

Sağlık hizmetlerinde yönetimli rekabet

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Yönetimli rekabet ya da yönetilen rekabet kavramı ilk kez 1970'li yıllarda ABD'de kullanılmaya başlanmıştır. Önceleri "yapılandırılmış rekabet", "düzenlenmiş rekabet" gibi kavramlar çerçevesinde tartışılan bu yaklaşımın nihayet "yönetimli rekabet" kavramı ile yerine oturduğu ve 90'lı yıllarda ABD'de sağlık reformu çalışmalarının temelini oluşturduğu, aynı dönemde sosyal sigortacılık geleneği olan Hollanda gibi ülkelerde de önem kazandığı görülmektedir (1). Yönetimli rekabetin ana fikri, hizmet sunucuları ile sigortacıların, devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir. Bunu başarmak için hizmet sunumunun ve ödeme yöntemlerinin, daha maliyet-bilinçli ve daha kalite-bilinçli olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (2).

Yönetimli rekabeti en iyi anlatan terimlerden birisi "yarı-pazar" (quasi-market) ifadesidir (3). Başlangıçta sosyal politikaların önem taşıdığı alanlar, özellikle de eğitim için kullanılan bu terim bir süre sonra sağlık sektörü için de kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim ile kastedilen, sosyal sigorta sistemlerinin kazandırdığı hakkaniyet ilkelerine uygun faydaları kaybetmeden serbest pazarın verimlilik kazanımlarına kavuşmaktır. Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanırken diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunuyor olmasıdır. Yönetimli rekabet aslında yönetimli sağlık ile iç içedir ve aynı dönemde kullanılmaya başlamıştır. Sağlık hizmeti sunucuları ile sigortacılar arasındaki rekabeti yönetmenin amacı hastaya en kaliteli hizmeti en ucuz al-

mak; sağlığı yönetmenin amacı ise çeşitli teknikler ile (hekim ve kurum teşvikleri, seçici sözleşme gibi) gereksiz işlemleri ve maliyetleri en aza indirmektir.

Yönetimli rekabetin ortaya çıkış nedenleri arasında, sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasının yanı sıra sunucular arasında gözlenen anormal farklılıklar da yer almaktadır. Farklılıkların kaynağı incelendiğinde bunların genellikle hiçbir kanıta dayanmadığı, tamamen sunucunun anlayışı ile ilgili olduğu görülmektedir. Yönetimli rekabet fikrinin sosyal sigortacılığın yaygın olduğu ülkeler ile özel sigortacılığın yaygın olduğu ülkelerde aynı dönemde ortaya çıkmış olması ve benimsenmesinin temelinde de aslında bu nedenler bulunmaktadır. Sosyal sigortacılığın yaygın olduğu ve hizmet sunumunun devlet kuralları ile kontrol altında tutulduğu ülkelerde bir süre sonra aşırı bürokrasi, karmaşık işlemler ve uzun bekleme sıraları gibi verimsizlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Pazar koşullarının hüküm sürdüğü ülkelerde ise gerek hizmeti alanların maliyet-bilincinden uzak hizmet kullanımları, gerekse hizmet sunucularının alacağı parayı arttırma amaçlı abartılı hizmet sunumları sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Verimlilik ve maliyet kontrolünü bırakmaksızın kaliteli sağlık hizmetine ulaşmak için şimdiki dek bulunan en önemli formül, yönetimli rekabettir.

Sağlık hizmetlerinin, "sunucu tarafından oluşturulan talep", "asimetrik bilgilendirme" ve "ahlaki tehlike" gibi nedenlerle klasik pazar dinamiklerine bırakılmasının mümkün olmadığı bilinmektedir. Sağlık sigorta sistemindeki tüketiciler genellikle hem ihtiyaçları olan hizmetler konusunda yeterli bilgileri olmayan, hem de maliyet-bilincinden yoksun olarak talepte bulunan

tüketicilerdir. Bu özellik, "hekim seçme özgürlüğü"nü de olduğu bir ortamda sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Öte yandan, özellikle hizmet başına ödemeye dayanan sigorta sistemleri ile performans dayalı ödeme esaslı sunum sistemlerindeki hizmet sunucularının, alınacak ücreti arttırmak için olabildiğince çok hizmeti sunma eğiliminde olmaları, hatta buna bir de malpraktisten korunma amaçlı defansif tıp uygulamalarının eklenmesi, hizmet maliyetlerinde aşırı şişmelere neden olmaktadır. Bu durum, sağlık sigortacılığının ağırlıklı olarak özel sektöre bırakıldığı ve pazar koşullarının geçerli olduğu ABD gibi ülkelerde de, sağlık sigortacılığı konusunda kamu kesiminin başrolde, hatta tekel konumunda olduğu ülkelerde de ortak bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yönetimli rekabetin amacı bu sorunun önüne geçmek, ancak bunu yaparken de hizmet kalitesinin en üst düzeyde olmasını sağlayıcı formüller bulmaktır.

Bazı yazarlara göre küreselleşme ile birlikte daha önce yaygın olan "sosyal devlet" anlayışı, "fırsat veren devlet" anlayışına dönüşmekte, kamu sorumlulukları bu doğrultuda değişime uğramaktadır. Ortaya çıkan değişimin başlıca dört bileşeni bulunmaktadır: Özelleştirme, yeniden metalaştırma, seçici hedefleme ve koşullu dayanışma (4). "Özelleştirme" ile kamu hizmetlerinde ücrete dayalı rekabet anlayışı oluşmakta, pazar dinamikleri önem kazanmaktadır. "Yeniden metalaştırma" ile daha önce meta olmaktan çıkarılmış ve güvence altına alınmış olan "emek" kavramı, yerini "çalışmanın teşviki" kavramına bırakarak yeniden metalaştırılmaktadır. "Seçici hedefleme" yoluyla "Evrinsel

eşitlik” kavramı yerine “hakkaniyet” önem kazanmaktadır. “Koşullu dayanışma” ise, yeni düzende “koşulsuz haklar” yerine kullanılması uygun bulunan terimdir. Hiç bir koşula dayanmayan, sade vatandaş olmaktan kaynaklanan sosyal haklar, yerini bireysel katılımçılık temelinde gelişen koşullu dayanışma anlayışına bırakmaya başlamıştır.

Bu değişimin doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetleri de kontrollü bir şekilde pazara bırakılmaya çalışılmaktadır. Bunun için bulunan formülün adı yönetimli rekabettir. Sosyal devlet anlayışını savunan görüşlere göre ise bu değişim kapitalizmin kar hirsının sağlık alanındaki masum görüntüsüdür. Hakkaniyet, rekabet, verimlilik gibi kavramlarla aslında sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, emeğin sömürülmesi sağlanacaktır. Ne var ki sağlık hizmetlerinde verimsizlik ve maliyet artışları tüm toplumların sorunu olup, bu sorunun çözümü için ortaya atılan en iyi formülün de, en azından şimdilik, yönetimli rekabet olduğu görünen bir gerçektir.

Ülkemizin de içinde yer aldığı OECD ülkelerindeki sağlık reformlarının birbirini izleyen üç dalga şeklinde gerçekleştiği görülmektedir (5):

İlk dalga: Evrensel kapsayıcılık ve erişim eşitliği.

İkinci dalga: Sunucuların regülasyonu yoluyla maliyet kontrolü.

Üçüncü dalga: Teşvikler ve rekabet yoluyla verimlilik artışı.

Üçüncü dalga için, yani rekabetin olması için bir yandan verimlilik teşvik edilirken bir yandan da kaliteli sağlık hizmetinin evrensel kapsayıcılığının dikkate alınması gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmenin yolu ise, ya belirli bir kalitenin altına inmeden maliyetleri düşürmek, ya da belirlenmiş bir fiyat düzeyinde kaliteyi arttırmak için rekabet edilmesinden geçmektedir. İşte yönetimli rekabet bu noktada önem kazanmaktadır. Sosyal sigortacılık geleneğinin olduğu Hollanda’da yönetimli rekabet 90’lı yıllarda başlamış ve halen devam etmektedir. Yani bu konudaki değişim uzun süren bir süreç gerektirmekte, üstelik bu sürecin başlatılması için bile bazı önkoşullar gerekmektedir (6, 7). Hollanda deneyiminde evrensel kapsayıcılık şu şekilde gerçekleştirilmiştir:

- 1- Herkesin özel sigorta yaptırmasının sağlanması,
- 2- Kapsamın geniş olması,
- 3- Açık kayıt ve herkes için aynı sağlık paketinin sunulması,
- 4- Yoksul ve dar gelirli için sübvansiyon sağlanması,
- 5- Risk eşitlemesi.

Risk eşitlemesinin anlamı, sigortacıların

öngörülebilir karlar (genç ve sağlıklı kişiler) ve öngörülebilir zararlar (yaşlı ve kronik hastalığı olanlar) açısından dengelenmesi, kompanse edilmesidir.

Verimliliğin teşviki ise şu şekilde olmuştur:

1- Sağlık hizmetinin işlevselliği açısından standart paket (paketin içeriği hükümet tarafından belirlenmekle birlikte, hizmetin kim tarafından ve nerede sunulacağına sigorta eden tarafından belirlenmesi-seçici sözleşme),

2- Sağlık planı tercihi konusunda tüketici özgürlüğü. Seçici sözleşme sayesinde hizmet sunucuların; tüketicinin özgür tercihi sayesinde de sigortacıların rekabeti hedeflenmiştir.

Hollanda’da Temel Sağlık Sigortası olarak anılan bu sistem başlıca üç kaynaktan finanse edilmiştir:

1- 18 yaş üzerindeki için toplum temelinde genel bir prim uygulaması,

2- Sisteme giren her kişiden geliri ile orantılı olarak risk eşitleme fonuna katkı,

3- 18 yaşın altındakiler için hükümet tarafından risk eşitleme fonuna devlet katkısı. Risk eşitleme fonu adından da anlaşılabilir gibi sigortacılar için risk desteği görevi görmektedir. Riski yüksek olan yaşlı ve kronik hastalıklı bireyler için fondan sigortacıya, riski düşük olan bireyler için ise sigortacıdan fona kaynak aktararak, sigortacıların özellikle riski düşük kişileri seçmesinin engellenmesi, kapsayıcılığın geniş tutulması amaçlanmaktadır.

Hollanda deneyiminden ortaya çıkan önkoşullar şu şekilde sıralanmaktadır (6):

1- Pazar regülasyonu: İyi bir rekabet ortamı, kaliteli hizmet sunumu, yetkin sigortacılar ve tüketicinin korunmasını gözeten bir pazar oluşmuş olmalıdır.

2- Şeffaflık: Sigorta ürünleri ve tıbbi ürünlerin niteliği ve fiyatı konusunda herkesin anlayabileceği türde tanımlamalar bulunmalıdır. Örneğin, tıbbi ürün tanımlaması için gerekli olan TİG’lerin ülkemizdeki uygulaması yaygınlaşmış ve oturmuş olmalıdır.

3- Tüketicinin bilgilendirilmesi: Sigortalının hangi koşullarda sisteme girip çıkabileceği, sigorta ürünlerinin ve tıbbi ürünlerin neler olduğu, fiyatları gibi konularda tüketici yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır.

4- Sözleşme yapma özgürlüğü: Sigortacıların, kamu yararı için devletçe konulmuş kurallara ve paket kapsamına uymak kaydıyla, istediği sunucu ile sözleşme yapma özgürlüğü olmalıdır. (Selective contracting)

5- Sigortacı seçme özgürlüğü: Sağlık hizmeti tüketicileri için farklı kapsam ve fiyat sunan sigorta seçenekleri bulunmalı, tüketici bir ya da birkaç güvence sistemine mahkûm olmamalıdır. Bu koşul, yönetimli rekabetin itici gücünü oluşturmaktadır.

6- Finansal teşvikler: Sigortacıların, hizmet sunucuların ve alıcıların verimlilik konusunda hassas davranmalarını sağlayan bir teşvik sistemi bulunmalıdır.

7- Yeterli sayıda sigortacı ve sunucu: Etkili bir rekabetin oluşmasına imkân sağlayacak sayıda sigortacı, sunucu seçeneğinin pazarda bulunması.

8- Risk eşitlemesi: En önemli koşul budur.

Hollanda’daki yönetimli rekabet uygulaması eksikliklerine rağmen başarılı bulunmakta, ancak başka bazı uygulamaların beklenen başarıyı sağlayamadığı dikkati çekmektedir. Örneğin, Kolombiya’daki deneyimlerden, gelişmekte olan ülkelerde bu modelin sağlık hizmetlerine ulaşımı daha da zorlaştırabileceği ve eşitsizlikleri arttırabileceği anlaşılmaktadır (8).

Öte yandan, İrlanda’da halen kamu tekelinin söz konusu olduğu mevcut sistem, rekabete açılmak amacıyla Hollanda deneyimi doğrultusunda dönüştürülmeye çalışılmakta ve bunun 2016-2019 yılları arasında gerçekleşmesi planlanmaktadır (9). Tüm dünyada yürüyen tartışmalara paralel olarak ülkemizde de bu konuya, sağlık hizmetlerinin pazar ekonomisine uygun şekilde özelleştirilmesi için bulunan bir formül olarak bakanlar olduğu gibi, hizmet kalitesini artırıcı ve maliyet denetimini kolaylaştırıcı bir formül olarak gören kesimler bulunmaktadır. Önümüzdeki yıllarda bu konunun gündeme gelmesi halinde, ki yakın bir zamanda gelmesi kaçınılmaz görünmektedir, başarı için gerekli olan önkoşulların yerine getirilmiş olması ve politikanın uygulamaya konulmadan önce, iyi bir paydaş analizinin yapılmış olması şarttır.

Kaynaklar

1) Alain C. Enthoven, *The History and Principles of Managed Competition*, HEALTH AFF., Supp. 1993: 24-48.

2) Paul Starr & Walter A. Zelman, *A Bridge to Compromise: Competition Under A Budget*, HEALTH AFF., Supp. 1993, at 7. 11.

3) Bartlett, W, *Le Grand J. Quasi-markets and Social Policy*. Palgrave Macmillan, 1993.

4) Gilbert, N. *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

5) Cutler D. *Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform*. *Journal of Economic Literature* 2002;60: 881-906.

6) Richard C. van Kleef. *Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far*. *Public Policy Review*, 2012; 8(2):171-190.

7) Bevan G, van de Ven W: *Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms?* *Health Econ Pol Law* 2010; 5(03):343-363.

8) Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger JP. *Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia*. *BMC Health Services Research* 2010; 10:297.

9) Mikkers M, Ryan P. *Managed competition" for Ireland? The single versus multiple payer debate* *BMC Health Services Research* 2014; 14:442.