

“Hastalık endüstrisi”nden sağlık endüstrisine geçiş mümkün mü?*

Hüseyin Çelik



1965 yılında Afyon’da doğdu. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü’nden mezun oldu (1987). 8., 9., 10. ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğü’nde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satın Alma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Soysal Güvenlik Reform Projesi’nde danışmanlık görevini yürüttü. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yapan Çelik, halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Sağlık sektöründe rol alan tüm taraflar, koruyucu sağlığı ve sağlıklı yaşamı kutsadıktan sonra, tam da bunun tersine hastalık endüstrisinin gelişimi ve kazanımlarını artırmak için her türlü çabayı büyük bir gayret içinde göstermeye devam etmektedirler. Eğitim kurumlarımız da aynı şekilde bireyin hastalanmasını önlemeye yönelik kutsayıcı bilgilendirmelerden sonra, hastalık endüstrisinin yeni gönüllülerini yetiştirmek için rekabetçi bir yaklaşım ile öğrencilerini mezun etme çabası içine girmektedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçerken, bireyin/ailenin sağlığından sorumlu, adeta bireyi/aileyi hekime bu amaçla zimmetleyen bir yaklaşım ile ve büyük hayallerle kurulan yapı, hastalık endüstrisinin bir parçası haline hızla gelerek, büyük ölçüde amacından uzaklaşmış durumdadır. Gelinen noktada koruyucu sağlık hizmeti organizasyonları ile tedavi edici sağlık hizmeti organizasyonlarının çıkar çatışması yaklaşımı ile birbirinden ayrıksı ve basamaklandırma yaklaşımı ile toplum sağlığını etkin bir şekilde koruyamadığımız, Türkiye örneğinde de ortaya çıkmış durumdadır. Genel Sağlık Sigortası sisteminde de ödeyici kurum ile hizmet sunan kurum ara-

sındaki çıkar çatışmasına dayalı kurulan sistem; Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversitelerinin global bütçe ile SGK denetimi dışına çıkarılması, SGK’ya verilen bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri misyonunun yerine getirememesi, aile hekimliği uygulamasının pilot uygulama sonrası SB tarafından yürütülmeye devam edilmesi gibi nedenlerle uygulama imkânı bulamamıştır. Bu yöntemlerde ısrar ederek sonuç alınabileceği konusunda kendi adıma umutsuz olduğumu ifade etmek durumundayım. Gelinen noktada yeni bir bakış açısı ile sağlık sistemini ele almak ve hızla artan yaşlanma eğilimi, kronik hastalıklar ve diğer nedenlerle yüksek harcama artışlarına karşı kalıcı ve hayatın/endüstrinin dinamiklerine uygun bir yapı kurma zorunluluğu içinde olduğumuzu değerlendiriyorum.

Bu aşamada somut önerim ise Health Maintenance Organization (HMO) modelinde olduğu üzere, tedavi edici organizasyonlara bireyin/ailenin sağlığını koruma görevini de vermeyi tartışmaya açmak gerektiği görüşündeyim. Bu sayede sağlık kurumları, hastalanan bireylerin tedavilerini etkin bir şekilde duraksamadan yapmaya devam ederken, aynı zamanda sağlıklı kalmalarına yönelik uygulamalar ile de sorumlu olacaklardır.

Bugüne kadar bu yaklaşımlar farklı ortamlarda tartışılmasına ve genel olarak kabul görmesine rağmen uygulamaya geçememesindeki temel etmen, talep azalışı nedeniyle tedavi edici kurumların gelir azalması endişesi olmuştur. Bunu önlemek adına, koruyucu hekimlik ve sağlıklı yaşam uygulamaları ile elde edilen kazanımların tedavi edici hekimlik ücretlerine artış olarak yansıtılması ile telafi edilebileceği görüşündeyim. Bunu sağlamaya yönelik yasal garantiler sistemin hayata geçmesinde kilit unsur olarak görünmektedir.

Bu amaçla, toplam kamu bütçesinin yönetimi açısından, genel bütçeden ve özel bütçeden Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversite Hastanelerine tedavi amacıyla aktarılan kaynakların tek bütçede toplanması önem arz etmektedir. Keza özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri açısından da yapılan geri ödeme tutarlarında da en az toplam kamu maliyetleri kadar gerekli artışların yapılması gerektiği açıktır. Bu bağlamda ilaç, tıbbi cihaz, görüntüleme, laboratuvar, optik gibi sektörlerle yürütülen fiyatlandırma politikalarının da sağlanan tasarruftan payını alacakları bir yapı da kurulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile Devlet Üniversite Hastanelerinin ortak işlet-



me ağı içerisinde yer alması ile ülke genelinde HMO'nun hayata geçirilmesi mümkün olacaktır. Bu yapıya Aile Hekimliği uygulamasının da entegre edilmesi ile sistemin hastalıktan kazanmayı önceleyen yapı yanında, aynı zamanda sağlıktan kazanan bir yapıyı da eş zamanlı entegre etme imkânı doğacaktır.

Artık 1990'lı yılların akli ve birikimi ile 2000'li yıllarda hayata geçirdiğimiz sağlık reformlarının, bırakın gelecek ihtiyaçlarımızı karşılamayı, bugüne dahi cevap vermeyen mevcut sistemin temel paradimaları da tartışılarak yeniden re-forma tabi tutulması kaçınılmaz gözükmektedir. Aksi taktirde her geçen gün gelecek nesillere çok daha fazla hastalık yükü ve çok daha yüksek maliyetler miras bırakmanın sorumluluğu altında kalacağız.

Daha sağlıklı bir topluma ulaşmak için hastalıkların sağaltılmasında, tanı ve tedavide rol alan kurumların desteklenmesi yetmeyecektir. Reformun bir diğer önemli boyutu, sağlıklı yaşamdan ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kazanan ve gelişen bir endüstriye olan ihtiyacımızdır. Sağlıklı yaşam endüstrisi diyebileceğimiz bu alan gelişmez ve toplumun bu alanda davranış değişikliğine yönelik gerekli faaliyetler

yürütülmez ise tedavi edici hekimlikten anlamlı ve kalıcı bir iyileşme beklemek mümkün olmayacaktır.

Kuşkusuz bu re-formu sadece GSS uygulaması ile kısıtlamak mümkün ve doğru değildir. GSS yanında diğer kamu geri ödeme mekanizması olan TBMM, Yüksek Yargı ve Yüksek Askeri Erkan için de aynı model gündeme gelmelidir. Keza SGK yerine geçen Banka Sandıkları da bu kapsamda ele alınması gerektiği gibi, inovatif yaklaşımlar ile özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarında da aynı yaklaşımın hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Sağlık reformlarının başarısında en kritik konunun sistemin vatandaş yararına tasarlandıktan sonra, reformdan etkilenen tarafların çıkarlarını da gözeterek dengeleyici politikaların devreye alınması gerekliliğidir. Aksi taktirde mevcut sistemin kazananları, yeni önerilere karşı çıkmaksızın ama re-formu da imkânsız kılacak her türlü argüman ile süreci akamete uğratmakta her zaman başarılı olmaktadır.

Son Söz

Ülkemizin deprem türü felaketler ile yıllara sâri toplumsal ve örgütsel ihmallerinin bedelini on binlerce insanımızın

ve mali kaynaklarımızın kaybı ile ödediğimiz gibi, sağlık reformlarında ihmallerin bedelini de kronik hastalıklar ve yüksek maliyetler ile ödemek arasında bir seçim yapmak zorundayız. Amacımız daha da geç olmadan yeni sağlık reformları için bir kıvılcım olma ümidinden ibarettir.

*Endüstriden kastımız; hizmet sunan kurumlar, sağlık profesyonelleri, ilaç, tıbbi cihaz, görüntüleme, laboratuvar ve optik sektörleri ve keza hastalığa bağlı gelir oluşturan bu sektörlerle ilgili tüm sektörlerdir.