinin temel bir amacı olarak tanımlamak, bu sistemlerin insanlara hizmet sunmak için kurulduğunu ortaya koyar ve insanların aldığı tıbbi bakıma yönelik memnuniyetlerinin bir değerlendirmesinden daha fazlasını içerdiğini gösterir (WHO 2000).

Yeterlilik, birbiriyle ilişkili birçok özellikten dolayı hasta tatmininden ve bakımın kalitesinden farklıdır (Silva 2000). Yeterlilik, sağlık bakımının işleyişi ile ilgili memnuniyetten daha anlamlı, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir. Memnuniyet ölçümleri, önemli ölçüde beklentiler tarafından etkilenir. Performans değerlendirmesi, insanların, basitçe beklentilerini değil, gerçek deneyimlerini -onların sağlığı, sağlık bakım sistemi ile ilişkileri ve finansal sınırlılıkları ile ilgili- yansıtır (Murray et al. 2001). Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemlerini hasta memnuniyeti ölçümlerinin ötesine geçmeye ve insanların sağlık sistemleri ile olan gerçek deneyimlerini ölçmeye zorlamaktadır. Bu stratejinin kullanılmasıyla, bireylere

sağlık sistemlerinden aldıkları hizmetleri değerlendirmeleri istenmekte ve böylece memnuniyet araştırmalarında görülen beklenti süzgeci ortadan kalkmaktadır (McCallum 2000).

Yeterlilik, sağlık sistemleri için temel bir amaç olmanın yanında, birçok nedenden dolayı da önem taşımaktadır (Darby et al. 2000). Kısaca bunlar;

a. Sağlık sistemleri için idare fonksiyonunun önemi, insanların haklı beklentilerinin karşılanmasında yatmaktadır. Tüketiciler, sağlık hizmeti sunucuları ile ilişkilerinde, genellikle dezavantajlı bir konumdadırlar ve sağlık sisteminin onlara bilgi sağlayarak ve koruyarak yardım etmesine ihtiyaç duyarlar. Sağlık sistemi ve toplum arasındaki verimli bilgi akışının kolaylaştırılması, yeterliliğin önemli bir elementidir. Bu bilgi akışı, sistemin idaresi için çok önemli bir araçtır (Darby et al. 2000).

b. Yeterlilik, temel insan hakları ile ilgili olduğu için de önemlidir. Sağlık sistemleri, eğitim, ekonomik, politik ve kültürel sistemlerle birlikte yeterliliği bir amaç olarak paylaşmaktadır. Her sistem, kendi kitlesinin gerekli ihtiyaçlarını karşılamakta başarılı olmak zorundadır. Ortak olan yeterlilik amacının temelinde, halkın temel insan haklarının korunması ve artırılması yatmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde, yeterliliğe hitap etmeyen davranışlar, ortak olan sorumluluğun reddi anlamına gelir (Darby et al. 2000).

c. Bir sağlık sistemi, yeterliliğin elementlerinden bazılarını geniş yatırımlara gerek duymaksızın geliştirebilir. Özellikle, sistemdeki kişilere saygı gösterilmesinin geliştirilmesi, sistem içerisindeki sağlık personelinin, sistemin hedef aldığı kitleye karşı olan davranışlarında önemli değişiklikleri gerektirir. Örneğin, sağlık bakım personelinin çalışmaları, tedavi sırasında saygıyı gözeterek ve minimum bir harcama ile, bireylerin temel insan haklarına daha duyarlı olabilir. Yeterlilikte önemli ilerlemeler gerçekleştirmek, teknolojiye ya da sağlıkta ilerlemeyi yapabilecek personele önemli bir yatırımı da gerektirmez. Yeterliliğin iyileştirilmesi, adil finansmanda olduğu gibi yeni yasal düzenlemelere de ihtiyaç duymaz. Bununla birlikte, yeterlilik üzerindeki tüm değişimlerin maliyetleri bu kadar düşük değildir. Doktor seçimi veya acil ilgi gibi, yeterliliğin müşteri yönelimli eğilimlerine hitap eden değişimler, ilave kaynakların kullanımını gerektirebilir. Fakat, genellikle bir sağlık sistemi, önemli parasal yatırımlar yapmaksızın yeterlilikte farkedilebilir ilerlemeler gerçekleştirebilir (Darby et al. 2000).

d. Yeterlilikteki iyileşmeler, diğer iki amaçtaki performans değişikliklerinden önce gelebilir. Çünkü bu ilerlemeler, önemli yatırımları gerektirmez ve yeterliliği iyileştirmeye yönelik müdahalelerin sonuçları çabuk çıktılara dönüşebilir. Yeterlilik, sağlığı geliştirmekten çok daha hızlı bir biçimde iyileştirebilir (Darby et al. 2000).

V. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NÜN SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSI DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK YAPILAN ELEŞTİRİLER

DSÖ'nün 2000 Raporu'na yönelik yorum ve eleştiriler; ülkelerin sıralanması konusuna, performansın tek gösterge ile ölçülmesine, sağlık bakım sisteminin etkinliğine, ülkelerarası performans değerlendirmesinde sadece anahtar kişilerin görüşlerine başvurulmasına ve verilerin bulunabilirliği ile ülkelerarası karşılaştırılabilirliğine yönelik eleştirilerden oluşmaktadır.

5.1. Ülkelerin Sıralanması Konusundaki Eleştiriler

DSÖ'nün sağlık sistem performansı ölçümünde, sıralamanın zirvesinde yer alanlar, daha önceleri başarılı modeller olarak görülmeyen bazı ulusal sağlık sistemleri iken, daha fazla saygınlığa sahip olduğuna inanılan sistemler, çok daha altlarda sıralanmışlardır. Örneğin, endüstrileşmiş ülkeler arasında, Fransa, İtalya ve İspanya sağlık sistemleri performans sıralamasının zirvesinde görülmüşlerdir. Kanada, Almanya, İsveç ve Danimarka daha düşük sıralardadırlar. Tüm ülkeler arasında Amerika 37. sıradadır ve daha az endüstrileşmiş ve sağlığa ulusal kaynaklarının oldukça az bir miktarını harcayan Yunanistan, Portekiz ve İrlanda, DSÖ'nün skalasında, dünyanın en yüksek sağlık harcamalarını yapan ABD'nden daha üst sıralarda yer almışlardır (Blendon et al. 2001).

Navarro'ya göre, Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık politikaları çerçevesinde büyük sürprizlere sebep olmuştur. DSÖ'nün sağlık bakım liginin zirvesinde, sağlık sistemleri genellikle verimli ve etkili modeller olarak değerlendirilemeyen İspanya ve Fransa gibi ülkeler bulunmaktadır. Örneğin İspanya'da Dünya Sağlık Raporu 2000'in yayınlandığı sırada, ki bu rapor İspanya'nın sağlık sistemini Avrupa'da İtalya ve Fransa'dan sonra üçüncü sıraya koymuştur, İspanya sağlık sistemi ve yetkililerine karşı kamuoyunda görülmemiş gösteriler yapılmaktaydı. Göstericiler uzun bekleme listelerini ve birinci basamak merkezlerindeki kısa konsültasyon sürelerini (konsültasyon

başına ortalama 3 dakika) protesto ediyorlardı. DSÖ'nün İspanya sağlık sistemini Avrupa'da en iyi üçüncü ve Dünya'da da en iyi yedinci sıraya koyan raporu, İspanya'daki hükümete, giderek artan protestolara karşı koyma fırsatı vermiştir (Navarro 2000).

Fakat protestocular, DSÖ'nün İspanya'yı üst sıralara koyan bu sıralamasından pek de etkilenmemişlerdir. Rapordan çıkan sonuçlar, çoğu İspanyol'un algıları ile çatışmaktadır. İspanyol sağlık sistemine yönelik dikkatli bir araştırmada görülmüştür ki, İspanyollar kendi sağlık sistemlerinden, diğer Avrupa ülkelerinde yaşayanlara göre daha fazla hoşnutsuzdurlar (İtalya hariç, ki İtalya da Dünya Sağlık Raporu'nda en iyiler arasında sıralanmıştır). İspanyolların %28'i (ve İtalyanların da %40'ı) sağlık sistemlerinin yeniden inşa edilemeye ihtiyaç duyacak kadar yanlış işlediğini belirtmişlerdir. Gene İspanyolların % 49'u (İtalyanların %46'si) kendi sağlık sistemlerinde olumlu yanlarının olduğunu fakat daha iyi bir sağlık sistemi ile köklü değişikliklere ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. Gerçekten DSÖ'nün performans tanımı ile İspanyol ve İtalyan toplumunun tanımı arasında farklılık vardır. Kim haklıdır? Bu soruya cevap verebilmek için, DSÖ'nün bilimsel olmaktan ziyade, politik bir kurum olduğunu ve DSÖ pozisyonu ve raporlarının bilimsel ve politik açılarından değerlendirilmesi gerektiğinin farkına varılmalıdır (Navarro 2000).

Blendon ve arkadaşları (2001), yaptıkları araştırmada, 17 endüstrileşmiş ülke için DSÖ'nün sıralamasını ve bu ülkelerin vatandaşlarının görüşlerini karşılaştırmışlardır (çünkü DSÖ araştırmasında uzman görüşüne yer vermiştir). Sonuçlar, DSÖ'nün sıralaması ve bu sağlık sistemlerini kullanan vatandaşların memnuniyeti arasında zayıf bir ilişkiyi göstermiştir. DSÖ'nün performans sıralamasında zirvede olan bazı sağlık sistemleri, vatandaşları tarafından zayıf olarak sıralanmıştır. Halk tarafından en yüksek olarak sıralanan iki sistem de DSÖ'nün sıralamasında en altlarda yer almıştır. Bu bulgular, hem halk hem de uzman görüşlerinin, uluslararası sıralama da birlikte düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Murray ve arkadaşlarına (2001) göre, Blendon ve arkadaşlarının, 17 ülkede yürütülen bir memnuniyet araştırması ile DSÖ'nün araştırmasının sonuçlarını karşılaştırmaları, memnuniyet araştırmalarının sınırlılıklarını göstermesi açısından kullanışlıdır. Murray'a göre, Blendon ve arkadaşları, DSÖ'nün sağlık sistem performansı ölçümü yaklaşımını yanlış anlamışlardır ve yaptıkları kıyaslama da elma ile armudu kıyaslamaktır. Bir ülkede, sağlık sisteminin nasıl

işlediği ile ilgili memnuniyet, sağlık sistemi performansı ile kıyaslanabilir değildir; sadece yeterlilik ile karşılaştırılabilir. DSÖ'nün sağlık sistemi tanımı, yalnızca tıbbi bakımı içermemekte, aynı zamanda, örneğin tütün kullanımını düşürme çabaları ya da trafik kazalarını azaltmaya yönelik yol güvenlik çalışmaları gibi sağlığı iyileştirmeyi temel amaç edinen faaliyetleri de kapsamaktadır. Bu noktada Murray, Blendon'un sorularını cevaplayanların, geniş bir sağlık sistemi ile ilgili memnuniyetlerini değil, kişisel tıbbi bakım ile ilgili memnuniyetlerini yansıttıklarını belirtmişlerdir.

5.2. Performansın Tek Gösterge İle Ölçülmesine Yönelik Eleştiriler

D'Ambrosia ve Klipatrick'e (2001) göre, DSÖ'nün araştırmasının öznenliği tartışılabilir. Bir sistem mutlaka diğerinden daha iyi ya da kötü olmak zorunda değildir. D'Ambrosia'ya göre, sağlık bakım sistemleri, vergi temelli sistemler, sosyal sigorta sistemleri ve özel sigorta sistemleri olarak sınıflandırılabilir. DSÖ, sosyal sigorta sistemine sahip ülkelere, bu tip sistemlerde daha eşitlikçi olan finansal koruma ve bakıma erişimi değerlendirerek en yüksek oranları vermiştir.

Sağlık sistem performansı değerlendirme faaliyetlerinin temel amacı, ülkelere performanslarını ve nihayetinde sağlık sistemlerinin kalitesini geliştirmek için bilgi sağlamaktır. Bu yüzden, işin ulusal ve yerel düzeyde çalışabilir birşeylere doğru hedeflenmeye ihtiyacı vardır. Buna ek olarak, belirli sağlık sistemleri, herbir ülkenin tarihsel ve sosyal durumları ile kökleşmişlerdir. Tek bir değerlendirme sürecinin tüm uluslar için uygulanabilir ve kullanışlı olacağı olası değildir (PAHO 2001; Aalto 2000; Nord 2002).

Navarro'da (2000), DSÖ'nün ülkelerin sağlık hizmetleri performansına göre neden sıralanması gerektiğini sorgulamaktadır. Ona göre önemli bir amaç, en iyilerden ne öğrenilebileceğini görmek ve daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmak için onları kaynak olarak kullanmaktır. Fakat, DSÖ'nün sıralamasındaki en önemli eksiklik, kullanılan göstergelerin güvenilirliği konusudur. Navarro, DSÖ'nün geliştirdiği üç çeşit göstergenin tek bir göstergeyi otaya koymak için yaratıldığını söylemektedir ki, bu da performans göstergesidir. Fakat Navarro'ya göre, DSÖ'nün yapay bir performans göstergesi bulmaya çalışması anlaşılır değildir.

5.3. Sağlık Bakım Sisteminin Etkinliğine Yönelik Eleştiriler

McKee'ye göre, Dünya Sağlık Raporu 2000'de DSÖ'nün, sağlık sistemlerini verimliliklerine göre sıralamasında bazı problemler vardır. Bunlardan ilki, sağlık sisteminin nasıl tanımlandığı ile ilgilidir. Dünya Sağlık Raporu'nda, sağlık sistemi 'temel amacı sağlığı iyileştirmek, yenilemek ya da sürdürmek olan tüm aktiviteleri' içerecek şekilde tanımlanır. Bu, sağlığı iyileştirmede sektörlerarası faaliyetlerin önemini vurgular, fakat aynı zamanda 'tüm aktiviteler' figürü, hiçbir ulusal sağlık hesaplarında yer bulamayacağı için, bir problemi de beraberinde getirir. Varolan veriye dayanan daha dar bir tanımda kayıplar daha az olacaktır. McKee'ye göre sonuçta daha geniş bir sağlık sisteminin çıktıları ile sağlık bakım girdileri kıyaslanmak zorunda kalınacaktır. Diğer başka bir sorunda sağlık çıktılarının, bir sağlık sisteminin yukarıda bahsedilen geniş tanımında içerilen aktivitelere atfedilip atfedilemeyeceğidir. Raporun belirttiği gibi, sağlık kazanımlarının diğer sektörlerdeki politikalardan etkilenebileceğine dair büyüyen bir kanıt vardır. Fakat sağlığın birçok belirleyicisi vardır ve birçok alanda sağlık sistem girdileri uzun yıllar sonra ortaya çıkabilecek sonuçlara sahip olabilir (McKee 2001).

Navarro (2000) makalesinde, 2000 DSÖ Raporu'ndan aldığı şu paragrafa yer vermiştir:

'20. yüzyıl esnasında yaşam beklentisinde meydana gelen önemli artışta sağlık sistemleri rol oynamıştır'.

Fakat Navarro'ya göre bu cümleyi destekleyecek bir kanıt sunulmamaktadır. 20. yüzyılda meydana gelen ölümlerdeki önemli azalmaların çoğu ve yaşam beklentisindeki artışlar, tıbbi bakım etkinliğini kanıtlamadan önce olmuştur. Gerçekte, 20. yüzyılda meydana gelen ölümlerdeki azalmalar, sosyal ve ekonomik müdahalelerin bir sonucudur (Navarro 2000).

5.4. Ülkelerarası Performans Değerlendirmesinde Sadece Anahtar Kişilerin Görüşlerine Başvurulmasına Yönelik Eleştiriler

Dünya Sağlık Raporu 2000'de kullanılan metodun bir eleştirisi de, nispeten az sayıda insanın cevaplarına bağlı kalınarak yeterliliğin değerlendirilmesidir. İnceleme araçlarıyla ilgili en önemli problem, farklı kültür ve sosyo-ekonomik geçmişlerden gelmiş ve farklı beklentilere sahip insanlara, sağlık sistemi ile

ilgili deneyimlerinin sorulmasıdır. Bunun anlamı örneğin, bu farklılıkların sistemlerin yeterliğindeki değişikliklerden çok onların beklentilerindeki farklılıkları yansıtacağıdır (WHO 2001).

DSÖ, sağlık sistemlerinin yeterliliklerine göre ülkeleri sıralamada kullanılan yargıları anahtar kişilerden sağlamaktadır. 35 ülkeden 1791 anahtar kişi bulunmasına rağmen, 191 ülke karşılaştırmalarda puanlanmış, sıralanmış ve rapor, ülkelere seçilen 1791 anahtar kişinin oluşturduğu bir incelemeyi 191 ülkenin sıralanması için yalnızca 35 (%18) ülkeden gelen verilerin ciddi sınırlamasına aldırmadan tanımlamıştır. Anahtar kişilerin yalnızca 35 ülkeden çıkmasına karşın, 191 ülke sağlık sistemleri yeterliliklerine göre sıralanmıştır (Almeida et al. 2001; IHSD 2000a; Aalto 2000; Nord 2002).

Anahtar kişiler, yalnızca sağlık alanında çalışan profesyonellerden oluşmaktadır; yarısı DSÖ çalışanıdır ve çoğu, muhtemelen başka sebeplerle DSÖ'nün internet sayfasını ziyaret eden insanlardır ve böylece bir anketi doldurmaya davet edilmişlerdir. Örnek seçim kriteri bulgular üzerinde önemli etkilere sahip olabilir, fakat bu sınırlamadan bahsedilmemektedir. Bu tip bir araştırmada, anketin uygulanacağı örneklem seçilirken, seçilen kriterler için sistematik bir süreç bulunmalı ve tüm süreçler, tüm sınırlılıkları ile tanımlanmalıdır (Almeida et al. 2001; Aalto 2000).

Kullanıcılar için, sağlık bakım sisteminin yeterliliğiyle ilgili, performansın ikinci bileşeni ve yeterliliği ortaya koyan göstergeleri, Navarro'ya göre makuldür. Fakat, problem bu göstergelerin değerlerini ve ağırlıklarını belirleyen Dünya Sağlık Raporu'nun anahtar kişiler olarak adlandırdığı kişilerin, kimler olduklarının tanımlanmamasında ortaya çıkmaktadır. Bu bilinmeyen anahtar kişiler, farklı ülkelere sağlık bakımında uzman kişiler olabilir. Fakat rapor, bu anahtar kişilerin kimler olduğunu ve seçilmelerindeki kriterleri açıklamamaktadır. Fakat bu anahtar kişi ve uzmanların seçilmesi büyük oranda taraflı bir seçim olarak gözükmektedir. Navarro'ya göre raporun kaynakçasında da tutucu ve neoliberal yazarlara yer verilmiştir (Navarro 2000).

Murray ve arkadaşlarına göre, genel halktan daha çok bilgili bireylerin tercihlerinin ölçülmesinin seçiminin iki sebebi vardır: Bunlardan birincisi, eğer kişi alan ve literatüre aşina değilse, stratejinin içerdiği kavramlar çok kompleks olacak ve farkları gözetmek zor olacaktır. İkincisi, performans göstergeleri için

parametrelerin seçimleri, halk sağlığının temel bazı bilgilerini gerektiren birtakım teknik soruları içermektedir (Gakidou et al. 2000).

5.5. Verilerin Bulunabilirliği ve Ülkelerarası Karşılaştırılabilirliğine Yönelik Eleştiriler

Dünya Sağlık Raporu 2000'in sağlık sistemi amaçlarına yönelik karma indeksi, onun bireysel bileşenleri ve sağlık sistemi performansı göstergelerine yönelik kavramsal temel ve metodolojik yaklaşımlar önemli problemlere sahiptir. DSÖ hesaplamaları için gerekli olan veri, ülkelerin %70-89'unda bulunmamaktadır, fakat bu raporda açıklanmamaktadır. Çünkü tüm ölçümler yenidir ve verisi olmayan ülkeler için verilen veriler, çeşitli standart olmayan tahminleri içeren yeni metotlara bağlıdır ve okuyucular yeterince açıklanmayan tahminler, metotlar ve önemli sınırlamaların altında yatanları bilmeyi hak etmektedirler (Almeida et al. 2001; IHSD 2000a; Nord 2002).

Sağlık eşitsizliği (çocukların hayatta kalmalarındaki eşitsizlikler) indeksinin oluşturulması için 191 ülkenin 133 (%70) tanesinde, yeterliliğin iki ölçüsünün oluşturulması için 161 (%84) tanesinde ve hanehalklarının finansal katkılarında adaleti yansıtan indeksin oluşturulmasında 170 (%89) tanesinde veri mevcut değildir (Almeida et al. 2001).

Ülkelerin sıralanmasında kullanılan metotlar ve temeli oluşturan tahminler gerekli verilere sahip olmadığı gibi yeterli bir şekilde açıklanmamıştır; raporda veya teknik referanslarda tanımlanan metot ve tahminlerin genişletilmesinde, özellikle bazıları ciddi problemlere sahiptirler. Raporda atfedilen değerler, yıllık kişi başına gelir veya nüfus büyüklüğü tahminleri gibi standart projeksiyonlarla karşılaştırılabilir değildir. Bu tip standart projeksiyonlardan farklı olarak, raporda kullanılan değerler, her birkaç yılda bir direkt olarak gözlenen verilere bağlı değildir ve uygun belgeler kullanılmamıştır. Yanlış yorumlardan kaçınmak için bu faktörü tanımlamak önemlidir (Almeida et al. 2001).

VI. SONUÇ

Dünya Sağlık Raporu 2000, ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarına dair dikkat çekici veriler ortaya koymuştur. Bu verilerle, özellikle düşük performansa sahip sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamalarını ve

geliştirilen performans kriterlerini göz önünde bulundurarak çeşitli iyileştirmelere gitmelerini ve sağlık politikaları geliştirmelerini hedeflemiştir. Bu temel amaç açısından Dünya Sağlık Raporu 2000 ve Türkiye'nin durumu değerlendirildiğinde Türkiye için çıkarılacak oldukça fazla ders ve Türkiye'nin diğer devletlerle karşılaştırıldığı zaman daha üst seviyelerde yer alabilmesi için alması gereken pek çok önlem vardır.

Daha önceki bölümlerde de değinildiği üzere bir sağlık sisteminin ulaşmayı arzuladığı üç önemli amacı vardır. Bunlar sağlık statüsünün iyileştirilmesi, yeterlilik ve finansal katılımda adalettir. Bu üç amacın ilk ikisinde sadece bu amaçları maksimize etmek değil aynı zamanda elde edilecek olan kazanımların toplum içinde adil bir şekilde dağıtılması da önemli bir amaç olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık seviyesinin yükseltilmesi konusunda en fazla kazanımı gerçekleştirmiş olan ilk üç ülke Japonya, Avustralya ve Fransa olarak sıralanmıştır. Sağlık statüsü konusunda elde edilen kazanımların adil olarak dağıtılması söz konusu olduğu zaman ise sıralamanın değiştiği görülmektedir. Buna göre elde edilen sağlık kazanımının boyutu açısından 32. sırada yer alan Şili adil dağıtım sözkonusu olduğu zaman birinci sıraya yükselirken, 14. sırada yer alan İngiltere ikinci sıraya, ve birinci sırada yer alan Japonya üçüncü sıraya yerleşmiştir. Bu temel amaç açısından Türkiye'nin durumu ise pek de iç açıcı değildir. Elde edilen kazanımın boyutu açısından Türkiye, toplam 191 ülke arasında 73. sırada yer alırken, sağlık statüsü konusunda elde edilen kazanımların toplum grupları arasında adil bir şekilde dağıtımı söz konusu olduğu zaman Türkiye'nin yeri 109 olmaktadır. Bu sonuç, Türkiye'nin hem sağlık statüsünü daha fazla iyileştirmek hem de bütün toplum katmanlarının sağlık statüsünü dengeli ve adil bir şekilde iyileştirmek için gerekli önlemleri alması gerektiğini göstermektedir. En azından Türkiye, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi açısından kendisinden daha kötü durumda olan (Gürcistan gibi) veya aynı seviyede olan diğer ülkelerin sağlık statüsünün iyileştirilmesi ve elde edilen kazanımların adil bir şekilde dağıtılması konusunda elde ettikleri seviyelere yaklaşması gereklidir.

Dünya Sağlık Raporu 2000'in ortaya koyduğu en önemli ikinci amaç ve performans kriteri ise yeterliliktir. Yeterlilik sağlık sisteminin hizmet sunduğu insanlara karşı olan duyarlılığına ve onlara hizmet sunarken dikkat etmesi gereken birtakım bileşenlere dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Raporu 2000'in

tespitine göre, yeterlilik açısından birçok sağlık sistemi oldukça yetersizdir. Yeterlilik puanlarına bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nin 10 puan üzerinden 8,10 puan ile zirvede olduğu görülmektedir. İsviçre, Lüksemburg, Danimarka ve Almanya ise Amerika Birleşik Devletleri'ni takip etmektedir. Türkiye'nin yeterlilik puanına bakıldığında ise 5,16 ile 93. sırada olduğu görülmektedir. Bu puanla Türkiye Malezya, Kore Cumhuriyeti, Kazakistan, Polonya ve Filipinler gibi birçok ülkenin gerisinde yer almaktadır. Rapora göre, Türk Sağlık Sistemi halkın beklentilerini karşılama açısından oldukça zayıftır. Ancak yeterlilik konusunda adil dağıtım söz konusu olduğu zaman Türkiye'nin sıralaması 93. sıradan 66. sıraya yükselmektedir. Bu durumda, her ne kadar sıralama açısından Türkiye, Türk toplumunu tatmin edici bir seviyede yer almasa bile adil dağıtım söz konusu olduğunda Türkiye'nin gerisinde kalan yaklaşık 130 ülkeden daha iyi olması da bir teselli kaynağı olarak düşünülmelidir.

Bir sağlık sisteminin ulaşmayı arzu ettiği üçüncü temel amaç ise sağlık sisteminin finansmanındaki adalettir. Bu amaç altında ulaşılması arzu edilen iki temel hedef mevcuttur. Bunlardan birincisi toplum içinde yaşayan bireylerin ödeme güçlerine göre sağlık sisteminin finansmanına katkıda bulunmayı içerirken, ikincisi ülke insanların finansal risklere karşı korunması ile ilgilidir. 191 ülke bu temel amaca erişim açısından sıralandığında birinci sırada Kolombiya yer alırken, ikinci sırayı Lüksemburg almaktadır. Üç, dört ve beşinci sıra ise Danimarka, Dijibutu ve Belçika tarafından paylaşılmaktadır. Bu amaç açısından 191 ülke arasında Türkiye'nin durumu diğer ilk iki amaçla karşılaştırıldığı zaman daha iyi bir seviyededir ve Ürdün ile 49 ve 50. sırayı paylaşmaktadır.

Türk Sağlık Sistemi, bir sağlık sisteminin ulaşmayı arzuladığı üç temel amaç açısından durumu 191 ülke ile karşılaştırıldığı zaman ne yazık ki iyi bir seviyede yer almamaktadır. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü 2000 Yılı Raporu'na ve ülkelerin sıralanmasında kullanılan yöntemlere getirilen eleştirileri de göz önünde bulundurmak gereklidir. Eğer ülkeler bu eleştiriler ışığında kendi ülkelerinde benzer performans ölçümlerini yaparlarsa sıralamalarının değişeceği de bir gerçektir. Örneğin, Uğurluoğlu (2003) tarafından yapılan bir çalışmada Türk Sağlık Sisteminin yeterliliği hastane yöneticilerinin görüşlerine başvurularak değerlendirilmiş ve Türkiye'nin yeterlilik skorunun ve bu skora göre 191 ülke arasında yerinin önemli şekilde değişebileceği bulunmuştur.

Ancak yinede, Türk Sağlık Sisteminin yeri istenilen seviyeden oldukça uzaklarda yer almaktadır.

Türk Sağlık Sisteminin temel üç amaç açısından başarması gereken ve yapması gereken pek çok şeyin olduğu bir gerçektir. Sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve finansmanda adalet amaçları özellikle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artırılması, mevcut kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılması ve adil kaynak dağılımı önlemleri ile gerçekleştirilebilecek bir durumdur. Özellikle kaynak artırımı gibi önlemler, finansal açıdan zaten zor durumda olan bir ülkeye ilave yüklerin getirilmesi anlamına gelebilecektir. Dünya Sağlık Raporu 2000'e göre, yeterliliğin müşteri yönelimi olarak adlandırılan acil ilgi, hizmet sunucu seçimi ve temel malzeme/araç/gereçlerin kalitesi bileşenlerinin yeterli olabilmesi genellikle maliyetlidir. Fakat kişilere saygı olarak adlandırılan saygınlık, özerklik ve mahremiyet bileşenleri maliyetsiz olarak iyileştirilebilir. Türkiye gibi kaynak kısıtlılığı olan ülkeler bile yeterliliğin bu boyutlarını sağlık bakım çalışanlarına verilen eğitimlerle, hastayı kendi bakımına dahil ederek, onun mahremiyetine gereken önemi vererek geliştirebilir. Dolayısıyla bu aşamada sağlık çalışanlarının eğitim ve kültürüne odaklanmak yeterliliğin artırılması için önemli bir adım olacaktır. Bunun yanında her ülkenin hizmet sunduğu toplumda, yeterliliğin bileşenleri açısından dezavantajlı grupları belirlemesi ve buna göre bir önceliklendirmeye gitmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aalto A. M. (2000) Measuring The Responsiveness of Health Care System in The World Health Report 2000, **The World Health Report 2000: What Does It Tell About Health Systems? Analyses by Finnish Experts**. National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes), Helsinki, Finland.
2. Almeida C., Braveman P., Gold M. R., Szwarcwald C. L., Riberio J. M., Miglionico A., Millar J. S., Porto S., Costa N. R., Rubio V. O., Segall M., Starfield B., Travessos C., Ugá A., Valente J., Viacava F. (2001) Metodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of The World Health Report 2000. **The Lancet** 357(26): 1692-1697.
3. Anderson G. and Hussey P. S. (2001) Comparing Health Systems Performance in OECD Countries. **Health Affairs** 20(3).

4. Anell A. and Willis M. (2000) International Comparison of Health Care Systems Using Resource Profiles. **Bulletin of the World Health Organization** 78(6): 770-778.
5. Blendon R. J., Kim M., Benson J. M. (2001) The Public Versus The World Health Organization on Health System Performance. **Health Affairs** 20(3): 10-20.
6. D'Ambrosia R. and Kilpatrick J. A. (2001) **Comparing World Health-Care Systems: Does Quality Translate?**. <http://orthobluejournal.com>.
7. Daniels N., Bryant J., Castano R. A., Dantes O. G., Khan K. H., Pannarunothai S. (2000) Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries. **Bulletin of the World Health Organization** 78(6): 740-750.
8. Darby C., Valentine N., Murray C.J.L., Silva A. (2000) **WHO: Strategy on Measuring Responsiveness**. GPE Discussion Paper Series: No. 23, Geneva, WHO.
9. Evans D. B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A. (2001) Comparative Efficiency of National Econometric Analysis. **BMJ** 323: 307-310.
10. Gakidou E., Murray C.J.L., Frenk J. (2000) **Measuring Preferences on Health System Performance Assessment**. GPE Discussion Paper Series: No. 20, Geneva, WHO.
11. IHSD (The Institute for Health Sector Development) (2000) **Improving Health Systems by Measuring Health Status: Is WHO Serious?**. An IHSD Issues Note.
12. IHSD (The Institute for Health Sector Development) (2000a) **World Health Report 2000- Summary and Comments**. London.
13. McCallum L. (2000) **Responsiveness of The Australian Health System**. Consumers's Health Forum Australia AIHW Workshop on the WHO World Health Report, Canberra.
14. McKee M. (2001) Measuring Efficiency of Health Systems. **BMJ** 323:295-296.
15. Murray C.J.L. and Frenk J. (2000) A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. **Bulletin of the World Health Organization** 78(6): 717-731.

28 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 (2005)*

16. Murray C.J.L. and Frenk J. (2000a) **A WHO Framework for Health System Performance Assessment**. GPE Discussion Paper Series: No. 6, Geneva, WHO.
17. Murray C.J.L. and Frenk J. (2001) World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy. **The Lancet** 357(26): 1698-1700.
18. Murray C.J.L., Kawabata K., Valentine N. (2001) People's Experience Versus People's Expectations. **Health Affairs** 20(3): 21-24.
19. Navarro V. (2000) Assessment of The World Health Report 2000. **The Lancet** 356 (4): 1598-1601.
20. Nord E. (2002) Measures of Goal Attainment and Performance in The World Health Report 2000: A Brief, Critical Consumer Guide. **Health Policy** 59:183-191.
21. PAHO (Pan American Health Organization) (2001) **Work Group of The Region of Americas on Health Systems Performance Assessment**. Report of The Meeting Held in Ottawa, Canada, 4-6 September.
22. Pransky G., Benjamin K., Dembe A. E. (2001) Performance and Quality Measurement in Occupational Health Services: Current Status and Agenda for Further Research. **American Journal of Industrial Medicine** 40:295-306.
23. Silva A. (2000) **A Framework for Measuring Responsiveness**. GPE Discussion Paper Series: No. 32, Geneva, WHO.
24. Silva A. and Valentine N. (2000) **Measuring Responsiveness: Results of A Key Informants Survey in 35 Countries**. GPE Discussion Paper Series: No. 21, Geneva, WHO.
25. Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., Evans D. B. (2000) **Measuring Overall Health Systems Performance for 191 Countries**. GPE Discussion Paper Series: No. 30, Geneva, WHO.
26. Ugá A. D., Almeida C. M., Szwarcwald C. L., Travassos C., Viacava F., Costa N. R., Buss P. M., Porto S. (2001) Considerations on Metodology Used in the WHO 2000 Report, **Cad. Saude Publica**, Rio de Janerio 17(3): 705-712.
27. Uğurluoğlu Ö. (2003) **Ankara Metropolitan Alanda Görev Yapan Yataklı Tedavi Kurumları Yöneticilerinin Türk Sağlık Sisteminin Yeterliliğine İlişkin Görüşleri: DSÖ 2000 Dünya Sağlık Raporu Işığında Bir Değerlendirme**.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

28. Valentine N. B., Silva A., Murray C.J.L. (2000) **Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results**. GPE Discussion Paper Series: No. 22, Geneva, WHO.
29. WHO (2000) **World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance**. Geneva, Switzerland.
30. WHO (2000a) **A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms Used in The World Health Report 2000**. Geneva.
31. WHO (2001) **European Regional Consultation on Health System Performance Assessment**. Geneva.