

Sağlık hizmetlerinde talep yönetimi

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansını 2014 yılında tamamladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2014/15 Dönem Başkanı'dır.

Sağlık hizmetine yönelik oluşan talebin öncelikli olarak 2 unsur ile şekillenebileceğini söyleyebiliriz. Bunlardan bir tanesi sağlık hizmeti alacakların sağlığı nasıl tanımladığıdır. Bu tanım içinde çoğu kere sağlığa toplum tarafından atfedilen değer de bulunur. Diğer ise tanımı yapılan tanım için ihtiyaç duyulan hizmetlere nasıl ulaşıldığıdır. Bu ikinci başlığı biraz daha özelleştirsek sağlık

hizmetine ulaşılmasını etkileyen faktörlerdir. Bu faktörler kimi zaman kısıtlayıcı, kimi zaman kapsayıcıdır. Konuyu biraz daha derinleştirmeden altının çizilmesi gereken önemli bir husus, sağlık hizmetlerinin klasik arz-talep dengeleri ile analiz edilmesinin güçlüğüdür. Her şeyden önce, alışkanlıklar ve yaşam tarzı bazı kişiler için riskleri arttırsa da hasta olmak kişisel bir tercih değildir. Hasta olan kişinin ise sağlığına tekrar ulaşmak için göze alabileceklerini düşünürseniz

sağlık hizmetlerinin marjinal değerini belirleyebilmenin zorluğunu da tahmin edersiniz. Yani çoğu kez, doktor sayısını arttırarak maliyetleri düşüremez veya talebi maliyetler üzerinden yönetemeyiz.

Bunlara ek olarak günümüz sağlık hizmetleri sadece hasta olanlar için planlanmamaktadır. Esasen topluma sunulması gereken sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını koruyucu ve önleyici uygulamalar oluşturmaktadır. Koruyucu





ve önleyici sağlık hizmetleri için kişisel talepler kadar düzenleyici otoriteler tarafından yapılan planlamalar da sağlık hizmetleri sunum kapasitesini etkileyecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri, genel olarak daha maliyeti etkin olarak kabul edildiklerinden, sağlık hizmetleri içerisindeki oranları her geçen gün daha da artmaktadır. Bu alanda ciddi metodoloji ile daha geniş analizlere ihtiyacımız olsa da özellikle çocukluk çağı aşılmasının, tütün ve alkol kullanım kontrollerinin, kolorektal ve servikal kanser taramalarının, kan basıncı ve kolesterol takiplerinin ve yetişkinde pnömokok ile influenza aşılmasının maliyet etkinliği birden fazla defa gösterilmiştir. Bu başlıklardaki talepler toplum tarafından geldiğinde çoğu zaman yönetilemez bir ortam oluşmaktadır. Düzenleyici otoritelerin bu konuda net politikası olmalı ve koruyucu sağlık hizmetleri kişiler bazında en uygun şekilde takip edilmelidir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerine yönelik 2003-2014 arası değişen bazı istatistikleri hatırlatarak konuya daha somut olarak girelim. 2002 için kişi başı yılda 3,2 olan hekime başvuru sayısı sürekli bir artış trendi göstererek 2014'te 8,2'ye kadar artmış durumdadır. Türkiye'nin tesis etmeye çalıştığı aile hekimliği sisteminde 2014 için 22.497'ye ulaşmış olan aile hekimi sayısı ile bu artış beklenebilir bir artış olabilir. Ne var ki, grup analizi yapıldığında artışın esas kısmının aile hekimlerine başvuru nedeniyle değil, hastanelere başvuru nedeniyle olduğu

görülmektedir. Kişi başı hastane başvuru sayısı 2002 için yılda 2,1 iken 2014'te 2 katın üzerinde bir artışla 5,3'e ulaşmış durumdadır. Özel hastanelere yapılan başvurular da eklenince bu 12 yıllık sürede hastane başvurularının 3 katına ulaştığını söylemek yanlış olmaz. Bu artış sahada çalışan kariyerinin farklı kademelerindeki sağlık profesyonelleri olarak üzerimizdeki yükü çoğu zaman katlanılmaz derecede arttırmaktadır. Yazının giriş paragrafına atıf yaparak bu artış için öncü iki çıkarım yapmaya çalışalım. Birincisi toplumumuzun sağlığa daha fazla değer vermeye başladığı ve bunun için daha geniş kapsamlı bir arayış içerisine girdiği çıkarımı; ikincisi ise, sağlık hizmetlerine ulaşımın çok kolaylaştığı ve bu nedenle talebin artış eğilimine girdiği düşüncesidir.

Birinci çıkarım ile başlayalım ve kabul edelim ki gerek Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları, gerekse üniversitelerin aldıkları inisiyatif ve sivil toplumun çabaları ile halkımız sağlık alanında biraz daha bilinçlendi ve bu artış beraberinde sağlık hizmeti talebinde artışı getirdi. Aslında bu iddiayı doğrulayacak veriler olsa oldukça sevindirici de olurdu. Böylesi bir tablo kabul edildiğinde, sağlık hizmeti talebinin yönetilmesinde odaklanılması gereken en önemli kısım ise birinci basamak sağlık hizmetleridir. Aile hekimliğinin tesis edilmesi için gerek insan gücü gerekse yatırımlar kapsamında önemli bir kaynak ayrılmış olsa da, vatandaşlarımızın çok büyük bir kısmı ya aile hekimlerine baş-

insanlar hekime bir defa başvurduktan sonra alacakları sağlık hizmetine yönelik verilecek kararlar üzerinde çok az söz sahibidirler. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmeti sunan ve alan bileşenler arasındaki bilgi asimetrisidir. Sadece ülkemizde değil, bugün sosyoekonomik olarak en gelişmiş ülkelerde dahi hastalar doktorlarının öneri ve yönlendirmelerine çok az karşı gelmektedirler. Toplumun kendilerini en uygun şekilde yönlendirecek aile hekimlerine ihtiyacı vardır.



vurmamakta ya da aile hekimlerinden aldıkları hizmet onları yeterince tatmin etmemektedir. Bu nedenle bazen aile hekimlerinin önerileri bazen de direkt kendi kararları ile ikinci veya üçüncü basamağın yolunu tutmaktadırlar. Belki yeteri kadar kaynak ayırarak sistemi ayakta tutmaya çalışıyoruz; peki, günümüzde birçok bilgiye çok kolay ulaşabilen ve bu nedenle her defasında daha karmaşık sorular geliştiren toplumu birinci basamakta karşılayacak hekimleri yetiştirmekte mesleğimiz aynı başarıyı gösterebilmekte midir? Öğrencilerimiz, büyük bir stres ve karmaşa içerisinde kariyerlerinin sonraki basamakları için çalışırken mezun oldukları gün böylesi bir sorumluluğu almaya ne kadar hazırlanabilmekteledir? Bugün, dünyanın genelinde aile hekimliğinin uzmanlık düzeyinde sunulması genel bir eğilim olarak belirirken ülke olarak bu seviyede aile hekimlerini nasıl eğitebileceğimizi ayrıntısıyla planlamamız gerekiyor. Hastane başvurusu/aile hekimi başvurusu oranı bugün 2 civarındayken hedefimiz bu oranı kademeli olarak tersine çevirebilmek olmalıdır. Çünkü birinci basamak; koruyucu sağlık hizmetlerinin tesisi ve toplumun bilinçlendirilmesinin yanında sağlık sorunlarının çok büyük bir kısmının çözüme kavuşturulması ve hastaların uygun şekilde sevk edilebilmeleri için zincirin en önemli halkasını teşkil etmektedir.

Birinci basamak başvurularının sorunumuzu kısmen de olsa çözebilmesi için gerek sistem etkinliğini gerekse hekim kalitesinin belirli bir seviyenin üzerinde olması önemli bir gerekliliktir. İnsanlar hekime bir defa başvurduktan sonra alacakları sağlık hizmetine yönelik verecek kararlar üzerinde çok az söz sahibidirler. Bunun en önemli nedeni

sağlık hizmeti sunan ve alan bileşenler arasındaki bilgi asimetrisidir. Sadece ülkemizde değil, bugün sosyoekonomik olarak en gelişmiş ülkelerde dahi hastalar doktorlarının öneri ve yönlendirmelerine çok az karşı gelmektedirler. Toplumun kendilerini en uygun şekilde yönlendirecek aile hekimlerine ihtiyacı vardır. Toplumun bir an önce uzmana ulaşma yönündeki ön yargılı davranışlarını kırarak adımları artık atmamız gerekiyor. Toplumun gözündeki saygınlıkları tam olarak oluşuncaya kadar, kaliteli eğitimden geçirilmiş (tercihen uzman düzeyinde) aile hekimlerinin özlük hakları, çalışma koşulları ve aldıkları maaş kapsamında pozitif ayrımcılığa tabi tutulması düşünülebilir.

Belirli bir noktadan sonra birinci basamak yeterli olmayacak ve hastalar üst basamaklara yönlendirilecektir. Burada hastane başvuruları devreye girmektedir. İkinci varsayımımız bu noktada geçerli olacaktır. Bu varsayımımız ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşımın son dönemde fazlaca kolaylaştırılmış olduğuna işaret etmektedir. Gerçek hayat deneyimlerimiz ülkemiz için bu varsayımın biraz daha geçerli olduğunu düşündürmektedir. Kolaylaştırılmış olan bu ulaşım sadece geçici bir çözüm olarak düşünülmeli ve ihtiyacımız olan kalitede aile hekimlerinin eğitimine yatırım gündemde tutulmalıdır. Hayal ettiğimiz beceri ve yeterliklere sahip aile hekimleri ile birinci basamak sistemimiz daha sağlam bir yapıya kavuşacaktır. Bazı özellikli hastalıklar için (malignite, diyaliz, nakil hastaları vb.) uzun süreli geçerli olacak sevkler düşünülebilir olsa da, genel bir prensip olarak hiçbir hastanın direkt olarak hastanelere başvurmaması felsefesine sahip olan bir sistem bu sayede geliştirilebilir.

Aslında her hastaneyi birer özellikli ünite olarak düşünürsek, aralarında birinci basamak sağlık hizmetlerinde de görev almayı tercih edecekler olabilir. Bu karar hastanelerin kendi karar alma mekanizmalarına bırakılmalıdır. Örneğin, bir üniversite hastanesi öğrencilerinin eğitimi için semt poliklinikleri oluşturabilir, aile sağlığı merkezleri ile ortak çalışabilir veya kendi hastanesinde bir birimi bu alanda değerlendirebilir. Ancak, genel merkezi bir yaklaşımla tüm hastanelerin kapıları toplumun geneline açık olmamalı, hekime ulaşım sorunu birinci basamakta çözüme kavuşturulmalıdır. Birinci basamağın özellikle daha iyi eğitilmiş aile hekimleri ile güçlendirilmesi ülkemizde sağlık alanında artmakta olan talebin düzenlenebilmesi için anahtar noktadır.

Tanımlamış olduğumuz bu sorun ikinci ve üçüncü basamakta çok az değişerek devam etmektedir. Yetiştirdiğimiz sağlık insan gücü düşünüldüğünde; fikirlerde “genel tıp” arka planda kalmış, uzmanlaşma ve ileri uzmanlaşma sürekli olarak daha cazip olmuştur. Eş morbid durumları olan hastaların sağlık hizmeti yönetimini genel bir hekim üstlenmeyince, sürekli olarak birden fazla uzmana başvurmak zorunda kalan hastalar hem fazlaca vakit kaybetmekte hem de sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu sorunun çözümü uzmanlık döneminde güçlü ana dal (common trunk) eğitimleridir. Dahiliye, cerrahi, pediatri ve kadın-doğum eğitimleri ilgili diğer uzmanlık dalları için geliştirilmelidir ve ana dallar ile yan dallar arasında gerçek bir süreklilik ve entegrasyon sağlanmalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUKMOS)'nun çalışmalarındaki deneyimi böylesi bir düzenlemeyi gerçekleştirecek düşünsel gücü kendisine sunmaktadır.

Devam ettiğim dahiliye eğitimi kapsamında birkaç hafta önce hepatoloji polikliniğinde yaşadığım bir deneyim son anlattıklarımın akılda kalması gereken net bir özet olabilir: Karın ağrısı araştırılmakta olup karaciğer fonksiyon testleri yüksek seyrettiği için birkaç ikinci basamak ve üçüncü basamak hastanesini gezen ve ultrason tetkikinde grade 2 karaciğer yağlanması saptanan bir hasta, karaciğer yağlanmasının takibi için hepatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hasta randevusunu alıp 2 hafta sonra hepatoloji polikliniğine geldiğinde yapılan güncel tetkiklerinde tüm parametreler normaldi. Hepatoloji bakış açısı ile bu hastanın 6 ay sonra kontrol edilmesi uygun olarak düşünülebilirdi. Ancak hastanın karın ağrısı halen devam etmekteydi ve bu ayırıcı tanı hepatoloji yan dal polikliniğinde yapılmak zorunda kaldı. Bu hasta özelinde salt karın ağrısı ayırıcı tanısı yapılmadığı veya ertelendiği için kaybolan zaman ve ödenen maliyetler düşünüldüğünde gerek birinci basamak gerekse ana dal uzmanlıkların önemi biraz daha iyi anlaşılacaktır.

Hastaların aynı veya farklı kuruma tekrar başvurularına neden olan sistemsel sorunlardan birisi de sağlık çalışanlarındaki yorgunluk ve tükenmişlik durumudur. Hekimlerin sürekli olarak daha fazla hasta görmeleri, onları bir hastanın tetkik veya tedavi sürecini tam olarak sonuçlandırmadan bir diğeri ile ilgilenmek zorunda bırakmaktadır. Sorunu çözülmemiş hasta birkaç gün içerisinde sitem içerisindeki yeni bir başvuru olarak görülecektir. Sürekli olarak artan başvuru ve devam eden yorgunluk ile oluşan kısır döngü hastane randevu sistemlerini sağlık çalışanlarına daha rahat çalışma imkânı sunacak şekilde yapılandırarak kırılabilir. Bunun yanında kurumlar özelinde hekimlerimizin sağlığını ve iyilik hallerini daha fazla önemsememiz de gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin klasik arz-talep dengeleri ile açıklanamamaları masrafların nasıl karşılandığı ile de ilgilidir. Sağlık sosyal bir hak olarak görüldüğünden kurulan sosyal sigorta sistemleri ile hiç kimseyi dışarda bırakmayan ve rekabete izin verilmeyen bir ortam oluşturulmaya çalışılır. Sağlık bir harcama değil bir yatırım olarak kabul edilir ve edilmelidir de. Çünkü sağlıklı bir toplum, kuvvetli insan gücünün oluşturulması için devletlerin esas stratejilerinden biridir. Bu nedenlerle birçok ülke kurduğu sistemlerde toplumun temel sağlık harcamalarını sübvans etmekten kaçınmaz. Nispeten düşük tutulan primler sağlık hizmetlerine talebin dolaylı olarak artmasına neden olur. Ülkemizde de gururla savunduğumuz böylesi bir sistemin, talebi uygun yönetebilmesi için sistemden yararlananların da sorumlulukları belirlenmelidir.

Güçlü birinci basamak ve etkin uzmanlık alanları ile oluşturulmuş bir sistemde sevk sisteminin oluşturulması en öncelikli gereklilikler arasındadır.

Özel sektörde ise durum biraz daha farklıdır. Son düzenlemelerle, kronik ve özellikli bazı hasta grupları hariç olmak üzere özel sağlık kurumlarına tanınan SGK geri ödeme ücretlerinin yüzde 200'ü kadar hastalardan ek ödeme talep etme serbestisi, inelastik bir arz-talep dengesi oluştursa da üst sınırı belirlenmiş olması bir kontrol mekanizması olarak işlev görmektedir. Özel sektörden hizmet alan herhangi bir hasta, sağlığına tekrar kavuşmak için kurumun kendisine fatura ettiği tutarı karşılamak durumundadır. Burada katılan maliyetin karşılığını alıyor olup olmadığımız en önemli konudur. Merkezi düzenleyiciler bu kurumlardaki sağlık hizmeti kalite göstergelerinin değerlendirilmesini sağlamalıdır. Özel kurumlara başvuran hastaların birkaç gün içerisinde aynı veya benzer yakınmalarla kamu hastanelerine başvurma oranları gözlemlerimize göre hiç az değildir. Klinik kalite göstergeleri üst düzeyde olan özel sağlık kurumları kamu kurumlarının değerli bir tamamlayıcısı olabilir. Fiziksel koşulların daha iyi olması, daha kısa bekleme süreleri ve etkin randevu sistemleri son 10 yıl içerisinde özel sağlık kurumuna başvuruların 10 kat artmış olmasının arkasındaki sırrı açıklayabilir. Arttırılan ek ödeme oranları da özel kurumlara başvuruları azaltmamıştır. Toplumun bu yöndeki talepleri ve özel sektörün sürekli gelişmekte olan potansiyeli merkezi düzenleyici mekanizmalarca en uygun şekilde değerlendirilmelidir.

Son 10 yıl içerisinde daha iyi yönetebileceğini düşündüğümüz bir talep artışı söz konusu. Bunun yanında Türkiye'nin sağlık alanında alt yapısı da gelişmeye devam ediyor. Biz sağlık çalışanlarının üzerindeki yükü sürekli olarak arttıracak olsa da bu yöndeki eğilim devam ediyor. Bakanlık hastanelerinde 2003'te 869 olan yoğun bakım yatak sayılarının 2014'te 11672 olması ve yanık yatağı sayısının 10 yıl içerisinde 35'ten 390'a yükselmesi ve diyaliz üniteleri sayısının 1510'dan 4557'ye yükselmesi özellikli sağlık hizmetlerine de daha fazla ihtiyaç duyulduğunu anlatıyor. OECD ortalamasının halen altında olsa da MR, BT ve USG cihaz sayımız da her geçen gün artmaktadır. Elimizdeki bu imkân ve potansiyeli çok daha dikkatli planlayabilmemiz gerekiyor. Belirli bir sayının üzerinde istenen MR veya BT'ler onları değerlendirenler için de büyük bir ek yük oluşturuyor. Ek tetkiklerin en uygun zamanda istenmesinin gerekliliği ise tıp eğitiminin önemini bir kez daha hatırlatıyor.

Belki de artık daha yüksek sesle söyle-

Sağlıklı bir toplum,
kuvvetli insan gücünün
oluşturulması için devletlerin
esas stratejilerinden biridir.
Bu nedenlerle birçok
ülke kurduğu sistemlerde
toplumun temel sağlık
harcamalarını sübvans
etmekten kaçınmaz.
Nispeten düşük tutulan
primler sağlık hizmetlerine
talebin dolaylı olarak
artmasına neden olur.
Ülkemizde de gururla
savunduğumuz böylesi
bir sistemin, talebi
uygun yönetebilmesi için
sistemden yararlananların
da sorumlulukları
belirlenmelidir.

mek gerekiyor. Daha kaliteli tıp eğitimi, daha iyi yetiştireceğiniz aile hekimleri ve daha iyi planlanmış uzmanlık eğitimi sağlık alanındaki imkânları en doğru şekilde kullanabilmemizin anahtarıdır. Bunun yanında toplum bilincini sağlık hizmeti imkânlarından geleceğe yönelik sorumluluk hissederek yararlanmaları yönünde de geliştirmeye çalışmalıyız. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yüzde 30'lardan yüzde 75'lere kadar çıkmış olabilir ama toplumun sağlığını gerçekten güvenceye alan göstergeler memnuniyet oranlardan çok daha fazlasını içermelidir.

Kaynaklar

Cost- Effectiveness of Prevention <http://www.medscape.com/viewarticle/540199>

Genç Hekim Platformu 2013 Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuçları Kitapçığı.

Phelps, Charles E. (2003), Health Economics (3rd ed.), Boston: Addison Wesley, ISBN 0-321-06898-X Description and 2nd ed. preview

T.C. Sağlık Bakanlığı 2015 Bütçe Sunumu <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesunumu.pdf>

Theory and Implications of Economics. 2012 Web Reosource <http://2012books.lardbucket.org/books/theory-and-applications-of-economics/s20-01-supply-and-demand-in-health-ca.html>