

# Sağlıkta vizyon: Sağlık harcamalarında sürdürülebilirlik

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimi Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık, toplum refahının hem gerekli şartı hem de sonucudur. Toplum sağlıklı olursa refah düzeyini yakalama fırsatı elde eder; refah düzeyi yükseldikçe sağlık düzeyini de yükseltecek önlemler alınır. Burada hemen koruyucu hekimliğin ucuzluğu, sağlık politikalarının yanlışlığı, kontrolsüzlük, israf vs. gibi birçok konu ileri sürülerek itiraz noktası aranabilir. Ancak önemli olan şey, ortalama rakamları gösteren istatistik sonuçları değil, toplum bireylerinin bütünüyle sağlıklı ve refah içinde olmasıdır. Sonuçta sözü edilen hususlar dikkate alınmalı ve sağlık harcamalarının kontrol mekanizmasında kullanılmalıdır. Ancak bunlar sağlık harcamalarını sürekli azaltmaya yetmeyecektir. Sağlıkta başarı; yeni bir yükün, yeni bir sorumluluğun başlangıcını oluşturur. Bebek ölümlerini azaltmayı başardıkça daha fazla yoğun bakım ortamı, daha fazla sorunlu bebeğin bakımı ile karşılaşsınız. Sağlık hizmetlerinizi güçlendirip riskli bireyleri tedavi ve rehabilitasyonla ayakta tutmayı başardıkça daha fazla hizmet yükü ve daha fazla sürekli bakım ve tedavi ihtiyacı duyan nüfusa sahip olursunuz. İnsanların erken ölümlerini önlemeyi başardıkça ortalama yaşam düzeyini yükseltir; daha fazla kronik hastalığı olan, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren bir yaşlı nüfusa sahip olursunuz.

Bütün bunları yaparken yeni teknolojik gelişmeler, yeni tanı araçları, yeni tedavi yöntemleri, yeni ilaçlar hep sisteme ilave yükler haline gelirler. Piyasa dinamikleri sağlıkta tüketimi artırıcı bütün araçlarını kullanmaktadır. Kısacası sağlık harcamaları, harcadıkça artmaya devam eder. Toplumun risklerden korunması, sağlıklı hayat biçiminin teşviki, hastalanmadan önlemeye yönelik tedbirler, kaçınılmaz

hastalıkların komplikasyonlarının önlenmesi, hastalık yönetimi, akılcı ilaç kullanımı gibi çalışmalar eğer hakkıyla başarılı bir şekilde yapılabilirse, sağlık harcamalarının kontrolsüz artışını önlemeye yarayacaktır. Yoksa sağlık harcamaları azalmayacaktır. Toplum, refah düzeyi ile paralel olarak sağlık hizmetlerine kaynak ayırmak ve bunun karşılığını almak zorundadır. Sağlık sistemini yönlendirenler, bu kaynağın refah düzeyi ile paralel olarak ayrılmasını temin etme ve ayrılan kaynaktan en iyi sonucu elde etme sorumluluğunu taşımalıdır. Ne bu kaynağın azaltılması ne de ayrılan kaynağın değeri altında hizmet üretilmesi hedef olamaz, olmamalıdır. Her ikisi de sağlık düzeyi ile refah arasındaki ilişkiyi bozacak girişimlerdir. Zaten sağlık harcamaları ile elde edilen sağlık çıktılarının her zaman paralel olmadığı gerçeği, bu durumu yansıtmaktadır. Politika yapıcılarının en dikkatli davranmaları gereken nokta burasıdır. Yoksa Amerika gibi refah düzeyi çok yüksek olan bir ülkede, refah düzeyi ile oranlı olamayacak kadar sağlık harcaması yapılırken 50 milyon üzerinde insanın sağlık hizmeti alamadığı bir tablo karşımıza çıkabilir. Bu yüzden bütün politika geliştirme çabaları ve tedbirlere rağmen, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artışını yavaşlatmak zordur. Dünya Sağlık Örgütü liderliğinde yapılan bir projeksiyon çalışmasına göre, 2020'de Avrupa ülkelerinde sağlık harcamasının GSMH'nin % 12'sini bulması beklenmektedir. Çalışma, bu artışın nedenlerine dikkat çekmektedir. Buna göre

Ülkelerin gelişmişliği, gelişmişliğe endeksli çeşitli faktörlerle sağlık harcamalarını artırıcı rol oynamaktadır. Bu yüzden bütün politika geliştirme çabaları ve tedbirlere rağmen, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artışını yavaşlatmak zordur. Dünya Sağlık Örgütü liderliğinde yapılan bir projeksiyon çalışmasına göre, 2020'de Avrupa ülkelerinde sağlık harcamasının GSMH'nin % 12'sini bulması beklenmektedir. Çalışma, bu artışın nedenlerine dikkat çekmektedir. Buna göre

nüfusun yaşlanması yılda % 0,5 artışa yol açmaktadır. Morbidite değişiklikleri ve gittikçe artan oranda ağır hastalıkların tedavi edilebilir olması % 0,5 ilave yük getirmektedir. Tüketici beklentilerinin değişmesi ve daha kaliteli hizmet talebinin yıllık getirdiği yük, % 0,75 civarındadır. Gelişen tıbbi teknoloji ve yeni ilaçların kullanıma girmesinin ek yükü yılda % 1,25'i bulmaktadır. (Bu da sektörün yılda % 5-7 büyümesine eş değer bir artışı ifade etmektedir.) Personel giderlerinde de yılda % 0,5'lik bir artış öngörülmektedir. Neticede bu durumun sürdürülmesinin zorluğu aşıkardır. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini riske eden önemli hususun, sosyal refah üzerine önemli bir baskı yapmakta olan emeklilik ve kronik bakım harcamaları olduğu bilinmektedir. Bu harcamalar bazı Avrupa ülkelerinde hızla artmaktadır. Bağımlılık oranları (15 yaş altı ve 65 yaş üstü insanların toplam nüfusa oranı) % 40'lardan % 55'lere doğru çıkmaktadır.

Kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüksek olan Türkiye ile Avrupa'nın diğer ülkelerinde, bugün başarı olarak görülen bu oranı ters çevirecek bir trende yönelmesi şaşırtıcı olmayacaktır. Sosyal güvenlik sistemlerinin harcamaları kısmak adına bazı görevlerini ihmal etmesine de hazır olmamız gerekir. Hastaların hizmete maddi katılımı yani katkı paylarını artıracak tedbirler, diş ve göz hastalıklarının bir kısmı gibi bazı hastalıkların sadece alım gücü düşük olanlara verilir hale gelmesi, organ nakli, yüksek maliyetli işlemler ve ilaçlara kısıtlama getirilmesi gibi birçok husus, sosyal güvenlik sisteminin ajandasını meşgul edecektir. Yukarıda sözünü ettiğim çalışma sonunda bazı ülkelerin bazı sağlık hizmetleri için yaş sınırlamaları getirebileceği, bazılarının sigara içenler

gibi önlenebilir riskli gruplara verilen sağlık hizmetlerinde kısıtlamalara gidebileceği ileri sürülmektedir. Ancak bu gidişatin sağlık harcamalarını azaltmadaki etkisi sınırlı kalacaktır. Sağlık sektörü maliyeti düşürücü teknolojiler geliştirme yönünde gelişme kaydetmek zorundadır. Katkı payları, kozmetik tedaviler, kaplıca, iyileştirme (life stile) ilaçları ve alternatif tedavilerin yanında devlet güvencesinin veya sosyal sağlık sigortasının dışına çıkarılmak zorunda kalınan hizmetler, özel sağlık sigortaları için yeni bir faaliyet alanı doğuracaktır. DSÖ'ye göre bu durum Avrupa ülkelerinde özel sigortaların bugün % 7 olan sağlık harcamalarındaki payını 2020'lerde % 15'lere çıkaracaktır.

Artan vatandaş talebi, yaşlanan nüfus ve gelişen teknolojinin birbirlerini teşvik ederek oluşturduğu yumak sağlık harcamalarının kısır döngüsüdür. Böyle bir ortamda hızla artan iş yükü ve maliyet yanında sınırlı fiyat baskısı altındaki hastanelerin gelirleri izafi olarak gittikçe daha ölçülü olacak ve gelir gider dengesinin kurulması zorlaşacaktır. Sorununu yeterli gelir elde edememe üzerine bina eden hastaneler, mecburi olarak bakış açısını değiştirecek ve gelirlerinin çok fazla değişime uğramadığını, uğrayamayacağını göreceklerdir. Bu dengeyi sağlamanın bir yolunun da giderleri azaltmaktan geçtiğini fark edeceklerdir. Bu yüzden önümüzdeki süreçte kamu ve özel hastanelerinin maliyet analizlerine yöneldikleri, maliyetlerini düşürücü tedbirler geliştirmeye çalıştıkları bir dönem yaşanacaktır. Sonuçta refah elde ettikçe sağlığa ayrılan kaynak artacaktır, artmalıdır. Harcanan kaynağın karşılığı olan sağlık hizmeti üretilmeli, kaynağın değeri olan çıktıları elde edilmelidir. Geleceğin sağlık yöneticilerinin olaya bu açıdan bakacaklarını umuyorum. Harcanan kaynağa paralel hizmet üretmek ve çıktı elde etmek söz konusu olunca kaynağın paylaşımında devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel sektör gibi ayrımlar anlamını yitirecektir. Bu dengeyi yakalayabilenler doğal olarak daha fazla kaynak kullanma hakkı elde edebilecekler, diğer bir deyişle hizmetlerini ve varlıklarını sürdürebileceklerdir.

### Kronik hastalıklar ve yaşlanma

Zaten yaşlı nüfusu barındıran Avrupa ülkelerinde yaşayanların 2020'lere vardığımızda hemen hemen beşte birinin 65 yaşın üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Bu yaşlı kesimin sağlık hizmetine duyduğu ihtiyaç, ortalamasının 4-5 katıdır. Sadece yaşlanma değil, daha iyi tedavi metotlarının gelişmesi ve toplumda daha fazla kişinin kronik hastalığının kontrol altına alınmış olması, bu talebi hızla artıracaktır. Astım, Alzheimer, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon, diyabet, romatizmal eklem hastalıkları, migren, multipl skleroz, Parkinson ve prostat hastalıkları gibi kronik hastalıklar yüzünden hastalara yazılan reçetelerin % 70'inin tekrar tekrar yazılacağı

(repete), yani ömür boyu ilaç kullanım oranının çok artacağı öngörülmektedir. On yıl sonra Avrupa'da toplam sağlık harcamalarının % 40'ının bu tür kronik hastalıklar yüzünden olacağı tahmin ediliyor. Bu durumda hizmet alanlarının planlanması ve uygun ortamların oluşturulması açısından sağlık yatırımcılarının, hastalık yönetimi açısından klinisyenlerin ve sağlık harcamaları açısından politika yapımcıların ve ekonomistlerin yeni dünyaya kendilerini hazırlaması gerekiyor. Her ne kadar genç nüfusa sahip olmakla övünsek de, Türkiye'nin nüfusu da hızla yaşlanmaktadır. Yukarıda sözünü ettiğim Avrupa'yı tehdit eden durum bir yana, bir yandan çalışan nüfusun oransal olarak daha az olması, diğer yandan daha fazla sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyan kronik hastalıklı yaşlı nüfusun artması, ekonomik olarak ciddi problem yaratacaktır. Geleceğin sağlık harcamalarını ve sağlık politikalarını yönlendirenler, artık yaşlanmayı ve birlikte gelen kronik hastalık yükünü dikkate almak zorundadır.

### Doktor maaşları

Ülkemizde pratisyen hekimler başta olmak üzere doktorların büyük çoğunluğu üzere çalışmaktadır. Maaşlı sabit işinin yanında serbest meslek icara edebilenlerin ek gelirleri genel maaşlı kitle ile bir hayli farklı olmaktadır. Doktorların, özellikle toplum önünde daha fazla görünen bu bir kısmının bu yolla tatminkâr bir gelire ulaşması, bunun genel toplum kabulüne etkili olması, doktorların maaşlarının artırılması yönündeki baskı oluşturacak gücü engellemiştir. Bu yüzden kendilerinden beklenen hayat standardını sürdürebilecek geliri olmayan on binlerce doktor oluşmuştur. Sağlık Bakanlığı, bu açmazı, döner sermaye gelirlerini personele yansıtarak çözmeye çalışmıştır. Son çıkan tam gün düzenlemelerinde döner sermaye gelirinin bir kısmının maaş gibi sabit hale getirilmesi ikinci bir adım oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gittikçe daha fazla entegre yapılara ve çeşitli mesleklerle birlikte yürütülen güçlü takım dayanışmasına ihtiyaç duyar hale gelmesi, doktorların sistem tarafından doğrudan muhatap alınmasını engellemektedir. Gerek son yıllarda devreye giren sosyal güvenlik reformu, gerek Sağlık Bakanlığı'nın devreye koyduğu ödeme mekanizmaları, sabit maaşlı doktor kitlesini önemli oranda artırmıştır. Hukuki gelgitlerle arapsaçına dönen tam gün çalışmayla ilgili mevzuat düzenlemeleri (ya da düzenlememeleri) bunu daha da artıracaktır. Böylece istisna teşkil eden küçük bir grup dışında kamu ve özel sektörde doktorlarımız, ilave teşvik primli veya primsiz belirli marjlar içinde maaşlı çalışmak zorunda kalacaklardır. Bu durum, bir yandan doktorların hayat standartlarındaki uçurumları azaltacak, diğer yandan maaşların makul düzeylere çekilmesi yönünde baskı doğurmaya başlayacaktır. Bu sürecin iyi yönetilebilmesi için yönetimi yönlendirme potansiyeli olan, diyalog içinde ve taleplerinin arkasında

durun tutarlı bir meslek örgütü yapısına ihtiyaç duyulacaktır. Aksi takdirde avantaj kullanılmayıp geçmiş dönemin olumsuz mirasının üzerine yeni dönemin olumsuzluklarının eklenme riski vardır.

Performansa göre ödeme modeli üzerinde de biraz durmak isterim. Bu model; hastane önlerindeki kuyrukları, uzun zaman sonralara verilen randevuları, koridorlardaki izdihamları, kavgaları büyük oranda yok etmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devrindeki başarıda kilit rolü oynamıştır. Sağlık kurumlarında hesap verilebilirliği gündeme getirmiş; gelir ve gider takibini, ihalelerin titiz yapılmasını sağlamıştır. Kurumsal kalite kriterlerinin sisteme eklenmesi ile hastanelerimizde yenileşme, süreç iyileştirmeleri, hasta memnuniyetine ilişkin tedbirler geliştirilmiş ve nerdeyse çehreleri değişmiştir. Bu model, önündeki öncelikli problemleri aşmada çok önemli ve başarılı bir görev ifa etmiştir. Ancak her yeni model, uygulayıcıları tarafından rutinleştirilince bazı mahzurlar ortaya çıkabilmektedir. Bu, başarılı bir yöneticinin birkaç yıl sonra işletme körlüğü edinmesi gibi bir şeydir. Bunun yanında sağlık sistemimizin öncelikleri ve önünde çözüm bekleyen problemleri büyük değişikliğe uğramıştır. Eski birçok problemden uzaklaşmış, doğal olarak yeni duruma uygun yeni problemler edinilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hacim problemi büyük oranda aşılmış görünmektedir. Bundan sonra hacmi sorun haline getirmeksizin diğer sorunların üstesinden gelecek model değişikliklerine ihtiyaç var.

Performansa göre ödeme sisteminin de değişen şartlara uygun olarak değiştirilmesi gerektiğine inanıyorum. Öncelikle karmaşık yapıdan kurtarılıp sade hale getirilmelidir. Her hekime bir doktor ofisi gibi hedefler, bugün için rutin içine girmiştir ve hedef olmaktan çıkmıştır. Sisteme etkisi az olan ya da başka araçlarla teşvik edilebilecek olan birçok parametre elenerek sistem basitleştirilmelidir. Hatta kurum kültürünü pekiştirici, iş güvencesini başarıyla ilişkilendiren istihdam modelleri geliştirilirse birçok performans ölçütü ödeme modelinden çıkarılabilir. Sağlık personelinin bugün bu yolla elde ettiği kazanımları daha güvenle alabilecekleri bir özlük hakkına dönüştürülebilir.

### Kaynaklar

5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N and the International Healthcare Comparison Network: Capacity

Keith Barnard (editor): The Future of Health—Health of The Future, Fourth European Consultation on Future Trends, Nuffield Trust and World Health Organization, London 1999

Yardım N, Molahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N (editörler): 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek Hızlısıka Mektebi, Sağlık Bakanlığı Ankara 2007