

Bölüm 4

Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri

4.1. Giriş

Bu bölüm, “başarılı” sağlık reformları konusundaki küresel kanıt temeli bağlamında Türkiye’nin reform çabalarını ele almaktadır. Gelecekte Türk sağlık sisteminin karşı karşıya kalacağı birtakım kavramsal konuları göz önünde bulundurmaktadır. SDP ve uygulanan bu programın önümüzdeki beş yıl içinde tamamlanması için gereken aşamalarla ilgili bir değerlendirme yapmaktadır. Uzun vadede sağlık sisteminin karşılaşılabilecek birtakım fırsatlar ve zorlukları dikkate almakta; ekonomik büyüme, demografik/epidemiolojik değişiklikler, hizmet kullanımı ve sunumundaki artışlara yönelik muhtemel gelecek senaryolarına dayalı olarak maliyetlerle ilgili bazı öngörü seçenekleri sunmaktadır. Türkiye’de geleceğe dönük sağlık politikası seçenekleri açısından birtakım kilit alanları tanımlamaktadır. Son olarak ise Kutu 4.2’de bu zorlukların aşılmasına yönelik kilit öneriler ele alınmaktadır.

4.2. Başarılı Sağlık Hizmeti Reformları Konusunda Kanıt Temeli

Türkiye’nin bugüne dek giriştiği reform çabaları değerlendirilirken, Türkiye’nin geçtiği süreçleri ve uyguladığı politikaları geniş çaplı sağlık finansmanı reformlarında “iyi uygulamalar” konulu kanıt temeli ile karşılaştırmak, öğretici olacaktır. Kanıt temeli, tamamlanmaktan çok uzak olmakla beraber,¹ son dönemlere ait birtakım OECD ve Dünya Bankası çalışmaları, sağlık reformlarının başarıya ulaşması için etkinleştirici ortak unsurları değerlendirmeye çalışmaktadır. Bu tür bir karşılaştırma, “devasa” sağlık sektörü reformlarına fiilen girişen ve genel sağlık sigortasını uygulayabilen çok az sayıda düşük ve orta gelire sahip ülke olduğundan ilgi çekicidir.² Dünya Bankası’nın en yeni araştırması olan “Sağlık Finansmanında İyi Uygulamalar: Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerden Alınacak Dersler” adlı çalışması, dokuz “iyi uygulama” örneğine dayalı olarak on beş “etkinleştirici” faktörü tanımlamaktadır. Bu etkenler, Banka’nın önceki çalışmalarından birinde yüksek gelirli ülkelere ait “etkinleştirici kilit faktörler” şeklinde tanımladıklarıyla tümüyle tutarlıdır.³

İyi uygulama reformları için etkinleştirici şartlar, üç büyük kategoriye ayrılmıştır: Kurumsal ve toplumsal faktörler, politika faktörleri ve uygulama faktörleri. Tablo 4.1’de bu 15 “etkinleştirici” faktör gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Sağlık Reformlarına Yönelik Etkinleştirici Şartlar

Kurumsal ve toplumsal faktörler	Uygulama faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> • Güçlü ve sürdürülebilir ekonomik büyüme • Uzun vadeli politik istikrar ve sürdürülebilir siyasi taahhüt • Güçlü kurumsal çevre ve politika ortamı • Nüfusun eğitim düzeyinin yüksek olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Kapsam değişiklikleri ile birlikte dikkatle basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumu ve hizmet sunuculara yapılan ödemelerde reformlar • Güçlü bilgi sistemleri ve kanıta dayalı karar alma • Güçlü paydaş desteği • Verimlilik kazanımları ve katkı paylarının finansman mekanizması olarak kullanılması • Esneklik ve süreç içindeki düzeltmeler
<p>Politika faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hakkaniyet ve dayanışma taahhüdü • Sağlık kapsamı ve finansman zorunlulukları • Özel finansman dâhil olmak üzere sağlığa ayrılmış mali kaynaklar • Risk havuzlarının birleştirilmesi • Ademi merkezîyetçiliğe (desantralizasyona) yönelik sınırlar • Birinci basamağa odaklanma 	

Kaynak: Gottret ve ark. (2008).

Bu yaygın etkinleştirici şartların birçoğu, Türkiye’de mevcuttur ve aslında reforma yönelik itici gücün büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ne var ki “devasa” genel sağlık sigortası reformlarının uzun vadeli yapısı dikkate alındığında, mali konular ve hizmet sunumunun basamaklandırılması reformları (örneğin genel olarak hekim ve aile hekimi sayısının artırılması), hizmet sunuculara yapılan ödemelerdeki reformlar, verimlilik kazanımları, katkı payı alınması ve güçlü ve sürdürülebilir ekonomik büyüme gereksinimi gibi hizmet sunumuyla ilgili değişikliklerin bazılarının hâlâ birbiriyle oldukça ilgili olduğu görülmektedir. Aşağıda belirtildiği üzere SDP ve “sosyal güvenlik” gündeminde bu etkinleştirici koşullara doğrudan dayanan ve henüz sonuca ulaşmayan bir dizi madde bulunmaktadır.

4.3. Bağlamsal Konular

Demografik ve Epidemiyolojik İhtimaller

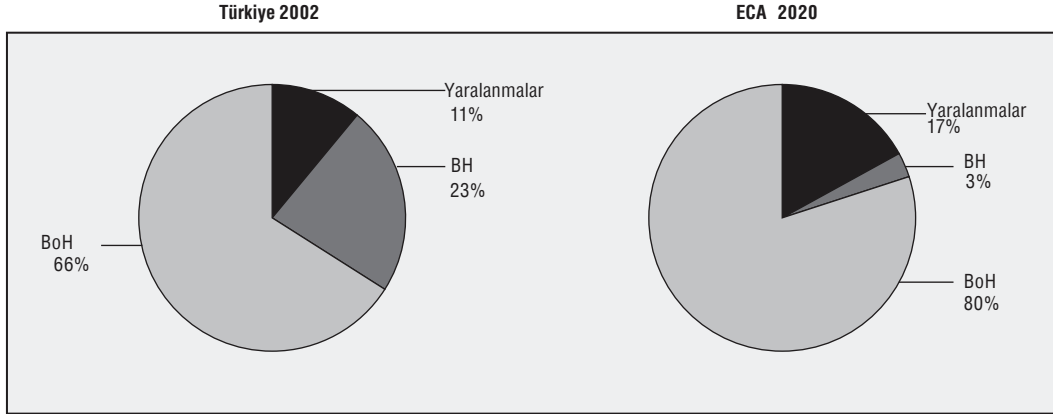
Türkiye, nüfusun sağlık ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları finanse edecek ekonomisinin yetkinliği üzerinde önemli etkileri olacak demografik, epidemiyolojik ve beslenme geçişleri ile karşı karşıyadır. Bu ihtiyaçlara destek vermesi gereken çalışan nüfusun kapasitesi açısından, Türkiye son 25 yıldır diğer OECD ülkelerine göre daha olumlu bir demografik tablo çizmektedir. Orta vadeli BM nüfus tahminlerine göre, çalışma yaşındaki nüfusun (15-65) oranı 2005’te gözlemlenen %66 düzeyinden 2030’da %69’a yükselecektir. Bu durum – çocuklar ve yaşlılarla karşılaştırıldığında – sağlık hizmetlerinden ortalama olarak daha az yararlanan ama sağlık sigortasına daha büyük katkıda bulunan insan sayısının artacağına işaret etmektedir. Ne var ki asıl sorun, böylesine bir “nüfus artış hızının” nüfus yapısı açısından “avantaj” mı yoksa “dezavantaj” mı olacağı, ülkenin; nüfusun büyüyen bu bölümünü üretken olabilecek şekilde istihdam edip vergilendirme becerisine bağlıdır.

Ne var ki Türkiye’deki “üretken” yaş aralığındaki nüfusun oranı artarken ve yaşlı nüfusun oranı 2005’te diğer OECD ülkelerinin çoğunda görülen % 14’lük nüfus seviyesinin altında seyrederken, 65 yaş üzeri nüfusun oranı, ikiye katlanarak yaklaşık %5’ten %11’e ulaşmış sağlık sistemi üzerinde artan bir maliyet baskısı oluşturacaktır. Bu raporun kapsamı dışında olan ama aynı ve kapsamlı bir raporda ele alınması gereken uzun süreli sağlık hizmetleri için de bazı sonuçları söz konusu olacaktır. Sağlık hizmetleri talebi açısından önemli bir belirleyici olan kaba ölüm hızı, aynı dönemde Türkiye’de 1000 kişide yaklaşık 6’dan 7’ye yükselerek oldukça hafif bir artış gösterecektir. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin bir başka belirleyicisi olan doğurganlık hızının ise daha genç ve bağımlı yaş aralığındaki nüfus sayısında azalmaya yol açarak düşmeye devam etmesi beklenmektedir.

Bu değişen nüfus yapısının, sağlık sistemi ve bireylerin karşı karşıya kalacağı hastalık yükü üzerinde önemli etkileri olacaktır. Sonuç olarak, burada gösterildiği gibi bu nüfus yapısının Türkiye’de yarattığı hastalık yükü, 2000 yılındaki (Sağlık Bakanlığı, 2004) düzeyinden önemli oranda bir sapma gösterecek ve DSÖ’nün tahmin ettiği 2020’ye ait, Avrupa ve Orta Asya’daki değerlere yaklaşacaktır (Şekil 4.1).

Böylelikle Türkiye’nin sağlık sistemi ve sağlık finansmanı; sağlığın teşviki ve korunmasına yönelik etkin politikalar gerektiren, bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisine yönelik ihtiyaca dayalı olacaktır. Benzer biçimde Türkiye’nin hastalık profili, daha yüksek gelire sahip diğer ülkelere yaklaştıkça sağlık sisteminin fiziki altyapısı ve insan kaynaklarının da bunlara uyum sağlaması gerekecektir. Temel halk sağlığı politikasının da beslenme gibi sektörler arası zorlu konulara eğilmesi gerekecektir. Çünkü aşırı beslenmeden kaynaklanan hastalık yükü ve bunun olumsuz etkileri, kaydedilen önemli ilerlemelere rağmen Türkiye’nin bazı bölgelerinde bir sorun olmaya devam eden yetersiz beslenmenin etkilerinden fazla olmaya başlamıştır (Akdağ, 2008). Açıkça görülmektedir ki tıbbî açıdan ve kullanıcı

Şekil 4.1. 2002 Yılı Türkiye'deki Hastalık Yükü ve 2020 Yılı Dünya Bankası Avrupa ve Orta Asya Bölgelerindeki Hastalık Yükü, 2020



Not: BH = Bulaşıcı hastalıklar; ECA = Avrupa ve Orta Asya; BoH = Bulaşıcı olmayan hastalıklar.
Kaynak: DSÖ ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu (2004).

eğitimi açısından bu alanda da dikkatli koordinasyon gerekmektedir. Türkiye'deki yüksek trafik kazası oranının ve yaralanmaların diğer ekonomik, sosyal sebeplerinin de dikkate alınması gerekecektir. Çünkü bu alan, geleceğe ilişkin hastalık yükünün artan ve pahalı bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastalık yükünün her iki açıdan da ele alınması ve bulaşıcı olmayan hastalıklara geçiş ve yaralanma sebebiyle ortaya çıkan hastalık yükü; halk sağlığı, hizmet sunum sistemi ve sağlık finansmanı açılarından aşılması gereken önemli bir zorluktur.⁴

Makroekonomik İhtimaller

Önem arz etmekle birlikte demografik değişiklikler, Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talebin diğer belirleyici unsurları kadar önem kazanacak gibi görünmemektedir. Tüm OECD ülkelerinde 1981 ve 2002 yılları arasında (OECD, 2006b) sağlık alanında artan reel kamu harcamaları konulu yeni bir OECD analizi, sağlık için yapılan kamu harcamalarında ortalama yıllık artışın %3,6 olduğunu göstermiştir. Gelir esnekliğinin 1 olduğu varsayılırsa bu yıllık artışın yaklaşık olarak üçte ikisi, kişi başına düşen GSYİH'nin artışına bağlanabilir. Artışın çeyreğinden fazlası ise değişen tıbbi teknoloji ve "görelî fiyat etkisi" denen etkinin bileşimine (yani sağlık sektöründeki üretkenlik, bütün olarak ekonomide görülen üretkenlikten daha yavaş artma eğiliminde olduğu için sağlık hizmetlerine ilişkin fiyatların zaman içinde genel enflasyona göre daha hızlı artma eğilimi göstermesine) bağlı olabilir. Yıllık artışın %10'undan daha azı ise demografik değişikliklere dayalı olabilir. Türkiye'de ekonomik büyümeye ilişkin iyimser öngörülerin yanı sıra sağlık hizmetlerinde teknolojik değişime açıklık göz önüne alındığında, büyük olasılıkla, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda diğer OECD ülkelerine benzer bir talep baskısıyla karşı karşıya kalacağı görülmektedir. Son on yıl içinde yalnızca bir OECD ülkesi (Çek Cumhuriyeti) sağlık harcamalarındaki büyümeyi GSYİH büyümesinin altında tutabilmiştir. Esasen, 1990-2006'da sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranla nominal esnekliği, Türkiye için sadece %1,07 iken, tüm OECD ülkelerinin ortalaması %1,29 idi. Diğer bir deyişle, bu süre boyunca sağlık harcamaları Türkiye'de yıllık olarak, GSYİH'den, %7 oranında daha hızlı artmıştır; ancak bu hız, diğer tüm OECD ülkeleri için %29 olmuştur. Yakın geçmişte, harcamalardaki artışları GSYİH artışı ile paralel oranda tutmaya ilişkin Türkiye'nin göstermiş olduğu başarı (çünkü Türkiye genel sağlık sigortasına geçişi tamamlamakta ve hizmet sunum kapasitesini de önemli ölçüde artırmaya devam etmektedir), daha gelişmiş OECD sağlık sistemlerine özgü bu artan maliyet baskıları ile yüzleşmek durumunda kalacak gibi görünmektedir.

Türkiye için çizilen geleceğe ilişkin makroekonomik görünüm, olumlu olmakla beraber ekonomiyi raydan çıkarabilecek olası riskler olduğu da açıktır (IMF, 2008). OECD'nin geleceğe ilişkin ortalama tahminlerine göre 2010'a kadar yıllık yaklaşık %5'lik bir ekonomik büyüme oranı gerçekleşecektir. Bu da Dünya Bankası'nın ilk tahminlerinin önümüzdeki 25 yıl içinde sürdürülebilir olacağını ortaya koymaktadır. Türk Hükümeti ise 2035'e kadar daha yüksek düzeyde bir ekonomik büyüme oranı tahmininde bulunarak büyümenin %6'dan fazla olacağını öne sürmüştür. Bu farklı büyüme senaryoları, aşağıda yer alan GSS kapsamının maliyeti ve sürdürülebilirliğini değerlendirme çalışmaları için aktüeryal analizlerde kullanılmaktadır.

Konuyla ilgili ve önemli bir soru da sağlık konusuna tahsis edilebilecek ek bir devlet bütçesi için "mali imkân" temin edilip edilemeyeceğidir. Bu, yalnızca gelecekteki ekonomik büyüme oranına değil; aynı zamanda borçlanma, hibeler, hükümler hakkı politikaları ve sektörler arası kamu harcamalarının etkinliğine de bağlı olacaktır. (Heler, 2005) Mevcut şartlarda Bölüm 3'te ve Ek 3.A1'de gösterildiği üzere, Türkiye, devlet bütçesinin önemli bir bölümünü sağlık için ayırmaktadır. Bu da aslında Türkiye'yle karşılaştırıldığında daha düşük ve orta gelire sahip ülkelere göre oldukça yüksek bir paydır. Sağlık ve diğer kamu programlarındaki verimlilik kazanımları ve gelecekteki büyüme, bütçenin; Türk ekonomisinin geleceğe ilişkin mali sürdürülebilirliğini tehlikeye atmadan; GSS'nin artan maliyetleri, teknolojiye büyüme, göreceli fiyat değişiklikleri, demografik, epidemiyolojik ve beslenme geçişleri ve diğer hükümet önceliklerini içine alacak şekilde genişlemesine imkân verebilecek midir? Hükümet nispeten düşük olan gelir sağlama çabalarını iyileştirebilir mi?⁵ Türkiye diğer önemli sektörlerden gelen rekabet halindeki talepleri, artan sağlık harcaması baskılarıyla nasıl dengeleyecektir?⁶ Genel gelirlerden elde edilen GSS finansmanına primsiz ödemelerin payı, başta önerilen tahmini pay olan GSS maliyetlerinin %25'i düzeyinde mi kalacak; yoksa aşağıda ele alınan politika senaryolarının öngördüğü gibi, genel hükümet bütçesi üzerine sürekli artan bir yük mü bindirecektir? Aşağıda yer alan aktüeryal analiz, etkin harcama kısıtlama politikaları temeline sıkıca bağlı olan bir GSS uygulama programı geliştirme ihtiyacına ilişkin erken uyarılarda bulunmaktadır.

4.4. SDP'nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi

Aşağıda yer alan SDP'ye ilişkin değerlendirmeler, sağlık politikasının, 3. Bölümün başında belirtilen üç temel hedefine dayandırılmıştır: i) Sağlık sonuçlarının ve kullanıcılara cevap verebilirliğin en üst düzeye getirilmesi ii) Bu sonuçların elde edilmesine bağlı olarak maliyetlerin en aza indirilmesi iii) Beklenmeyen katastrofik sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişim açısından hakkaniyetin gözetilmesi. Bunlar ayrıca bir önceki bölümde yer alan analize dayanmaktadır.

Birçok açıdan SDP'nin içeriği, Türkiye'de 2003 öncesinde var olan sistemin zayıf yönlerini gidermeyi hedeflerken bu sistemin güçlü yönlerine dayanan bir sağlık sistemine yönelik bir dizi reforma ait bir "ders kitabı" gibi görünmektedir. Eski sistem – birçok diğer orta gelirli ülkelerde ve bazı OECD ülkelerinde olduğu gibi – sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve ek-sik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş; hastanede yapılan, yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Ayrıca, yeni teknolojilerin getirilmesini sınırlamış; büyük kayıt dışı ve cepten harcamalara yol açacak şekilde hekimlerin çift yönlü (kamuda ve özelde) çalışmalarını teşvik etmiş ve etkililik amaçlı teşvikleri sınırlamıştır. Söz konusu sistem, yoksul kesimin ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi ölçüde hakkaniyetsizlikler yaratmış ve niteliksiz sağlık hizmeti sunmuştur. SDP/GSS reformları, sistemin temel zayıf noktalarını bertaraf etmek üzere kapsamlı bir projeyi temsil etmektedir.

Ayrıca SDP/GSS reformları, eski sistemin güçlü yönlerine dayandırılarak tasarlanmıştır. Bu güçlü yönler arasında şunlar sayılabilir: Son on yılda yoksul kesimi hedefleyen Yeşil Kart uygulamasına geçiş, Türkiye'nin birçok bölgesinde devletin sunduğu makul düzeyde kaliteye sahip uzmanlık hizmetleri, canlı bir özel sektör, nüfusun sağlık durumunda iyileşme, nüfusun tüm kesimlerinin – özellikle de yoksul kesim ve diğer az hizmet alan gruplara – kaliteli hizmete erişimini sağlamayı taahhüt eden bir hükümet ve SB.

SDP'yi yürütmek için atılan adımlar, sistemin işleyişinde önemli gelişmeler oluşturmuş gibi görünmektedir. Sağlık sigortası incelendiğinde, Yeşil Kart'ın kapsamının 2005'te ayakta tedavi hizmetleri ve ayakta tedavi gören hastalara reçete yazılmasını içine alacak şekilde genişletildiğini görüyoruz. Benzer şekilde SSK mensupları da 2004'te tüm hastaneler ve özel eczanelerden yararlanma hakkını elde etmiştir. Bu değişiklikler, 2003 ve 2007 yılları arasında Yeşil Kart sahiplerinin sayısında %7,5 SSK mensuplarının sayısında ise yaklaşık %33 oranında bir artışla ilişkilendirilmektedir. Bu değişiklikler, ayrıca hastanelere erişim ve ilaca yönelik kişi başına düşen harcama miktarında bu gruplar için hızlı artışlara da yol açmıştır. Bunlardan ikincisi bir dereceye kadar ilaç fiyatlarındaki indirimlerle dengelenmiştir. Önceki bölümde de belirtildiği gibi, kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler azalırken genel olarak sağlık harcamalarının düzeyi; özellikle de devletin bundaki payı, bu dönemde önemli bir artış göstermiştir. Olumlu bir gelişme olarak Türk Hükümeti bu artışları, Türkiye'nin bu dönemdeki güçlü ekonomik büyümesi sayesinde karşılayabilmiştir.

Aslında SGK ve SB, 2008 itibarıyla sağlık hizmetlerine önemli ölçüde ihtiyaç duyan birçok Türk vatandaşının hizmetlerden makul derecede yararlanabildiği düşüncesini taşımaktadır. Bunun sebebi ise birinci basamak sağlık hizmeti ve hastanede acil servis hizmetine yönelik hiçbir engel bulunmamasıdır. Ayrıca hak sahibi olmayanların sahtecilik yoluyla sağlık karnelerini kullanmalarına ek olarak Bağ-Kur mensubu ve Yeşil Kart sahibi olmak için geriye doğru seçim olması sebebiyle, "resmî" sigorta kaydı verilerinin, kapsam dışı nüfusun %10 ila 15 olduğunu öngörmesine karşın, önemli ihtiyaçları olan nüfusun büyük bir kesimi devletin karşıladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Bu arada, Şubat 2005'ten itibaren eski SSK hastanelerini de kapsayacak şekilde SB kuruluşlarına performans yönetim sisteminin getirilmesinin yanında danışmanlık imkânlarında yaşanan gelişmelerin, kamu sektöründe uzmanların tam gün çalışması ve hastane faaliyetlerinde önemli artışa yol açtığı görülmektedir. SB'nin yayımladığı son veriler, SB kuruluşlarında tam gün çalışan hekimlerin sayısının 2003'te %11'den 2008'de %73'e yükseldiğini göstermektedir. SB hastanelerinde destek hizmetleri konusunda dışarıdan kaynak temini oldukça artmıştır. Çalışanların birçoğu, özellikle de hemşireler, kamu sektöründe çalışıp atanmaya tabi tutulmaktansa artık kısa dönemli sözleşmelerle çalıştırılmaktadır.

Yeni aile hekimliği sistemi, Ağustos 2008 tarihi itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır ve 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ili kapsayacaktır. Nüfusun yaklaşık %20'si, birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere aile hekimlerine kaydolmuştur. SB, bu oranı 2009'un ilk çeyreği itibarıyla %50'ye yükseltmeyi planlamaktadır. Pilot projelerle ilgili birtakım değerlendirmeler yapılmaktadır ve belirli sonuçlara ilişkin ilk sonuçlar da alınmaya başlanmıştır. Örneğin, hasta memnuniyeti, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde artış göstermiştir. Yeni sisteme geçen illerde birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı %27 oranında artış gösterirken bu sistemi henüz benimsememiş illerde %23'lük bir artış görülmüştür. Buna, diğer illerde hastanelere yapılan başvuru sayısında görülen %16'lık bir artış karşılığında aile hekimliği sisteminin olduğu illerde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yapılan başvuruların sayısında %1 oranında bir düşüş eşlik etmiştir. Hastanelere yapılan başvurular, aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlanmasından önce % 58 oranındayken aile hekimliği sisteminin benimsenmesiyle bu oran %41'e gerilemiştir. Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde

2008'de birinci basamağa başvuran kişi sayısı %51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise %49 olmuştur. SB, uygulamaya konan katkı payı kuralları ile, birinci basamağa başvurma oranını %60'a çıkarmayı planlamaktadır. Bu ilk değerlendirmelere göre sistem; sağlık hizmetleri kullanımını, ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırarak hasta memnuniyetini artırmıştır (Aile Hekimliği Daire Başkanlığı; Akdağ, 2008). Yeni sistemin sonuçlar üzerindeki etkileri, hâlihazırda yapılmakta olan geniş çaplı değerlendirmelerin sonucunu beklemektir. Bu değişiklikler hekimlerin Türkiye'deki coğrafi bölgelere dağılımında kaydedilen ilerlemelerle, işin hizmet sunumu yönünden de desteklenmiştir.

Arz söz konusu olduğunda, ayakta tedavi hizmetlerinin büyük oranda “yanlış” yerde – yani hastane polikliniklerinde – yaygınlaşması konusu tartışmaya açık olsa da, yukarıda bahsedilen değişikliklerin, kapasite ve üretkenlik açısından iyileşme oluşturduğu görülmektedir. Özellikle, performans yönetim sisteminin uygulamaya konmasının ve tam zamanlı çalışmaya yönelimin ardından, hekime yapılan başvuru sayısı keskin bir şekilde artmıştır. Bu bakımdan, kapsam konusundaki gelişmeler, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti kapasitesinde yeniden dağılımın hakkaniyetli yapılması ve bu hizmetlere erişimin sağlanmasıyla eşleştirilmiştir. Türkiye'de bu reformlardan önce karşılanmayan ihtiyaçlar olduğu düşünüldüğünde bunların sağlayacağı sonuçlar, en azından önceden bu hizmetlere erişimi engellenmiş insanlar açısından daha iyi erişim ve hakkaniyet olacaktır. Kapasite ve üretkenlik alanlarında gelişmeler yaşanmasaydı, sağlık hizmetleri için artan talep, insan kaynakları ve tesis yetersizliği sebebiyle karşılanamazdı.

Başlangıç yıllarında SDP'ye ait harcamaların karşılanabilir olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış, GSYİH büyümesiyle paralel gitmiştir. Erişim ve personel gelirlerindeki iyileştirmelerin maliyetleri, en azından, verimliliğin artması ve ilaç fiyatlarının düşmesi ile kısmen de olsa telafi edilmiş görünmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kamu harcamaları, 2003-2006 arasında yılda ortalama %7 civarında ve 1999-2004 arasında yıllık %10 artış göstermiştir. GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının payı, 1999 ve 2003 yılları arasında yaklaşık bir puan artmış olmakla beraber, 2003 ve 2006 arasında güçlü ekonomik büyüme sebebiyle neredeyse sabit kalmıştır.

4.5. SDP'nin Tamamlanması, 2009-2013

SDP'nin, 2008'de henüz tamamlanamamış olması şunlara bağlıdır: Reformlar konusunda yasal gecikmelere yol açan TBMM ve mahkemeler arasında uyumsuzluklar; özel hizmet sunucuların ekstra faturalandırma yapması ve bütçeye sınırlamalar koyulması gibi zorlu politika seçimleri; DRG'ler gibi teşvik ödeme sistemlerinin oluşturulması, büyük miktardaki yeni ödemelerin yapılabilmesi için SGK'nin kapasitesinin artırılması, yeni personelin eğitilmesi ve mevcut personelin yeniden eğitilmesi gibi konularda karşılaşılan kaçınılmaz gecikmeler.

Finansman açısından, sosyal güvenlik yasasının GSS ile ilgili bölümleri, TBMM'den ancak Nisan 2008'de geçebilmiştir. Yeşil Kart uygulaması, henüz SGK tarafından bütünüyle benimsenmemiştir; ancak bunun 2009 itibarıyla başarılabilmesi için planlar yapılmıştır. Yeşil Kart almaya hak kazanmak için tanımlanan gelir düzeyinin fazlasına sahip birçok Türk vatandaşları kayıt dışı sektörde çalışmakta ve birçoğunun sosyal güvenlik kaydı bulunmamakta ya da sağlık sigortası için prim ödemesi yapmamaktadır. Yeşil Kart almaya hakkı olanlar ve önceden sigortası olmayanlar için SGK'nin nasıl para ve mal varlığı soruşturması yapacağına ilişkin yeni prosedürler henüz belirlenmemiştir. Katkı payı ödemesi oranlarıyla ilgili kararlar, GSS Yasası'nın geçmesinin ardından ikincil mevzuatı beklemektedir. Ne var ki bir Aile Hekimi'nin sevki olmadan hastane polikliniklerine yapılan başvurular da dâhil olmak üzere, kendi kararları üzerine ve uygun düşmeyecek biçimde başvurularda bulunanların ödeyeceği katkı payı oranlarının daha yüksek olacağı öngörülmektedir. Başvuru sistemiyle

İlgili önemli konular askıda kalmıştır. Aile hekimliği sisteminin tamamlanmasını beklemektedir (yani SB'ye göre bunun anlamı 30.000 tane yeni aile hekiminin eğitilmiş ve çalışır durumda olmasıdır). Benzer şekilde, özel hastanelerin ekstra faturalandırmalarına ilişkin tavan oranlarla ilgili kararlar, ekstra faturalandırmayı %30 ile sınırlandıran yeni taslak kuralların uygulanmasını beklemektedir. Ayrıca, GSS Yasası, SGK'nin kamu sağlık hizmetleri kurumlarıyla (SB ve Üniversite) global bütçe uygulamasına gideceğini belirtmesine karşın SGK'nin özel sağlık hizmeti kuruluşlarıyla nasıl çalışacağı kesinlik kazanmamıştır. Bu, özel sağlık hizmetleri kuruluşlarına yapılan harcamalar, SGK harcamalarının en hızlı büyüyen bileşeni olduğundan ve büyük ihtimalle 2008 yılında SGK'de bir bütçe açığı oluşturacağından büyük önem taşımaktadır.

Hizmet sunumu açısından, yukarıda da söz edildiği üzere aile hekimliği hizmetleri Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesine yayılmış durumdadır. Devlet hastanelerinde henüz önemli ölçüde bir özzerklik sağlanamamıştır ve satın alıcı hizmet sunucu ayrımı, henüz SB hastanelerinde tam işlerlik kazanmamıştır. Ayrıca Türkiye'nin bazı bölgelerinde doktor ve hemşireler arasında, genişleyen kapsamanın getirdiği artan talep ve hareketli özel sektör tarafından tetiklenen kapasite sıkıntıları da ortaya çıkmaya başlamıştır. Hükümet, tıp fakültelerine kabul edilecek öğrenci sayısının yılda 4500'den yaklaşık 6000'e çıkartılacağı duyurusunu yapmıştır. 2008'in ilk aylarında da yeni planlama yönetmelikleri yayımlayarak kamu sektörünün ve özel sektörün ortak kapasitesini akılcı hale getirmek üzere yeni özel hastaneler ile ayakta hasta klinikleri ve tedavi merkezleri için standartlar belirlemiştir.

SDP'de öngörülen yeni ödeme sistemi; yani DRG'ler uyarınca paranın hastaların peşinden gitmesinin sağlanması, henüz işlerlik kazanmamıştır. SB hastaneleri için SGK'den SB hastanelerine akan döner sermayeyi de içeren bütçeler ve aylık ödemelerle ilgili kararları halen SB vermektedir. SGK fonları, SB hastanelerine sunulan hizmetler karşılığında verilen faturalardan çok SB kararlarına göre aylık olarak tahsis edilmektedir. Ayrıca Bakanlık, kamu hastanelerindeki çalışanların maaşlarının bir bölümünü ve yeni aile hekimliği projelerini de içerecek şekilde birinci basamak ve kamuya ait sağlık hizmetleri için gerek duyulan fonları ödemektedir. Hastane hizmetlerinde DRG'lerin oluşturulması halen tasarım aşamasında olmakla beraber denemeye hazırdır ve bunun için 47 hastanede keşif amaçlı projeler yapılmıştır. Hastane performansı standartları, hastane faaliyetlerini artırmış olsa da PDEÖ Sistemindeki teşviklerin (bk. Yukarıdaki Kutu 2.1) önerilen DRG sistemi doğrultusunda uygulanması gerekmektedir. Hem hekimlerin hem de kurumsal üretkenliğin artırılması, tahsisatın ve teknik verimliliğin geliştirilmesi ve gereksiz hizmetlerin önünü keserek genel maliyetleri kontrol altına alıp makro verimliliğin sağlanması için, devlet hastanelerindeki bütçelerde bu eksik unsurların tamamlanması gerekmektedir.

Son olarak, SDP'de öngörülen yönetim değişiklikleri henüz tamamlanmamıştır. SGK, henüz alacaklarını yeterli oranda işleme koyma ya da yenilikçi teşvike dayalı ödeme sistemlerini tasarlayıp uygulamaya sokma kapasitesine erişememiştir. SB, sevk ve idare eden rolünü benimsemektense halen yoğun bir biçimde birinci ve ikinci basamak hizmetleri temin etme ve bunların bütçesini oluşturma konularıyla ilgilenmektedir.

Bu sebeple, halen son ayrıntıların belirlenmesi için bekleyen pek çok kilit politika kararı bulunmaktadır ve bunların bazıları uzun yıllar sürecektir (örneğin hekim sayısının artırılması). Bu da en sonunda Türk nüfusu için sağlık durumunun, mali korumanın ve kullanıcıya cevap verebilirliğin geliştirilmesi konusunda GSS'nin etkinliği, harcamalarının karşılanabilirliği ve sürdürülebilirliğini tespit edecektir. SDP'nin tamamlanmasına ilişkin kilit uygulama karar alanları, aşağıda tartışılmıştır.

Finansman, Temel Teminat Paketi (TTP) ve Satın Alma

SDP'de, uygulamaya konmayı veya yakın gelecekte ayrıntılarının biraz daha belirlenmesini bekleyen çok sayıda finansman meselesi ve politika vardır. Bunun kapsamında şunlar

bulunmaktadır: Kayıt dışı sektörün kayıt altına alınması ve prim ödemeyenler için yeni hedef mekanizmaları; Yeşil Kart hedefi; Hükümetin GSS'ye katkısının kapsamı, TTP'nin genişliği; kullanıcı ücretleri ve kayıt dışı ödemeler; özel hizmet sunucularının ekstra faturalandırma kapsamı; sağlık finansmanında özel sektörün rolü; DRG'ler ve ayakta tedavilere yönelik toplu ödemeler gibi teşvike dayalı ödeme sistemlerinin ve diğer muhtemel risk paylaşımı düzenlemelerinin geliştirilmesi, denenmesi ve uygulamaya konulması; Global harcama kısıtlamalarının rolü ve kapsamı; tıp eğitimi finansmanı ve ilaç politikaları. Bu konuların her birine sırasıyla değinilecektir.

Kayıt Dışı Sektör Çalışanları

Kayıt dışı sektör çalışanları, istihdamın %22'sini oluşturmakta ve işgücünün %25'i birtakım sebeplerle kazandığı gelir karşılığında vergi beyannamesi doldurmamaktadır (OECD, 2008a, Bölüm 2). Genç ve sağlıklı bazı kişiler katkıda bulunmak için pek bir sebep görmeyecektir. Bu da gönüllü ve zorunlu sigorta sistemlerinde karşılaşılan en büyük zordur. Bu grupta yer alan çalışanları tanımlamak ve bu kişilerin prim ödemelerini yapmalarını sağlamak, tüm ülkelerin karşılaştığı önemli bir sorundur. Tayland gibi bazı ülkeler, bu grupta yer alan kişileri, yoksullar için uyguladığı prosedüre tabi tutarak katkı payı almadan sigorta kapsamına almaktadır. Diğer ülkeler ise kamu kuruluşlarında tüm fiyat sübvansiyonlarını kaldırarak, güçlü negatif mali teşvikler sağlama yoluyla kendi istekleriyle kaydolup primlerini ödemelerini temin etmektedir. Türkiye'de yeni GSS uyarınca Türk vatandaşları, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık sigortası fonuna katkıda bulduklarını kanıtlayacak bir belgeye gereksinim duymayacaktır; ancak prim ödemeyen bu kişilerin, hastanelere acil olmayan bir hizmet almak için ödeme yapmaları gerekecektir. SGK'nin politikası; hastanelere başvurmak istediklerinde prim ödemeyen kişileri kayıt altına alıp bu kişilerin ödemelerini takip etmek ya da bir başka seçenek olarak bu kişilere Yeşil Kart dağıtmaktır. Ne var ki kayıt dışı sektör çalışanları devlet hastanelerinden uzak durdukça kayıt altına alınmadan faaliyetlerini sürdürebilmekteydi. Diğer ülkeler, bu sorunla başa çıkabilmek için idari bakımdan, talep ve arz açısından çeşitli düzenlemeler ortaya koymuştur. Talep açısından yapılan düzenlemeler arasında şunlar sayılabilir: Prim sübvansiyonları sağlamak, hizmetlerin maliyetini tümüyle yansıtan ücretler getirerek kamu kuruluşlarına uygulanan fiyat sübvansiyonlarını kaldırmak, özel sektör kuruluşlarına da istedikleri oranda ücret almalarına izin vermek. Arz yönlü sübvansiyonlar ve idari düzenlemeler arasında ise şunlar sayılabilir: Cazip bir teminat paketinin sunulması, bireylerin; birlikler, sendikalar ve diğer toplum örgütleri yoluyla kayıt altına alınması; iyi yönetim sağlayarak ve yolsuzluğu önleyerek Hükümetin uygulamalarına duyulan güvenin artırılması.⁷

Yoksul Kesimin Tanımlanması ve Hedeflenmesi

Yoksul kesimin tanımlanması ve hedeflenmesi de başka bir idari sorundur. 2003-2006'dan beri, Yeşil Kart kapsamı, en düşük gelire sahip %10'luk kesimin %25'inden %54'üne yükselmiştir. Merkezi yönetimin atadığı *Kaymakamların* kart dağıtma yetkisinin olduğu toplum hedefli program, iyi işliyor görünmektedir; çünkü Yeşil Kart programının sağladığı faydanın %83'ü gelir dağılımının en altında yer alan iki gruba tahakkuk etmiştir (Aran ve Hentschel, yayıma hazırlanıyor). Bu arada, şartlı nakit transferlerini hedefleyen para ve mal varlığı soruşturması sisteminin, hedefini beklenenden de iyi gerçekleştirdiği düşünülmektedir; ancak oldukça küçük, kısıtlı bir lehdar grubuna hitap etmektedir. Mevcut Yeşil Kart'tan para ve mal varlığı soruşturması sistemine geçiş, a) Önemli oranda mevcut Yeşil Kart çalışanlarına yeniden eğitim verilmesini b) Bir kurumdan (SB'nin verdiği Yeşil Kartlardan) diğerine geçiş yapmayı (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndaki para ve mal varlığı soruşturması) ve c) Verilerin bilgisayara işlenmesi ile internet bağlantısının sağlanmasını (para

ve mal varlığı soruşturması, internet veri tabanına dayalı olarak yapılmaktadır) zorunlu kılan pek çok lojistik zorluk oluşturacaktır. Türkiye, Yeşil Kart'ı devam ettirme veya GSS muafiyetlerini hedef alma yolu olarak para ve mal varlığı soruşturması mekanizmalarına geçişin maliyet ve faydalarını dikkatlice tartmalıdır.

GSS'ye Hükümet Katkısının Kapsamı

Hükümetin GSS'ye katkısının kapsamı, dikkatlice incelenmelidir. Türk yetkililerinin ekonomiye yönelik önde gelen amaçlarından biri de büyüme ve üretkenliğin artırılması amacıyla Türk iş gücünün kayıt altına alınma oranının yükseltilmesidir. Buna katkıda bulunacak bir politika, Türkiye'de kayıtlı sektörde istihdamı olumsuz etkileyen gelire uygulanan yüksek vergi oranlarının düşürülmesi olabilir. Bu, 2008 İstihdam Görünümü'nde (OECD, 2008a) yer alan bir analiz ve OECD'nin yeni yayımladığı Türkiye'nin Ekonomik Araştırması (OECD, 2008b) ile desteklenmiştir. Sağlık sigortası katkıları, vergiden kaynaklanan engellerin bir bölümünü oluşturmaktadır. Belki de başta asıl amaç, genel gelirler payının GSS maliyetinin % 25'i dolaylarında tutulması olmuşken, ek genel gelirlerle sağlık sigortası katkılarını ikame ederek katkıların büyüme oranını sınırlama, hatta bunları azaltma seçeneği mevcuttur. Yetkililerin, bu alternatif vergi/gelir kaynaklarının verimlilik ve hakkaniyet bakımından ortaya koyabileceği etkileri, dikkatli bir şekilde dengelemeleri gerekmektedir.

OECD ülkelerinin çoğu ve gelişmekte olan birçok ülke, GSS programlarını genel gelirler ve maaştan kesilen vergilerin birleşimiyle karşılamaktadır. Estonya, sosyal sağlık sigorta sistemini neredeyse sadece maaştan kesilen vergilerle karşılayan belki de dünyadaki tek ülkedir. OECD ülkelerinin birçoğu, GSS programlarını, esas olarak genel gelirlerinden karşılamaktadır. Fransa ve Almanya da dâhil olmak üzere Bismarkçı sistemlere sahip diğer OECD ülkeleri, Türkiye gibi kamu sistemlerinin finansman dengesini, maaştan kesilen sağlık katkılarından genel gelirlere doğru kaydırmışlardır. Bunun sebebi de kısmen çalışanlar ve işverenlerin üzerindeki vergi yükünü azaltmaktır. Bu, genel gelirlerle karşılanmakta olan büyüyen sosyal güvenlik açıklarından dolayı bir dereceye kadar Türkiye'de fiili olarak gerçekleşiyor görünmektedir. Açıkça görülmektedir ki açık uçlu vergi yükümlülüğü kaynağından sapsular olması, arzu edilen bir durum olmayacaktır. Bundan dolayı, geleceğe ilişkin harcama yükümlülüklerinin hem karşılanabilir hem de sürdürülebilir olması; Hükümet bütçesi üzerinde sınırsız bir beklenmedik maliyet yükümlülüğü oluşturmaması sağlanmalıdır. Bu tür bir fiili kaymayı tetikleyecek önemli etkenlerden ikisi, ücret tabanında oluşabilecek büyüme ve bu ücret büyümesinin üzerinde gerçekleşebilecek sağlık harcaması artışlarıdır. Aşağıda gösterildiği üzere, bireysel katkılardan genel gelirlere muhtemel büyük geçişin kritik belirleyicilerinden biri, harcama etkinliği olacaktır. Aktüeryal ödeme gücü ve harcamaların sınırlandırılması ile ilgili konular aşağıda ele alınmaktadır.

Temel Teminat Paketi'nin Genişliği

TTP'nin genişliği de yetkililer için önemli bir konudur. TTP; GSS'nin sağlık çıktıları, mali koruma ve kullanıcılara cevap verebilirliğiyle ilgili oluşturacağı etkileri belirlemede kilit bir araçtır. Başlı başına tartışılmalı bir konu olmamakla beraber, GSS teminat paketi kapsamı, sistemin harcamalarının gelecekte de karşılanıp karşılanamayacağı sorusunu akıllara getirmektedir. Genel teminatlar, kullanıcılara cevap verebilirlik ve mali koruma açısından şüphesiz iyi bir şeydir. Ülke olarak, hizmetlerin birçoğu, önemli koruyucu hizmetler ve birinci basamak hizmetlerini de içerecek şekilde kapsama alınıyorsa, tahsisat verimliliği ve sağlık sonuçları genişletilmelidir. Ama bu tip risk birleştirme mekanizmalarından elde edilen sosyal ve bireysel faydaların, bu mekanizmaların tahmin edilebilir küçük harcamalara değil tahmin edilemeyen büyük tıbbi harcamalara karşı sağladığı mali korumaya mahsus

olduğunu da unutmamak gerekir. Birçok ülkede kapsamlı teminat paketi olmasına rağmen, genelde bütçe kısıtları, katkı ödemeleri ve arz yönlü kısıtların çeşitli birleşimleri, maliyetleri sınırlamaktadır. Türkiye’de, en azından fiziki altyapı, ekipman ve insan kaynakları açısından bu kısıtların bir bölümünü en kısa sürede kaldırmaya çalışan Hükümet sayesinde TTP, bazı yönlerden geleceğe ilişkin tıbbi tüketim açısından boş bir çek gibi görünebilir. Ayrıca, vatandaşlar (özellikle de prim ödeyenler) GSS’yi kendileri ve Hükümet arasında bir sözleşme gibi gördüğü sürece yetkililer, maliyetleri ne olursa olsun kapsamlı teminatlar sağlama yönünde artan bir baskıya maruz kalacaktır.

Yukarıda da söz edildiği üzere tıbbi teknolojilerdeki değişiklikler, OECD sağlık sistemlerinin birçoğunda maliyeti artıran önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye; ihtiyatlı satın alma, dışarıdan hizmet satın alma, üretkenliğin geliştirilmesi ve hızlı GSYİH artışı ile SDP’nin uygulanması süresince sağlık harcamalarını GSYİH doğrultusunda tutabilmekte görece başarılı olmuş gibi görünmektedir. Ama yukarıda belirtilen pek çok OECD ülkesinin deneyimlerine ve yakın zamanda *Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastalık Kontrol Öncelikleri* (Weatherall ve ark., 2006)’nde özetlenen tıbbi teknoloji literatürüne göre, gelecekteki maliyet baskılarına direnmek durumunda kalacaktır. Hemen hemen sınırsız bir teminat paketi ve artan hizmete erişimle birlikte yetkililerin, gerçekte bu derecede açık uçlu (ve çok az kimseyi dışarıda bırakan) bir paketin harcamalarını karşılayıp karşılayamayacağını yeniden değerlendirmesi gerekebilir. Yeni teknolojilerin kapsama alınmasıyla ilgili kurallar, gelecekteki maliyetleri sınırlandırmanın önemli bir unsuru olacaktır. Maliyet etkinliğiyle ilgili kıstasların da dikkate alınması, gelecekte doğabilecek ve geniş çaplı beklenmedik bu yükümlülükleri sınırlandırmanın önemli ilk adımlarını oluşturacaktır.

Kullanıcı Ücretleri (Kayıtlı ve Kayıt Dışı)

Kullanıcı ücretleri (kayıtlı ve kayıt dışı), tüm hükümetlerin karşı karşıya kaldığı en tartışmalı ve siyasi sorumluluk taşıyan konulardan biridir. Kullanıcı ücretleri, bir gelir kaynağı olmanın yanında uygunsuz hizmet alımını önleyen bir mekanizmadır (örneğin ahlaki hasarla ilişkili olarak). Yeni Sosyal Güvenlik Yasası, yetkililere, başvuru başına 10 YTL’lik kullanıcı ücreti alabilme imkânı tanısa da şartlar ve ücret düzeylerine ilişkin ayrıntılı politikalar üzerinde henüz çalışılmamıştır (SGK’nin listelediği bazı kronik hastalıklar muaf tutulacaktır). Bu konu, kısmen hastaların sevk zincirine uymaları gerekliliğinin ertelenmesiyle ilgilidir. Tanı sonrası ilk tedavi konusunda birinci basamak hizmet sunucularının yetersiz sayıda olması sebebiyle yetkililer, sevk sisteminde gerekli yolları izlemeyenler için uygulanacak parasal yaptırımlar yanında aile hekimlerine başvurulmasını sağlama hedefini de askıya almıştır. Ayrıca bireylerin kendi kendilerine tüm hastanelere gidebilmeleri, rutin vakaların daha maliyetli uzmanlıklar ve eğitim hastaneleri tarafından tedavi edilmesine, kaynakların ve verimliliğin boşa gitmesine yol açmaktadır. Neredeyse tüm OECD ülkeleri, gereğinden fazla kullanılma eğiliminde olan hizmetler için katkı payı almaktadır. Yukarıda sözü geçen küresel kanıt temeli, birçok ülkenin, sağlık sigortası kapsamındaki önemli genişlemeleri karşılayabilmek için katkı paylarından yararlandığını göstermektedir.

Ortalama kaynak kullanımının %5’i olarak belirlenen yoksul olmayan mensuplar için katkı payı ödemelerinde gözlemlenecek bir artış, toplam GSS finansman gereksinimlerinin yaklaşık %0,8’ini doğrudan üretecek ve toplam GSS harcamasını %0,5 oranında azaltacaktır. Bu da genel SGK finansman gereksinimlerinde %1,3 oranında bir düşüşle sonuçlanacaktır. Yeni yapılan çalışmalardan biri göstermektedir ki 2002 yılında kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemelerin %25’ni hizmet sunucularına yapılan kayıt dışı ödemeler oluşturmuştur (Tatar ve ark., 2007). Ne var ki hekimlerin gelirlerindeki önemli artış ve resmî katkı payı ödeme zorunluluğu, kayıt dışı ödemeleri “dışarıda bırakmalıdır”; çünkü hastalar, iki kez ödeme yapmayı kabul etmeyecektir. Her durumda yetkililer, Türkiye’deki mali korumanın

yüksek düzeyinin ve hakkaniyetli dağılımının riske atılmamasını sağlamak için bu alanı iyi izlemelidir.

Ekstra Faturalandırma

Ekstra faturalandırma; GSS programı maliyetleri, toplam sağlık hizmetleri maliyetleri, hakkaniyet ve mali koruma açılarından önemli sonuçlar doğuran ve üzerinde durulması gereken bir başka konudur. Şu anda ekstra faturalandırma, belirli şartlar altında üniversite hastanelerinde (konfor, üniversite kadrosu tarafından tedavi edilmek) ve yeni Sosyal Güvenlik Yasasından kaynaklanan yeni kanunlar kapsamında, SGK tarifesinin %30 fazlası ek ücret, ilaveten konfor için ekstra ücret alabilecek olan özel hastanelerde uygulanabilmektedir. Burada mantık, kısmen bir eşit rekabet ortamı oluşturmak ve SB hastanelerine düzenli olarak SB bütçesinden verilen arz yönlü sübvansiyonlara karşılık (örneğin personelin taban maaşları, bazı sermaye maliyetleri, arsa maliyetleri vb.) özel hastanelerin maliyetlerinin telafi edilmesine imkân tanımaktır.

Ne var ki ekstra faturalandırma hastalar açısından hiç de adil olmayan yükümlülükler oluşturmakta, özel/cepten yapılan ödemeleri ve toplam sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmaktadır. “Eşit şart ortamı” meselesiyle başa çıkabilmenin en tatmin edici yolu, kamu kuruluşlarına tanınan arza dayalı sübvansiyonların kaldırılması ve tüm hastaneler için geri ödeme düzeylerinin tam etkinliğe sahip üretim maliyetlerine yaklaşmasının sağlanması olacaktır. Ne var ki bunun için devlet hastanelerindeki kamu hizmetine ilişkin kural ve şartlara tabi olarak istihdam edilen personel sayısında, emeklilik ve istifadan kaynaklanan kademeli bir azalmanın beklenmesi gerekebilir. Özel hastanelerde ekstra faturalandırma düzenlemesine izin verilmesinin tek sebebi, devlet hastanelerine verilen sübvansiyonların telafi edilmesiyse bunu başarmanın en adil ve en etkin yolu, sigortalının devlet hastanesine de özel hastaneye de gitse sigortasının kapsamı aynı olması gerektiğinden, SGK’nin geri ödemesinin bir bölümü olarak ekstra bir ödemeyi de kapsama almak olacaktır. Konfor açısından daha iyi koşullar söz konusuysa, temel tarifenin kapsadığı bir dizi konfor standardı oluşturulmalı ve tüm hastanelerin iyi tanımlanmış ek konforlar için ekstra faturalandırma yapmasına izin verilmelidir.

Ne var ki kamu hastanelerine yapılacak maaş sübvansiyonlarını dengelemek amacıyla, özel hastanelerin yaptığı ekstra faturalandırmaya yönelik devletin yapacağı ödemelerin – belki de katkı oranlarının yükseltilmesi yoluyla – finanse edilmesi gerekecektir. Yeşil Kart sahiplerinin, bu tür ödemeler yapıp yapmamaları gerektiği de cevaplanması gereken ayrı bir sorudur; çünkü GSS’ye kaydoldukları andan itibaren sigortalı olan diğer bireylerle aynı teminat paketine sahip olacaklardır (özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan yararlanma hakkı da dâhil olmak üzere). Bu sebeple, hakkaniyet, mali koruma ve genel maliyet sebepleriyle yetkililerin, bu ekstra faturalandırma politikasını nasıl yürüteceklerini ve ekstra faturalandırmanın sigortalı bireyler mi yoksa SGK tarafından mı ödenmesi gerektiğini ele almaları gerekmektedir. Zaman içinde kamu kurumlarına uygulanan arz yönlü sübvansiyonların kaldırılması, satın alıcı hizmet sunucu ayırımını hayata geçirmek ve özel sektör için eşit şart ortamı oluşturmak amacıyla daha doğrudan ve etkin bir yol olabilir.

Özel Finansmanın Rolü

OECD Health Data verilerine göre şu an özel sektör harcamaları, Türkiye’deki sağlık harcamalarının %28’ini oluşturmaktadır. Özel finansmanın rolü (daha önce tartışılan katkı payları ve ekstra faturalandırma konularının ötesinde) önemli olmakla beraber genelde ihmal edilen bir konudur. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü, üzerinde durulması gereken bir konudur. Önemli bir OECD çalışması, OECD ülkelerinde özel sağlık sigortasının farklı rollerini incelemiştir (Tapay ve Colomco, 2004). Türkiye, genel bir sağlık sigortası kapsamı geliştirdiğine ve kapsamlı bir teminat sistemine sahip olduğuna göre, isteğe bağlı özel sağlık

sigortası açısından sınırlı bir rol söz konusu olacaktır. Bu rol, teminat paketinde sunulandan daha yüksek konfor standartları ve SGK ile anlaşması olmayan kaliteli ve belirli konularda uzmanlaşmış özel kurumların sunduğu bakım gibi ek hizmetleri de kapsama almak için tamamlayıcı sigorta temin edilmesini de kapsayabilir. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü bu tür bir sistemde kısıtlı olsa da sektörün ayakta kalması ve tüketicinin korunması için nitelikli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Ayrıca yetkililerin, Kanada ve diğer bazı ülkelerde olduğu gibi özel sigortacıların kamu sistemindeki katkı paylarını da kapsama almalarını yasaklayıp yasaklamamayı düşünmesi gerekecektir. Uluslararası deneyimlerin de gösterdiği üzere imkânlarla sahip oldukları sürece kullanıcılar, özellikle devletin birden fazla sigorta programı uyguladığı yerlerde karşılanmayan katkı paylarının ödenmesi için özel sigortalara başvuracaklardır (Örneğin, Fransa nüfusunun %80'i Fransız sosyal sağlık sigortası sistemindeki katkı paylarını karşılamak için *Mutuelles*'den kapsam satın almayıken aynı orandaki Medicare lehdarları da ABD'de benzer düzenlemeler yapmaktadırlar.). Ancak, kamunun ihtiyaç duyduğu katkı payı ödemelerinin kapsama alınmasıyla devlet sigorta sistemine ek maliyetler yüklenmektedir; çünkü lehdarlar hizmet noktasında herhangi bir maliyetle karşılaşmadıklarından kamu hizmetlerinden daha çok yararlanma eğiliminde olacaktır. Bu tür bir kapsam yaygın olmadığı için, genel sağlık sigortası kapsamına geçişin bu evresi yetkililerin, isteğe bağlı özel sağlık sigortasına ilişkin düzenleyici politikayı ele almasının tam zamanı olacaktır.

Teşvike Dayalı Ödeme Mekanizmalarının Geliştirilmesi ve Uygulanması

SDP; DRG'ler ve diğer paket halindeki ödeme programları gibi teşvike dayalı ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi ve uygulanması için hükümler içermektedir. Ayrıca performans dayalı ek ödeme sisteminde Cari Prosedür Terminolojisi kodlu, kaynağa dayalı görelî değer ölçeği kullanılmaktadır. DRG'ler bir süredir geliştirilme aşamasındadır ve 47 hastanede (33 SB, 7 üniversite ve 7 özel hastane) değerlendirilme sürecindedir. DRG hastane ödeme sistemleri, OECD ülkelerinde yaygın bir biçimde kullanılmaktadır; genel olarak kaynak ve kalitenin etkin kullanımını artırdıkları düşünülmektedir. Bununla birlikte, paket halinde olmalarına rağmen DRG'ler hizmet başı ödeme mekanizmalarıdır. Maliyetlerin ve alınan hizmetlerin kalitesinin izlenerek DRG'nin çok ağır hareket etmesi (daha yoğun vakaların bildirimini), ayrıntı kabulleri ve ek kabuller gibi DRG'nin kendinden kaynaklanan bazı ters teşvikleri gidermeye hazır olunması arzu edilmektedir.

Tepe Teknoloji ve Hacettepe Üniversitesi'nin geliştirme çalışmasının; SGK tarafından pilot testinin yapılması, iyileştirilmesi ve uygulanması önem taşımaktadır. Türkiye'nin, aynı zamanda, hem OECD ülkelerinde kullanılan daha yenilikçi, toplu, ileriye dönük, ayakta tedavi ödeme sistemlerine (yani ABD Medicare programının Ayakta Tedavi Ödeme Sınıflandırması Sistemi gibi DRG'leri model alan yeni, ileriye dönük, ayakta tedavi ödeme sistemleri) uyum sağlamak hem de yönetilen pek çok sağlık planında bulunan risk paylaşım düzenlemelerini işin içine katmak üzere, hizmet başına ödemeye dayalı ayakta tedavi ödeme sistemlerini yeniden yapılandırmayı da göz önünde bulundurması gerekir. Uzmanlara, tanı testlerine ve hastanelere yönelik gereksiz sevkleri azaltmak için hizmet sunuculara güçlü teşviklerin verilmesi yoluyla önemli verimlilik kazanımları elde edilebilir. Seçici sözleşme, bu tür düzenlemeler için önemli ve gerekli bir şart olabilir. Söz konusu yöntem, bireysel hizmetler karşılığındaki ödeme düzeylerinde küçük kesintiler yapılmasından çok daha etkili bir maliyet kontrol yöntemi olabilir. Bu, Türkiye'nin ayakta tedavi kliniklerine yönelik yakın zamandaki mahkeme zorluklarını ele almasında yardımcı olacaktır.

Hem Türkiye'deki mevcut ödeme mekanizmaları hem de aşağıda söz edilen global bütçelerle ilgili araştırılması gereken bir başka teknik konu da hastanelerde performans dayalı ek ödeme sistemi yoluyla verilen teşviklerde (Kutu 2.1) ve hastanelere yönelik DRG ödeme sisteminde tutarlılık sağlanması ihtiyacıdır. Örneğin, Cari Prosedür Terminolojisi kodlu,

kaynağa dayalı göreceli değer ölçeklerindeki göreceli ağırlıklar, DRG'ler ve toplu ayakta tedavi ödemeleri ile aynı mali tedavi teşviklerini mi içermektedir? Bu teşvikler, global bütçe kısıtlamalarıyla ne ölçüde zıtlık taşımaktadır? Ödeme mekanizmaları ve global bütçeler; farklı hizmet türleri (ayakta tedavi hizmetlerine karşın yataklı tedavi hizmetleri) ve hizmet sunucular (SB, üniversite ve özel kesim) çapında aynı teşvik mekanizmalarını desteklemekte midir? Mevcut durumda, bu farklı alanların her biri ile sağlık sistemindeki farklı kurumların ilgilendiği ve bu farklı mekanizmalara yönelik teşvik unsurlarının hepsinin, birbiri ile etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir.

Eski IMF tavan fiyatlarına uygun olarak, global kısıtlar; yetkililerin genel sağlık hizmetleri maliyetlerini kontrol etme amacı taşıyan politikalarının önemli bir unsuru olmuştur. Bunlar SDP'nin başlangıç yıllarında harcamalarının karşılanabilmesi ve bu düzeyin korunabilmesi için önemli bir rol üstlenmişlerdir. Ne var ki bu tavan fiyatlar, yalnızca SB hastanelerinde uygulanmıştır. Yeni Sosyal Güvenlik Yasası'nın 73. Maddesi, hükümete üniversite hastaneleri de dâhil olmak üzere tüm devlet hastanelerine kısıt uygulama yetkisini vermiştir. Global bir sınırlama olmadan, özellikle de ek hizmet sunumunu teşvik eden hastane performans dayalı ek ödeme sistemi kurulmuşken sağlık hizmetleri maliyetlerinin kabul edilemeyecek derecede yüksek düzeylere çıkması, büyük ihtimal taşımaktadır. Uzun vadede maliyeti kontrol altına alma konusu aşağıda incelenmiştir. Ne var ki yakın gelecekte de maliyet kısıtlaması sorununa eğilmek önem kazanacaktır. 73. Madde'nin uygulamaya koyulmasının yanı sıra, SDP'nin II. Fazı sırasında tüm SGK harcamalarına yönelik bir sınır belirlenmesi dikkate alınmalı; üniversite hastaneleri ve özel hastaneler ile ayakta tedavi hizmetleri kısıtlama kapsamına dâhil edilmelidir. "Nasıl Yapılır: Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Ödemeler İçin Sistem Tasarlanması ve Uygulamasına Yönelik Kılavuzlar" isimli yeni bir Dünya Bankası yayını; hastaneler için vakaya dayalı ödeme sistemlerinin ve global bütçelerin uygulaması; satın alıcılar ve hizmet sunuculara yönelik sözleşme ve yönetim bilgi sistemleri ile ilgili detaylı politika ve teknik rehberlik sağlamaktadır (Langenbrunner *ve ark.*, yayıma hazırlanıyor).

Tıp Eğitiminin Finansmanı

Yukarıda söz edildiği üzere, hekim sayısında öngörülen büyük çaplı artış ile birlikte, Türkiye, tıp eğitiminin finansmanı konusunda net bir politikaya ihtiyaç duymaktadır. Tıp eğitimi, hem doğrudan maliyetler (profesör, uzman ve asistan maaşları) hem de dolaylı maliyetler (örneğin; eğitim işlevinin bir bölümü olarak istenen ilave testler) içermekte olup tıbbi araştırmaların finansmanı da yakından ilintilidir. Üniversite hastanelerinin çeşitli çıktıları bulunmaktadır: hasta bakımı, tıp eğitimi ve araştırma. Bu çıktıların eşzamanlı üretimine ilişkin olarak, ölçek ve kapsam ekonomileri söz konusudur. Şu anda önde gelen birtakım üniversite hastaneleri iflasın eşiğindedir; bunun sebebi, kısmen, döner sermaye ödemeleri ve Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'nin sağladığı diğer pedagojik finansman kaynaklarının tıp eğitimi desteklemede yetersiz kalması ve kısmen de, çok sayıdaki rutin hastanın, daha pahalı olan bu eğitim hastanelerinde gereksiz yere tedavi olmasına yol açan hastanın hastane seçme özgürlüğüdür (8). Ayrıca, Türkiye'deki eğitim hastanelerinin verimliliğine ilişkin endişeler de dile getirilmektedir. Bu konular, iyi eğitilmiş ve en son teknolojiyle donatılmış sağlık iş gücünün yaygınlaştırılması, üniversite hastanelerinin fonksiyonlarını verimli bir şekilde yerine getirmelerinin sağlanması ve bu hastanelere çalışmalarını sürdürmeleri için yeterli finansmanın temin edilmesi yönündeki hedeflerle tutarlı net politikaların geliştirilmesi amacıyla, Başkanlık Komisyonu ya da ulusal bir komisyon vasıtasıyla ele alınabilir.

İlaçlar

İlaçlar, Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Bu da etkinliğin artırılmasıyla elde edilecek tasarrufların, SDP'nin ikinci basamağına önemli

ölçüde finansman katkısında bulunabileceğini ortaya koymaktadır. SDP uyarınca Türkiye, ilaç politikalarında reform yapmak için önemli adımlar atmış bulunmaktadır. Farklı sağlık sigortası fonlarının geri ödeme listeleri, ortak bir SGK listesinde birleştirilmiştir. Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere beş AB ülkesindeki en ucuz fiyata dayalı referans fiyatlar belirlemeye ilişkin 14 Şubat 2004 tarihli kararname, 900'den fazla ilaç fiyatında %80'e varan indirim yol açmıştır. Aynı sene içerisinde KDV'de yapılan indirimler de ilaçların maliyetlerini daha da düşürmüştür. Geri ödemeye ilişkin kararlar, SGK bünyesindeki merkezi bir komisyon tarafından alınmaktadır. Bu komisyon, geri ödeme listesine yeni bir ilacı ekleme karşılığında üreticilerden daha düşük fiyatlar almak için pazarlık gücünü kullanmaya başlamıştır. Jenerik ilaçlar için fiyatı en düşük olan seçenek değerlendirilerek ödeme yapılmaktadır ve hastanın daha pahalı bir ilacı seçmesi halinde fiyat farkından hasta sorumlu tutulmaktadır. Hekimlerin reçete yazma tutumlarını izleme amaçlı yeni bir sistem geliştirilmektedir. Üretici ve perakendeci düzeyinde uygulanan yasal indirimler, raflarda sınırlı yeri olan ve ortak jenerik kategorilerde pek çok eşdeğer ürünün bulunduğu bir piyasada, üreticilerden toptancılara ve perakende satıcılara devredilen birtakım kayıt dışı miktar indirimlerini "kaptırmamak" için SGK'nin yaptığı girişimlerdir. Tüm bunlar, son iki yıl içinde ilaç harcama büyümesinde önemli ölçüde yavaşlamaya yol açmıştır.

Ne var ki ilaç sektöründe halen önemli ölçüde bir etkinlik rezervi bulunmaktadır. Maliyet etkililik kriterleri, geri ödeme kararları açısından tutarlı bir şekilde hayata geçirilmemektedir. Bu da geri ödeme listesinin bazı açılardan Almanya ya da İsveç gibi yüksek gelire sahip bazı ülkelere göre daha cömert görünmesine yol açmaktadır. Örneğin, Türkiye'nin tersine, farklı ilaçların benzer klinik etkinlik ve güvenliğe sahip olduğunun kanıtlandığı durumlarda Almanya, birden fazla moleküllü kapsayan geri ödeme tavanlarını işleme sokmaktadır. Bu, pahalı "ben de" ürünlerini, daha ucuz ve eski ürünlerle aynı fiyat tavanı altına çekebilmektedir. Yeni çıkan jenerik ilaçların fiyatları (patent tarihinin geçmesinin ardından çıkanlar), daha rekabetçi piyasalardaki fiyatlara oranla nispeten daha yüksektir. En önemlisi ise Türk hekimlerin halen hiçbir şekilde sorumlu tutulmadan akılcı reçete yazma kurallarını hem nicelik hem nitelik açısından göz ardı ediyor olmalarıdır, bu da hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesini büyük bir öncelik haline getirmektedir. SGK, belirli ilaçlar için geri ödeme tavanları benimseyerek kendini bir ölçüde koruma altına almışken daha pahalı ilaçların reçete edilmesi ve dağıtılmasını teşvik edecek şekilde düzenlenen ve hizmet sunuculara tanınan mali teşviklerin bir sonucu olarak hastaların kendi ceplerinden ödedikleri miktarlar gittikçe artmaktadır (Çelik ve Seiter, 2008).

Hizmet Sunumu Sistemindeki Değişiklikler

Yukarıda da söz edildiği üzere, başarılı finansman reformları yapan ülkeler, eş zamanlı olarak özenli bir şekilde aynı zaman dilimine denk getirilmiş hizmet sunumu sistemi değişiklikleri yapmışlardır. Yetkililer, bu tür tamamlayıcı değişikliklerin gerekliliğini önceden fark etmiş; erişim açısından gereken artışlar için kapasitenin artırılması, kalitenin iyileştirilmesi, tahsis ve teknik etkinliğin artırılması ve özel sektör için uygun bir rolün geliştirilmesi amaçları doğrultusunda özenli bir şekilde SDP'yi tasarlamışlardır. Ne var ki aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasının tamamlanması ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin eğitilmesi için; aile hekimliği ile toplum sağlığı hizmetleri arasındaki ilişkinin çözülmesi; hekim ve hemşire sayısının artırılması ve beceri dağılımlarının en üst noktaya çıkarılması; hastane özerkliğinin hayata geçirilmesi ve GSS sisteminde yer alan özel sunuculardan en iyi şekilde yararlanılmasının sağlanması gibi önemli konulara eğilmek gerekmektedir. Bu konular, sırasıyla aşağıda tartışılmaktadır.

Aile Hekimleri

Yeni aile hekimliği sisteminin Türkiye çapındaki gelişimini tamamlamak, hiç şüphesiz, reformların tam anlamıyla gerçekleştirilmesinin kilit unsurudur ve verimlilik kazanımları

için önemlidir. Yukarıda bahsedildiği üzere, yeni sistem Ekim 2008 itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır.

Uygulamanın, 2009 yılı sonuna kadar 59 ilde başlatılması planlanmaktadır. SB'ye göre uygulama 2010 yılı itibarıyla Türkiye'deki tüm illere yayılmış olacaktır. Ancak İstanbul'da potansiyel aile hekimi eksikliğinden dolayı bu ilin, söz konusu takvime dâhil edilmesi zor görünmektedir. Aile hekimleri ile hastane poliklinikleri arasındaki başvuru dağılımının, aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılırken aile hekimliği sisteminin lehine bir şekilde düzenlenmeye devam edeceği tahmin edilmektedir. Ne var ki maliyet açısından aile hekimliği sisteminin tüm faydaları, şimdilik ertelenmiş sevk sistemi yeniden kuruluncaya ve uygun katkı payı teşvikleri oluşturulana kadar gerçekleşemeyecek gibidir. Yetkililere göre zorunlu bir sevk sistemi kurulmadan önce, hem aile hekimliği sisteminin tam uygulanması hem de hâlihazırda 3000 kişi olan ortalama hasta listesinin 2000-2500'lere düşürülmesi gerekmektedir. Esasen, aile hekimlerinin hasta yükü aşırı görülmektedir. Mart 2008 verilerine göre, hekim başına günlük tıbbi muayenelerin sayısı ortalama 44 seviyesindedir (bu da klinik muayene başına ortalama 7,5 dakika anlamına gelir).⁹ Hastalara sevkli veya sevksiz hastane başvuruları için farklı katkı payı ödemesi getirilerek uygun kullanım iyileştirilebilir.

Aile Hekimlerinin Gelecekteki Eğitimi

Türk yetkililer, yeni aile hekimliği hizmetinin tam anlamıyla uygulanmasını temin için 25.000 ila 30.000 yeni aile hekimine ihtiyaç olduğunu tespit etmiştir. SB bunun toplamda 40.000 ila 45.000 aile hekimi tutacağını tahmin etmektedir. Tıp fakültelerine öğrenci alınımında %50 oranında artırma gidilmesi yönünde açıklanan politikanın, önümüzdeki 5 sene boyunca sunulacak hizmetlere herhangi bir etkisi olmayacaktır. Çünkü Türkiye'de doktorların eğitimi en az 6 sene sürmekle birlikte uzman aile hekimi yetiştirilmesi daha fazla bir süre almaktadır. Kapasitede istenen artırımlar, mevcut pratisyenlerin yeniden eğitilmesi ile kısmen başarılabilir. SB, üç aşamalı yeni bir eğitim programını uygulamaya koymuştur. Eğitimin birinci aşaması, 10 gün sürmekte ve uyum üzerinde durmaktadır. Tüm aile hekimlerinin bu eğitimi alması zorunludur. Mart 2007 itibarıyla, Türkiye'de kamu hizmetindeki 25.000 kadar pratisyenden 11.430'u bu eğitimi almıştır. Eğitimin ikinci aşamasının uzaktan eğitim metoduyla verilmesi planlanmaktadır. Eğitim 40 modülden oluşacak ve bunlardan 3'ü uygulamalı olarak verilecektir. Eğitim alanların performansına bağlı olarak, eğitimin şu an 12 ay sürmesi planlanmaktadır. Eğitimin bu fazı henüz başlamamıştır. Üçüncü aşama ise henüz tanımlanmamıştır. Eğitimin üçüncü aşamasının, Tıpta Uzmanlık Sınavı ile yarı zamanlı olarak verilmesi ve esasen klinik tabanlı olması planlanmaktadır. Hükümet, internet tabanlı eğitim ve klinik eğitimi birleştiren bu modülün iyileştirilmesi için, OECD ülkelerindeki diğer birinci basamak eğitim modellerini incelemeyi düşünebilir.

Teşvik yönünden, mevcut gelir sistemi, aile hekimlerine, aile hekimliği eğitimi almaları ve bu şekilde çalışmalarını için güçlü mali teşvikler sağlamaktadır. Bir aile hekimi için toplam gelir (maaş veya kişi başına düşen ödemeler + ek ödemeler), hastanede çalışan bir pratisyen hekimden biraz, sağlık ocağında çalışan bir pratisyen hekimden ise belirgin derecede yüksektir. Ayrıca, ihtiyaç içindeki bölgelerde aile hekimlerinin geliri, tipik olarak daha yüksekken – coğrafi dağılım bozukluğunu gidermek için böyle olması gerekir – hastaneler ve sağlık ocaklarındaki pratisyen hekimlerin gelirleri yüksek değildir. Bu da, kuruluşlar, çalışma şekilleri ve coğrafi bölgeler bazındaki ücret yapısının; tıp fakültesi mezunlarının aile hekimliği dalında eğitim alma yönünde teşvik edilmesine yardımcı olduğu anlamına gelmektedir.

Aile Hekimleri ve Toplum Sağlığı Hizmetleri

SDP kapsamında, halk sağlığı uzmanlarının toplum sağlığı merkezlerinde, bunun yanında aile hekimlerinin ise sağlık ocaklarında – her ne kadar bazen bu iki yapı aynı olabilse de – çalışmaya devam etmesi düşünülmektedir. Bu iki önemli unsur arasında iş bölümü yapılması, yerel düzeyde halk sağlığının etkin bir şekilde geliştirilmesinin şartı olacaktır. Örneğin, aile hekimleri, kendilerine kayıtlı ailelerin sigara içme alışkanlıklarını soruşturabilme fırsatına sahip olabileceklerdir. Sigara içenlere, alışkanlığı bırakmaları yönünde birinci basamak hekimlerince kısa bir danışmanlık verilmesi, küçük bir hasta grubu için başarılı ve oldukça maliyet etkili bulunmuştur. Ne var ki pek çok sigara tiryakisi kendi aile doktorunun yaptığı kısa danışmanlıktan sonra sigara içmeyi bırakamayacak veya ara verdikten sonra yeniden içmeye başlayacaktır. Bu noktada hastanın, toplum sağlığı merkezince bir sigara bırakma kliniğine sevki uygun olacaktır.

Hemşire Hekim Beceri Dağılımı

Yukarıda bahsedildiği üzere Türkiye; OECD bölgesinde, çalışan hemşirelerin çalışan hekimlere oranı açısından en düşük oranlardan birini bildirmektedir: 2006'da bu oran, Türkiye'de 1,4 iken OECD'de 3,1 idi. Bu durumun maliyet etkili bir beceri dağılımı olup olmadığı tartışılabilir. Ayrıca, Türkiye'de hemşire mezuniyet oranı, 1000 hemşirede 30,7 olarak görülmektedir ki bu da 2005'te 45,7 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır. Ancak, hekimlerin eğitiminden farklı olarak hemşire eğitimi konusunda, mevcut durumu iyileştirmeye yönelik bir plan bulunmamaktadır. Kamu için, bir hemşire yetiştirmek, bir doktor yetiştirmekten çok daha az zaman ve maliyet alır. Yetkililer, hizmet sunumunu maliyet etkili ve hızlı bir biçimde gerçekleştirmek amacıyla hemşirelerin hem eğitim oranını hem de klinik rolünü genişletmeyi düşünebilir. SDP'yi tamamlamak için öngörülen zaman çizelgesi kapsamında ek hemşireler yetiştirilebilir.

Hastane Özerkliği

Devlet hastanelerine, verimli bir şekilde çalışabilmeleri için daha fazla özerklik vermeyi amaçlayan hastane özerkliğine ilişkin yeni yasa halen TBMM'de görüşülmektedir. Yasa tasarıları devlet hastanelerini yönetmek için yerel Yönetim Kurulları kurulmasını önermektedir. Tasarı; Kurulun kapsamını (ilgili niteliklere sahip deneyimli memurlar), Kurul üyelerine yapılacak ödemeleri, yetkilerini (personel alımı ve çıkarımı, tıbbî hizmetler de dâhil olmak üzere hizmet satın alımı, taşınır ve taşınmaz varlıkların satılmasına ilişkin hakları) tanımlamaktadır. Özerklik, her bir hastanenin gösterdiği performansın değerlendirilmesi sonucunda hastanelerin bunu "kazanması" esasına dayanarak verilecektir.

Önceki bölümde bahsedildiği üzere, SB hastanelerindeki yöneticiler; sözleşmeli personel istihdam etme, personel performansını ödüllendirmek üzere performans yönetim sistemi kullanma, yemek ve temizlik gibi bazı hizmetleri özel sektörden ihale yoluyla alma şeklinde bazı yeni özgürlükleri hâlihazırda kullanmaktadır. 3. Bölüm'de önerildiği üzere bu değişiklikler tıbbî personelin daha yüksek gelir elde etmesi ve verimlilik kazanımları ile ilişkilendirilmiştir. SB, hastane personelini yönetim konusunda eğiten, uzaktan eğitim programlarına önemli yatırımlar yapmıştır. Ancak bu alanda daha fazla çaba gerekmektedir.

OECD ülkelerindeki deneyim; önerilen yasada öngörüldüğü şekilde, daha fazla "kazanılmış" özerkliğin, devlet hastanelerine, özel hastanelerle etkin şekilde rekabete girebilme ve Türkiye'deki hastane hizmetleri bağlamında yeni satın alıcı/hizmet sunucu ayırımından kaynaklanacak verimlilik kazanımlarını tam kapasiteyle gerçekleştirebilme fırsatı sağlamak için hemen hemen zorunlu bir unsur olduğunu önermektedir. Ne var ki özerkliği

desteklemek üzere gerekli yönetim kapasitesi düzeyini güvence altına almak için yöneticilere ek eğitimler verilmesi gerekecektir. Ayrıca, yeterli bilgi ve teşvikler – DRG ödeme sisteminin ve SGK ile yapılacak yeni sözleşme düzenlemelerinin tamamlanması gibi – olması önemlidir. Merkeziyetçilikten uzaklaşmış bir karar alma yapısına uygun tasarlanmış bir hastane bilgi sisteminin olması da zaruridir. Özerkliğin başarılı olabilmesi için kamu hastanelerinde yeni davranış şeklinin öğrenilmesi gerektiğinden, bu tür bir davranışın sadece öğrenilmesi değil, aynı zamanda gösterilmesi için zaman tanımak doğru bir yaklaşımdır. Bu da, önümüzdeki birkaç yıl boyunca kamu hastanelerinde aynı anda SB idaresinin ve özerklik rejimlerinin, varlıklarını birlikte devam ettirmeleri gerekebileceği anlamına gelmektedir.

Sağlık Hizmetleri Sunumunda Özel Sektörün Rolü

Özel sektörün sağlık hizmetleri sunumundaki rolü; erişim, verimlilik ve sistemin gelecekteki sürdürülebilirliği bakımından kritik önem arz etmektedir. Türkiye, diğer pek çok ülkenin aksine, özel hizmet sunucularına, devlet sigortası altındaki hastaları tedavi etme ve bunun için ödeme almaya izin verme anlamında bir eşit şart ortamı oluşturmaya çalışmıştır. Ayrıca, kamu hastanelerindeki destek hizmetlerinin ihale yoluyla özel sektörden alınmasını teşvik etmiştir. Bunların sonucunda son 5 yıl içerisinde özel sağlık sektöründe belirgin bir büyümenin gerçekleştiği görülmektedir.

Özel sektör hizmet sunumuna ilişkin destekleyici bir politikaya rağmen SB, %70 civarındaki SB hekimlerinin mevcut durumda kamuda tam zamanlı çalışmasını ve özel sektörde çalışmamasını sağlamak için performans ek ödemelerini yükseltmiştir. Yeni aile hekimliği sistemi kurulduğu bazı illerde (örneğin Eskişehir) birinci basamak sağlık hizmetlerinde özel sektör hemen hemen dışarıda kalmıştır. Benzer şekilde, kamu sektöründeki teknolojik büyüme, bazı durumlarda mevcut özel sektör kapasitesini tekrarlayarak özel tanı merkezlerinin üzerinde daha fazla yaşam baskısı kurabilir. Öte yandan SB, zaten az sayıda olan alt dal uzmanlarını özel sektöre kaptırmanın endişesini giderek daha fazla yaşamaktadır. Çünkü ekstra faturalamadan ve kısıtlama olmaksızın hasta sevki sağlayan mevcut politikardan dolayı, eksikliklerin olduğu bu yerlerdeki özel sektör kuruluşları, bu uzmanlara, kamu sektörünün verdiği maaşın 1,5-2 katı daha fazla ücret ödeyebilmektedirler.

Kamu sektörü ve özel sektör hizmet sunum kapasitesi bileşimini akılcı hale getirmek için, mevzuat oluşturulmuştur. Bununla birlikte, uzmanlaşmış sağlık personeli, özellikle hekim eksikliği yüzünden yetkililerin özel sektöre yönelik tutumunun bazen çelişkili olabildiği görülmektedir. Uzun vadede, kamu sektörü ve özel sektör arasında canlı bir işbirliği ve rekabet sağlamak amacıyla politikalar matrisi genelde iyi tasarlanmıştır. Ama orta vadede, devlet hastanelerine uygun düzeyde özerklik vermeye yönelik kısıtlamalar yüzünden ve devlet memurluğu şartlarına tabi hastane personeli sayısının, emekliye ayrılma ve istifa sebebiyle azalması yüzünden taviz verilmesi gerekebilecektir. Hükümetin, bu endişeleri dikkatle dengelemesi gerekmektedir. Kamu sektörü ve özel sektör ortak hizmet sunum kapasitesinin etkinliğini en üst düzeye çıkarmanın ana şartları şunlardır: Teşviklerin doğru yapılması ve hizmet sunucu/satın alıcı tarafında eşit şartlar oluşturulması.

Yönetişim ve İdare

Hâlâ ele alınması gereken, SB, MEB ve SGK gibi diğer ilgili hükümet kurumlarını ilgilendiren pek çok önemli yönetim ve idari konu bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, SDP'de öngörülen sağlık sistemindeki işlev değişikliklerinin halen başlangıç aşamasında olmasından kaynaklanmaktadır. SB, hizmet sunanları finanse etme ve hizmet sunma işlevinden henüz çok uzaklaşmamıştır. SGK'nin GSS ödeyicisi olarak belirlenen işlevini tam olarak

üstlenmesi için gerekli gücü zayıflamaktadır. SGK'nin, hem işlemsel alacakların ödenmesi fonksiyonları açısından hem de GSS'nin sürdürülebilirliği ve ödeme gücünün en iyi şekilde tahmin edilmesiyle ve hizmet sunucu/ödeme reformları gibi konularla ilgilenen bir politika yapıcı organ olarak kapasitesini güçlendirmesi gerekmektedir.

Yukarıda bahsedildiği üzere; SB, MEB, SGK ve sağlık meslek grupları arasındaki ilişkilerin ve rollerin – özellikle sağlık iş gücünde önerilen büyük artışlar ve tıp eğitimi ile tıp araştırmalarının finansmanına yönelik açık politika eksikliğinin görünürdeki sebebi ışığında – daha fazla netlik kazanması gerekmektedir.

Bu bölümün son kısmı; SDP/GSS reformları tamamlandığında Türk sağlık sisteminin karşısına zorluk olarak çıkabilecek uzun vadeli sorunlara değinmektedir.

4.6. Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Uzun Vadeli Sorunlar

Daha uzun vadede, tüm Türk vatandaşları sağlık sigortasına kavuştuğunda ve sistem tü-müyle modernize edildiğinde bazı eski zorluklar devam edecek bu arada yenileri de orta-ya çıkabilecektir. GSS aşamasına ulaşmış OECD ülkeleri; hastalıkların önlenmesi, hizmetlere hakkaniyetli erişimin tam anlamıyla gerçekleştirilmesi, kamu harcamalarının ve genel harcamaların kısıtlanması, uzun vadeli mali sürdürülebilirliğin sağlanması ve verimliliğin en üst düzeye çıkarılması gibi zorluklarla halen karşı karşıya kaldıklarını belirtmektedirler.

Halk Sağlığı Zorlukları

3. Bölüm'de bahsedilen bazı halk sağlığı zorlukları, görünüşte hâlâ devam etmekte ya da daha da kötüleşmektedir. Zorunlu eğitimin süresini uzatarak çocukların ortalama eğitim düzeyini geliştirmek üzere alınan son tedbirler, ancak zaman içinde sonuç verecektir. Sigara tiryakiliği gibi kökleşmiş alışkanlıklar, hızlı değişime direnecek gibi görünmektedir. Nüfusun sağlıklı beslenmeye yönelmesine ve azalan fiziksel aktiviteye yol açan teknoloji ve yaşam biçimi değişiklikleri ki bunlar sonuç olarak obezite ve kronik hastalıkları tetikler, devam edecek gibi görünmektedir.

Sektörler arası (Bakanlıklar arasında) koruma politikaları, yalnızca Türkiye'deki sağlık durumunu düzeltmek açısından değil, aynı zamanda sağlık harcamalarının üzerindeki baskıyı kaldırmak açısından da önemli olacaktır. Örneğin, 3. Bölüm'de sözü edilen kanıt; eğitim durumunun, sağlık durumunu belirlemede çok önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Yani Türkiye'de özellikle kızlar arasında daha yüksek eğitim düzeylerini ve eğitim harcamalarının daha yüksek düzeyde etkinliğini teşvik konusunda SB ile MEB ortak bir ilgiye sahiptir. Ek eğitim başarısına atfedilebilecek ekonomik ve kültürel faydalara ilave edilecek potansiyel sağlık kazanımları ve (gelecekteki sağlık harcamalarından yapılacak) potansiyel tasarruflar vardır.

Sektörler arası politikaların da Türkiye'nin, kötü hayat şartlarıyla bağlantılı büyüyen hastalık yüklerine değinmesi gerekmektedir.¹⁰ Sigara tiryakiliği konusunda, tütün kullanımını azaltmak üzere maliyet etkili, sektörler arası politikalar üreten pek çok ülke deneyimi mevcuttur. Bu bilgi birikimine dayalı politikaların bazı ülkelerde sigara kullanım oranlarını bazen dramatik şekilde düşürmede başarılı olduğuna dair güçlü bir kanıt bulunmaktadır.

Hizmetlere Erişimde Coğrafi Eşitsizlikler

Diğer OECD ülkelerindeki deneyim, Türkiye'de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi eşitsizliklerin, GSS'nin uygulanmaya başlamasından sonra bile devam edeceğini belirtmektedir. Bunun sebebi kısmen, sağlık hizmetleri için gerekli insan

kaynakları ve fiziksel kaynakların coğrafi dağılımında eskilere dayanan eşitsizliklerin, GSS'nin uygulamaya konmasından sonra yıllarca devam edebilecek olmasıdır. Bu eşitsizlikler, sıklıkla, sağlık çalışanlarının yoksul, uzak bölgeler ya da sıkıntılı sanayi alanları yerine ekonomik, fiziksel ve sosyal açıdan cazip alanlarda çalışma isteği ile varlığını sürdürmektedir.

Ekstra faturalandırma ve ikili (kamu ve özel) uygulama kuralları, dezavantajlı gruplara yönelik erişim hakkaniyetsizliklerini artırabilir ve özellikle daha zengin kesim ile yeterli hizmet alamayan kesim arasındaki eşitliği azaltabilir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, sadece bir işin gerektirdiği klinik yük ve (yaşam maliyetindeki yerel farklılıkları da göz önüne aldıktan sonra) kazandıkları net gelire değil; barınma, çalışma saatleri dışındaki yaşam biçimleri, (eğer çocukları varsa) yerel okulların kalitesi, eşleri için iş olanakları ve mesleki gelişim fırsatlarıyla da motive olacaktırlar.

Ülkenin boyutu ve coğrafi çeşitliliğinden dolayı, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi eşitliğin uygulanabilmesi için hiç kuşkusuz sürekli dikkat gösterilmelidir. Talep açısından, para, özellikle de yeterli hizmet alamayan bölgelerde hastaları takip edeceğinden, fon akışının dikkatli şekilde izlenmesi gerekecektir. Eğer bu akışlarda, uygun coğrafi ihtiyaç unsurları ile ilgili ödeme şeklinde yapılan düzenlemelerden sonra ciddi eşitsizlikler devam ediyorsa yetkililerin, ya ödeme şekline yönelik daha fazla düzenleme yapmayı veya coğrafi bölgeye doğrudan sübvansiyonda bulunmayı düşünmesi gerekecektir. Bu tip bir politika oluşturmanın önemli bir adımı da Türkiye'deki farklı bölgelerde sağlık hizmetlerine ilişkin hakkaniyetli kamu harcaması yapılabilmesi için hedefler geliştirmek ve kamu harcamalarını bu hedeflere kademeli olarak yaklaştırmayı amaçlamak olacaktır. Her bir bölgede, hangi düzeyde bir kamu harcaması, Türkiye çapında sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç karşısında eşit tedavi sağlayacaktır? Sağlık hizmetlerini çoğunlukla vergi kaynaklı fonlarla finanse eden çeşitli OECD ülkeleri, coğrafi bölgeler bazında sağlık hizmetleri için kamu kaynaklarının tahsisatını yönlendirmek üzere ağırlıklı kişi başı ödeme hedefleri oluşturmuş ve bazıları da harcamaları kademeli olarak bu göstergelerle (örneğin, bk. Sağlık Bakanlığı, İngiltere 2005) uyumlu hale getirmiştir. Bir bölgedeki kaba nüfusun, tipik olarak (yaşla ilgili ihtiyaçlar için) yaş yapısı; yaşa bağlı ölüm ve (ek ihtiyaçlar için) sosyoekonomik durum gibi göstergeler; coğrafi bölgelerde sağlık hizmetleri sunumunun maliyetindeki kaçınılmaz değişikliklerin ölçümü (coğrafi fiyat ve ücret değişikliklerine olanak tanımak için) yoluyla o bölgedeki kaba nüfusu ağırlıklandırarak söz konusu nüfusu düzenleyen formülün yardımıyla uygun hedefler belirlenmektedir. SB, Türkiye'de bölgesel GSS sağlık harcamalarına ilişkin bu tür hedefleri belirlemekle ve SGK ise – 10 veya 20 yıl gibi – belirlenmiş bir süre boyunca coğrafi harcamaları kademeli olarak bu hedefler doğrultusunda yönlendirmekle görevlendirilebilir.¹¹

Arz yönlü atılacak önemli bir adım da, sağlık çalışanlarını, yokluk çeken bölgelerde çalışmaya teşvik etmek için ülke politikalarını daha da geliştirmek olacaktır. Yukarıda önceden belirtildiği üzere, SDP kapsamında hekimlerin ülke içindeki coğrafi dağılımında belirgin bir gelişme sağlanmıştır (bu dağılım, her ne kadar ağırlıklı yerine kaba kişi başı göstergeler temelinde yapılmış olsa da). OECD; hekimlerin coğrafi dağılımı sorusunu ele alan, hekimlik hizmetlerinin arzı üzerine bir Tartışma Metni yayımlamıştır (OECD, 2006b). Dağılımı geliştirmek için OECD ülkelerinde başarıyla kabul edilen politikaları belirlemiştir. Bu politikalar içerisinde şunlar sayılabilir: genel hekim sayısını artırmak (ancak kimi alanlardaki eksiklikleri gidermeden, bazı alanlarda hekim sayısı açısından doygunluğa ulaşmak mümkündür); eğitime yönelik teşvikler kullanmak (yoksun alanlarda sağlıkla ilgili okullar açma, bu bölgelerde büyümüş öğrencileri seçme ve öğrencilere bu tür alanlarda çalışma fırsatı tanımak üzere müfredatta değişiklik yapma dahil); eğitim finansmanına yönelik teşvikler kullanmak (sağlık eğitimi için öğrencilere karşılıklı burs veya kredi sağlamak; bursun karşılığı,

mezunların belirli bir süreliğine yoksun alanlarda hizmet vermeleri olacaktır); düzenleyici politikalar (hekim sayısının fazla olduğu alanlarda çalışmaya başlamayı kısıtlama ve yoksun alanlarda çalışmayı kabul karşılığında lisans verilmesi gibi); finansal politikalar (yoksun alanlarda çalışan pratisyen hekimlere ek çalışma ödeneklerinin verilmesi veya gelirlerinin artırılması gibi).

Açıkçası, burada bahsedilen finansal politikalar, yukarıda sözü edilen talep yönlü finansman politikalarının ücret ve fiyat unsurlarını da tamamlamalıdır. Türkiye bağlamında, Doğu bölgelerinde ve İstanbul'da (en azından pratisyen hekimler ve aile hekimleri açısından) yoksunluklar olduğu görülmektedir. Ülkenin doğusundaki bu durumun, ekonomik zayıflıktan kaynaklandığı görülmektedir. İstanbul'daki yoksunluk ise ekonomik güçle ilgili olabilir; bu da büyük şehirlerde yaşamının, ikamet etmenin ve çalışmanın getireceği kaçınılmaz maliyetleri etkilemektedir. Her iki tür bölgede de oldukça farklı sebeplerden dolayı, hekimlik hizmetleri için daha fazla ödeme yapmak, buna göre görece kamu finansman tahsisatlarını yapmak, yoksunlukları gidermek ve tüm Türkiye'deki hastaların sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimini sağlamak gerekli olabilir. Bunun da Türkiye'deki DRG oranlarının ve toplu ayakta tedavi ödemelerinin coğrafi olarak farklılaştırılmasına yönelik bazı sonuçları olacaktır. Pek çok ülke, DRG'leri coğrafi sebeplerle ayırmaktadır; örneğin Fransa, maliyet farklılıkları gerekçesiyle Paris-Île de France için %7 oranında bir ek ödeme yaparken Island of Réunion'a %30 kadar yüksek bir oran ayırmaktadır.

Maliyet Sınırlama, Sağlık Hizmetlerine Yönelik Uygun Kamu ve Toplam Harcama Düzeyi ve Mali Sürdürülebilirlik

Genel kapsama sahip yeni Türk sağlık sistemi, cömert bir teminat paketi, hizmet başına ödeme (veya DRG) teşvikleri ve genişletilmiş fiziksel altyapı ve insan sağlığı altyapısı nedeniyle, sürekli maliyet sınırlama baskılarıyla mücadele etmek zorunda olmak bakımından diğer OECD ülkelerine benzeyecektir. Ayrıca, tüm nüfusa sağlanacak çok kapsamlı temel bir teminat paketi, nüfusun beklentilerini sınırlamayacaktır. Erişimin önünde bir kaç finansal engel olacak; uygun katkı payları gerekse bile, hizmet fiyatları yüksek oranda sübvansede edilecektir. Zaman içinde, maliyeti artıran teknolojik değişim, sadece, mevcut hastalara sunulabilen hizmetlerin etkinliğine katkıda bulunmayacak aynı zamanda etkili tıbbi bakımın sunulabildiği hastalık ve hasta yelpazesini de genişletecektir. Tüm bunlar beklenti ve taleplerin yüksek olacağı ve artacağı anlamına gelecektir. Öte yandan, arz yönünde, artan hekim sayıları, gelişmiş ilaç reçete etmek, ulaşılabilir hale gelen yeni tanı hizmetlerini istemek ve hastaları daha üst basamaklara sevk etmek için pek çok yeni fırsata kavuşacaktır. Hastanelere DRG'ye göre yapılan ödeme – hizmet başına ödeme sisteminin toplu bir hali – özel hastaneler için ekstra faturalandırma imkânıyla birlikte hizmet sunucularını, hizmetleri genişletmek için daha istekli hale getirecektir. GSYİH'de meydana gelebilecek herhangi bir artış, çift taraflı olacaktır. Bu, sağlık konusunda daha fazla kamu harcamasını finanse edecek mali kapasitenin artmasına yardımcı olacaktır. Ancak aynı zamanda, hasta beklentilerini de artıracak ve ters bir görece fiyat etkisi oluşturma sebebi olacaktır.

Yeni Türk sağlık sisteminin bu özellikleri; yalnızca kamu harcamaları ve belki de genel sağlık hizmetleri harcamaları için sisteme maliyet sınırlama “frenleri” koymak için değil aynı zamanda bu frenleri kararlı ve düzenli bir şekilde uygulamak açısından da önemli olacaktır. Türk politika yapıcılarının elindeki ana maliyet sınırlama “frenleri” şunları içermektedir: tüm kamu sağlık hizmetleri harcamalarındaki, SGK'nin özel hastanelere yaptığı ödemeleri de içeren, “sıkı” global üst limitler (Örneğin, Hazine tarafından SGK'nin sağlık bütçesine uygulanacaktır.); hastaların hizmetlere erişimi için uygun düzeydeki katkı payı ödemeleri; “uygun” düzeye ulaştıktan sonra Türkiye'deki hekim sayısının kontrolü;

mikroekonomik verimlilikte sürekli iyileştirmeler (bu konuya bir sonraki kısımda değinilecektir). Politika yapıcılarının, aynı zamanda, hastane hekimlerini, kararlaştırılan hastane bütçelerini aştıkları için yaptırma tabi tutma gibi politikaları da içeren, ek ve daha sert risk paylaşım düzenlemelerini değerlendirmeleri de gerekmektedir (IMF, 2007). Yukarıda tartışıldığı üzere, Türkiye'nin, harcamalarını az çok son beş sene boyunca kaydettiği belirgin ekonomik büyüme ile aynı doğrultuda tutabilmedeki görünür başarısına rağmen (Akdağ, 2008), hem OECD deneyimleri hem de yukarıda sözü edilen küresel kanıt, kapsamlı teminat paketinin oluşturduğu genel sigortanın ve – Türkiye'nin hızla yaklaşmakta olduğu – son teknolojilerin yaygın mevcudiyetini de içeren gelişmiş bir modern sağlık sisteminin ciddi harcama baskıları ile karşı karşıya kalacağını ifade etmektedir. Kutu 4.1, hem arz hem de talep açısından güçlü maliyet kısıtlama tedbirlerinin alınmaması durumunda böyle bir sistemin muhtemel duraksamasına ilişkin oldukça net tahminler sunmaktadır.

Gerçekte (hâlihazırda kişi başına yaklaşık 7000 ABD doları ve sağlığa da GSYİH'nin %16'sını harcayan ABD hariç) tüm OECD ülkeleri sağlık alanındaki kamu harcamalarını bir şekilde sınırlandırmaktadırlar. Bu, Almanya'da ve bazı Kanada eyaletlerinde olduğu gibi (IMF, 2007), belirli sınırlamalar şeklini alırken, diğer durumlarda aşırı harcamalar,

Kutu 4.1. Sağlık Harcamaları İçin Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi, 2008-2033

Maliyet kısıtlama tedbirleri olmaksızın, sağlık harcamalarını GSS bünyesinde etkin düzeylerde yapmak pek mümkün görünmemektedir. SGK, Hazine ve DPT uzmanları ile ortaklaşa yürütülen aşağıdaki aktüeryal analiz (bk. Mays ve ark., yayıma hazırlanıyor), Türkiye'de 2008-2033 arasında toplam ve kamu sağlık harcamalarına yönelik alternatif "maliyet kısıtlama" ve "maliyet kısıtlayıcı olmayan" senaryolar sunmaktadır. Burada sunulan iki senaryo farklılık göstermektedir. Bunun sebebi de, farklı maliyet kısıtlama derecelerinden kaynaklanan, sağlık harcamalarının, GSYİH'yi aşan aşırı büyümesine ilişkin alternatif varsayımlardır. Maliyet kısıtlama senaryosu, Türkiye'nin, geçmişte olduğu gibi sağlık harcamalarındaki artışı – sağlık harcamasının, 25 senelik tahmin süresi boyunca yaklaşık %7'nin üzerinde yıllık GSYİH artış oranını da aşan yıllık artışı ile – kontrol altına almaya devam edeceğini öne sürmektedir. Maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo, Türkiye'nin; sağlık harcamalarındaki yüzdelik artışın, yıllık %29 oranındaki GSYİH artışını aştığı, genel sağlık sigortasının büyük ölçüde başarılı olduğu diğer OECD ülkeleri gibi davranacağını öne sürmektedir. Her iki senaryo da yaşlanan nüfusu açıkça hesaba katmaktadır. Maliyet kısıtlama senaryosu altında sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece %1,09 daha hızlı artacaktır. Maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo altında ise sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece %2,41 daha hızlı artacaktır. Tablo 4.2 farklı sağlık harcamalarını ve iki senaryonun mali etkilerini göstermektedir.

Farklılıklar oldukça nettir. Maliyet kısıtlama tedbirleriyle, genel sağlık harcaması 2011'de GSYİH'deki %5,9 oranından 2033'te GSYİH'nin %7,4 oranına olmak üzere, %1,5 oranında artacaktır. SGK sağlık harcamasının GSYİH'deki payı %3,6'dan %4,5'e olmak üzere %0,9 puanlık bir artış sergileyecektir. Genel gelir katkısı GSYİH'nin %1,2'sinden %2,1'e yükselecek ve SGK'nin genel gelir payı da, belirgin derecede, ancak sürdürülebilir ölçüde, büyük olmayan bir artışla, %33'ten %46'ya yükselecektir. Maliyet kısıtlayıcı tedbirler söz konusu olmadığında ise ortaya farklı bir tablo çıkmaktadır: Bu durumda sağlık harcaması baz yıldaki GSYİH'nin %5,9'undan 3,8 puanlık bir artışla 2033'te %9,7 oranına yükselecektir. SGK sağlık harcamasının GSYİH'deki payı, GSYİH'deki %3,6'lık orandan %6,0'a ulaşacaktır. Daha da problematik olarak, genel gelir katkısı, GSYİH'deki %1,2'lik payını %3,5'e çıkaracak ve tüm SGK gelirlerinin genel gelir payı (katkı oranlarının sabit ve ücretlerin GSYİH ile orantılı olarak arttığı farz edilerek) %33'ten %60'a yükselecektir.

Kutu 4.1. Sağlık Harcamaları İçin Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi, 2008-2033

Bunu, maliyet kısıtlayıcı bir çaba olmaksızın, mali anlamda karşılanabilir bir bağlama yerleştirmek amacıyla yetkililer, GSYİH payı olarak merkezi hükümet harcamalarından, sağlık harcamalarına yönelik %2'nin üzerinde bir tahsisat yapabilecekler mi? Türkiye'de merkezi hükümet harcaması, mevcut durumda GSYİH'nin %20'sinden biraz daha fazla olduğundan, yetkililer, altyapı ve eğitim gibi kritik kamu harcaması önceliği taşıyan alanlardan %10 oranında kesinti yaparak, bütçenin %10'unu sağlığa yeniden tahsis edebilecekler mi? Alternatif olarak Türkiye, bu tür muhtemel gelecek sağlık harcamalarındaki artışları karşılamak üzere, gelir/GSYİH oranını 2 puan daha artırmak mümkün mü? Bu rakamlar yuvarlak rakamlar olmasına rağmen, GSS'nin ana şartı olarak sağlık harcamalarını kontrolün önemine işaret etmektedir. Sağlık harcamalarının bu tür kontrolünü gerektiren maliyet sınırlama "frenleri", bu kutunun üstündeki paragrafta tartışılmıştır.

Tablo 4.2. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları

	GSYİH'nin %si olarak toplam sağlık harcaması	GSYİH'nin %si olarak kamu sağlık harcaması	GSYİH'nin %si olarak SGK sağlık harcaması	GSYİH'nin %si olarak SGK genel gelir payı	Tüm SGK gelirinin payı olarak SGK genel geliri
Maliyet kısıtlama senaryosu					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	32.9
2033	7.4	5.7	4.5	2.1	46.3
Maliyetin kısıtlanmadığı senaryo					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	33.4
2033	9.7	7.6	6.0	3.5	59.5

Kaynak: Mays et al (yayıma hazırlanıyor)

Japonya'da olduğu gibi, sürekli düşürülen ücretlerle mahsup edilmeye çalışılır. Türkiye'nin, devlet hastaneleri için getirilen sınırlamalar konusunda deneyimi olmuştur ve önceden de belirtildiği üzere bu sınırlamaları özel hastanelere de uygulaması gerekmektedir. Çünkü son zamanlardaki harcama bilgilerinden bazıları, en yüksek artışların özel hastane hizmetlerinden geldiğini göstermektedir.

Pek çok OECD ülkesi de tıp fakültelerine veya lisansüstü tıp eğitimine – diğer amaçlar dışında – maliyetlerin dolaylı kontrolü amacıyla pek çok öğrenci kabul etmektedir. Türkiye'de zaman içerisinde hekim sayısı için "doğru" büyüme yoluna karar vermek önemli ve zor bir karar olacaktır. SDP, Türkiye'de mevcut durumda her 1000 kişiye 1,5 olan hekim sayısındaki yetersizliğe dikkat çekmiştir. Yukarıda bahsedildiği üzere hükümet, tıp fakültelerine yıllık öğrenci alımını 4500'den 6000'e çıkarmayı kararlaştırmıştır ki bu da her 1000 hekim başına mezun olma oranını OECD alanındaki diğer ülkelerin üstüne çıkarabilecektir. Hekim iş gücünün yaş yapısı incelendiğinde, önümüzdeki 20 sene içerisinde emekliliğe bağlı az bir yıpranma beklenmektedir. Doktorların yarısı 35 yaşın altındadır. Bu yüzden, hekim iş gücündeki mevcut genişleme (bk. Bölüm 3), diğer şartlar aynı kalmak kaydıyla, 6 sene sonrasından itibaren hızlanacaktır.

Açıkçası, hizmetlerin, karşılanmamış ihtiyaçları karşılamaları veya GSS ve aile hekimliği hizmetlerinin oluşturulması gibi politikaların uygulanması için kaliteyi yükseltmeleri gerektiğinde, hekim sayısının artırılması doğru bir yaklaşımdır. Fakat bir süre sonra bu ihtiyaçlar

karşılanmış olacağından, sayıyı azaltıcı düşüşler gerçekleşecektir. Bu noktada hizmet sunucunun indüklediği talep, kurtarıcı olmaktan çok bir sorun haline gelebilir. Bu arada, hizmet başına ödeme yapan sağlık sistemlerindeki hekim yoğunluğunun, diğer şartlar aynı kalmak kaydıyla, sağlık harcamalarını artırdığına ilişkin kanıt mevcuttur (OECD, 2006b). Ayrıca, Bismarkçı sağlık sistemine sahip diğer OECD ülkelerinde hekim yoğunluğu ile GSYİH'nin sağlık harcaması payı arasında bir korelasyonun bulunması da anlamlı olabilir.

Türkiye'de, şayet yeni tıp fakültesi mezunlarının önemli bir kısmı aile hekimi olursa o zaman, artan tıp fakültelerinin pek çoğu, aile hekimi sayısındaki yetersizliği gidermek için daha fazla öğrenci kaydı yapacaktır. Bu da etkin bir sevk sisteminin kurulmasını sağlar. Bu durumda, hizmet sunucunun indüklediği talebin, özellikle etkin sevk ve risk paylaşım gereksinimleri ile birleştiğinde, kötü olmaktan ziyade iyi olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, SB'nin aile hekimliğinde uzmanlaşmaya yönelik kapasite ve teşviklerinin güçlü olması çok önemlidir.

Verimlilik ve Mikroekonomik Etkinlik

Yeni Türk sağlık sistemi, kabul edilebilir maliyette – özellikle de kabul edilebilir kamu maliyetinde – yüksek kalitede sağlık hizmetleri verecekse, sistemin sürekli bir verimlilik ve etkinlik geliştiriminde bulunması gerekecektir. Yukarıda bahsedildiği üzere, mikroekonomik verimlilikteki kazanımlar, “uygun” sağlık harcaması düzeyini bulmada önemli bir katkı yapabilir. SDP'de öngörülen temel yapısal değişiklikler, 2013 yılına kadar tamamlansa bile programda öngörülen verimlilik geliştirimini gerçekleştirmek için önemli bir gündem, mevcudiyetini koruyacaktır.

SGK Tarafından Aktif Satın Alma Yapılması

Yeni Türk sağlık sistemindeki sağlık hizmetlerinin etkin bir satın alıcısı olarak SGK, sağlık hizmetlerinin hem kalitesini hem de maliyetini şekillendirmek üzere güçlü bir konumda bulunacaktır. SGK'nin bu fonksiyonu yerine getirmesi için yönetim becerileri edinmeye devam etmesi önemlidir. SGK'nin yönetim kapasitesi, özellikle, ödemelerin işlenmesi ve analizi; aktüeryal analiz ve ekonomik modelleme yapma; teşvik tabanlı ödeme sistemlerinin geliştirilmesi, test edilmesi ve uygulanması açılarından önemli olacaktır.

Aile Hekimleri

Aile hekimleri 2013 itibarıyla tüm nüfusa hizmet verebilecek olsalar da liste büyüklükleri en iyi ihtimalle yaklaşık 3000 kişi civarında olacaktır. Etkin bir sevk sisteminin kurulması için aile hekimi sayısının daha da artırılması ve aile hekimliği merkezlerinde verilen hizmetin çeşitliliği ve kalitesinin yükseltilmesi gerekebilir. Bu noktada, ABD'deki pek çok iyi hizmet düzenlemelerinin özelliği olan daha güçlü risk paylaşım yaklaşımlarını uygulamaya koymak uygun olabilir. Aşırı sevk karşısında aile hekimlerine yönelik negatif teşvikler uygulamaya ilaveten, birinci basamak hekimlerine, gereksiz reçete yazma, tanı testleri ve sevklerden kaçınarak elde edecekleri tasarruftan pay alma imkânı verme fikri de göz önüne alınabilir. Bir sonraki aşama ise aile hekimleri için hastane ve ilaç bütçesi tutma uygulaması getirmek olacaktır.

Hastaneler

Her ne kadar SGK ve DRG'li hastaneler arasındaki sözleşme sisteminin 2013 yılına kadar uygulamaya konması düşünülse de o zamana kadar tüm hastanelerin özerklik kazanmış olması mümkün görünmemektedir. Özerk hale gelenler de daha rekabetçi bir ortamda daha

fazla serbest şekilde çalışabilmeleri için gerekli beceri ve davranışları hâlâ öğreniyor olacaklardır. Pek çok hastane personeli, birkaç sene boyunca memurluk sözleşmesi kapsamında kalabilir. Türkiye’de piyasa rekabeti için mevcut alan gelecek birkaç sene boyunca sınırlı kalabileceğinden, özellikle nüfusun bir hastaneden fazlasını destekleyemeyeceği bölgelerde, hastaneler arasındaki rekabete bir standart veya kıstas getirmek iyi olabilir.¹² Bu, yeni DRG ödeme sistemi uygulamaya konduğunda daha da kolaylaşacaktır; fakat aynı zamanda hizmetlerin ve hasta memnuniyetinin klinik kalitesi için daha iyi göstergeler geliştirmek açısından da tercih edilir. Yetkililerin, ödeme teşvikleri ve etkin planlama yoluyla düşük seviyedeki hastane doluluk oranı ile başa çıkmaları gerekmektedir.

Bilgi Teknolojisi (BT)

Türkiye’nin, SDP kapsamında BT ve e-sağlık sistemlerini geliştirmek için hâlihazırda attığı adımlar yukarıda 2. Bölüm’de açıklanmıştır. Bununla birlikte, Türkiye’nin bu çabaları devam ettirmesi, hastaneler ve hekim uygulamaları da dâhil olmak üzere tüm düzeylerdeki reformları için gerekli bilgi sistemlerini uygulaması gerekir. Karar verme ve etkin izleme ve değerlendirme ile ilgili veriler kritik öneme sahip olmakla birlikte bunlar, ciddi reform çabalarının şartları olarak genellikle ihmal edilmektedir. BT’nin sağlık hizmetleri sunumunun etkinliğini geliştirmek üzere büyük bir potansiyel sağladığına dair yaygın bir kanaat mevcuttur. BT’nin ana uygulama alanları şunları içermektedir: Verilerin depolanması, yönetilmesi ve paylaşımı (özellikle klinik kayıtlar); klinik karar verme süreci hakkında bilgilendirme ve destekleme; uzaktan uzmanlaşmış mesleki hizmet ve klinik hizmeti sunma. Pek çok OECD ülkesinde özel orta vadeli bir amaç da sigortalı her bir birey için, ulusal bir elektronik sağlık kaydı oluşturmak ve tüm sağlık sektörü çalışanlarının, hizmet istenen tüm alanlarda bu kayıtlara erişimini sağlamaktır. Bu üç alanda donanım ve yazılım sunmaya yönelik epeyce ticari ilgi mevcuttur. Ayrıca, pek çok OECD ülke hükümeti de ulusal stratejiler oluşturmuş, hedefler belirlemiş ve e-sağlık için sağlık bilgi altyapılarını geliştirmeyi amaçlayan koordinasyon kurumları kurmuştur. Örneğin, İngiltere 2002’de “Ulusal Sağlık Hizmetinde Bilişim Teknolojisi Ulusal Programı”nı ve Kanada, elektronik sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve benimsenmesini hızlandırmak için 2001’de “Health Infoway (Sağlık Bilgi Yolu)”nu kurmuştur. Daha yakın zamanda 2004’te, Avustralya, yeni ulusal sağlık bilgi sisteminden sorumlu bir Ulusal e-Sağlık Dönüşüm Otoritesi ekibi oluşturmuştur. BT/e-sağlık gündemi hem ülkelerin kendi içinde hem de ülkeler arasında farklı uygulamalara göre farklı hızda ilerlemektedir. Ulusal yatırım seviyeleri de OECD ülkeleri arasında değişiklik göstermektedir. İngiltere’nin, SB ile olan düzenlemeleri finanse ederken Ulusal Sağlık Hizmetinin bilgisayarizasyonu için 15 milyar Euro üzerinde harcama yaptığı ve Kanada SB ile Kanada Infoway arasındaki finansman anlaşmalarının 2007 itibarıyla 1,6 milyar Kanada doları tuttuğu rapor edilmiştir. Ne var ki ulusal programlar, stratejiler ve yatırım yaklaşımları, resmin sadece bir parçasını oluşturmaktadır. Azımsanmayacak sayıda ülkede, yerel yargı organları, en çok yükü taşımaktadır. Sonuç, bazı ülkelerdeki yerel öncelikleri ve kısıtlamaları yansıtan belirgin “yerel” BT/e-Sağlık gündemler ve stratejilerin ortaya çıkmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde BT uygulamalarına ilişkin literatürün kapsamlı bir incelemesi (Car ve ark., 2008), e-sağlık uygulamaları ile bağlantılı potansiyel avantajlarla, fiili deneysel gösterilebilir faydalar arasında büyük bir uçurum olduğunu ortaya koymuştur. Değerlendirme kanıtı noksan ve fayda gösteren çalışmaların pek çoğu da ABD’deki Kaiser Permanente ve Veterans Sağlık İdaresi (Garrido ve ark., 2005; Evans ve ark., 2006) gibi entegre sistemlere odaklanma eğilimindedir. Deneyimin hayal kırıklığı oluşturduğu durumlarda, organizasyonel konuların ve insan faktörlerinin, sorunların kökünü oluşturduğuna dair “genel bir konsensüs” bulunmaktadır (Car ve ark., 2008). Yani, teknolojik çözümlerin gücü çoğunlukla

realize edilmez. Çünkü uygulamalar; kullanıcılara, kullanıcılar arasındaki etkileşimlere ve bunların sınırlamalarına ilişkin yeterli anlayışla tasarlanmamıştır.

Elde edilen geçici bir ara sonuç şudur: Pek çok program, cari giderleri azaltma (maliyet tasarrufları) temelinden ziyade, potansiyel bir maliyetten kaçınma (bir başka deyişle gelecekte maliyete girmeme beklentisine) ile hizmet kalitesi ve hasta güvenliği için öngörülen gelişmeler temelinde daha fazla ilerleme kaydetmektedir. Ek teminatlar, ek giderlerden daha fazla olsa da çoğu e-sağlık yatırımının maliyet tasarrufu sağlamaktan çok maliyet artırıcı olabileceği ortaya çıkabilir.¹³

İlaç Tüketimi

Türkiye’de ilaç giderleri, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu giderlerin, (son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere) genel sağlık giderlerinden daha hızlı arttığı görülmektedir; sebepleri şunlardır:

- Yenilik (eski, daha ucuz tedavilerin yerini alan veya şimdiye dek tedavi edilemeyen vakaları çözen yeni, etkili fakat çok pahalı ilaçlar).
- Sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha çok hekim (ilaç tedavisi gerektiren diyabet ve yüksek tansiyon gibi mevcut sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıkarılmasını sağlar).
- Yaşam şekli etkenlerine ve yaşlanan nüfusa bağlı ve uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık insidansında artış.

Başka bir deyişle, akılcı reçete yazımını geliştirme ve ilaçlara ödenen ücreti düşürme amaçlı çabalar özellikle gereklidir. Etkinliği geliştirmeye yönelik öneriler şunları içerir (ilaç yönetim aracının, aşağıdaki unsurlara odaklanarak daha kapsamlı şekilde kullanılması): (1) Jenerik ilaç piyasasında rekabet oluşturma (en ucuz jenerikler için hasta katkı payından feragat edildiği Almanya, bir rol modeli olarak tanımlanabilir) (2) Sağlam bir izleme sistemi, geribildirim ve finansal teşviklere bağlı akılcı ilaç kullanımına ilişkin bağlayıcı klinik rehberlerin kullanılmaya başlanması (3) İlaçların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesinin, geri ödeme kararlarında önemli bir rol oynamasını temin etmek üzere, geri ödeme işlevi ve artan şeffaflık için uzman desteği.

Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi

İlaçlarla ilgili yukarıdaki son öneri genelleştirilebilir. Öneri, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile yönetilmesine ilişkin kararlarda maliyet etkinliği değerlendirmeleri yapabilmek için Türkiye’nin kapasite geliştirmesi gerektiğini ifade etmektedir. Türkiye’nin, tüm sağlık teknolojileri çapında orijinal klinik ve maliyet etkinlik çalışmaları yapmasına gerek olmayabilir. Günümüzde, kanıta dayalı tıp ve her yerden erişilebilir sağlık teknolojileri değerlendirmeleri hakkında giderek büyüyen bir uluslararası literatür bulunmaktadır. Ne var ki Türkiye’nin, bu kanıtı uyarlama ve kendi bağlamına göre yorumlama konusundaki mevcut kapasitesini geliştirmesi gerekebilir. İngiltere’de Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE), yeni teknolojilerle ilgili kapsam kararları alırken Türkiye için yararlı bir model teşkil edebilir (Miners ve ark., 2005).

4.7. Sonuçlar ve Gelecek İçin Kilit Öneriler

Bu bölüm, yukarıdaki rapordan sonuçlar çıkarmakta ve geleceğe yönelik bazı kilit önerilerde bulunmaktadır (Kutu 4.2).

SDP'nin Başarılı Olduğunu Gösteren İlk Sonuçlar

SDP, bir OECD ülkesinde GSS'nin hayata geçirilmesi gibi önemli sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında "iyi uygulama"nın nasıl olacağını pek çok açıdan yansıtmaktadır. Güçlü hükümet taahhüdü ve liderliği ile güçlü ekonomik büyümenin desteklediği önemli finansman reformlarına çok dikkatli bir şekilde planlanmış hizmet sunumu reformları eşlik etmekte ve tamamlayıcı görev görmektedir. SDP'nin; sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyetinin tüm yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için henüz çok erken olsa da mevcut verilerden elde edilen ilk göstergeler, bu üç alanda da önemli ilerlemeler kaydedildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığını kapatmakta ve genel maliyetler dahil bir dizi konuda kıyaslanabileceği diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelere oranla daha iyi bir performans göstermektedir. Aslında diğer ülkelerin Türkiye'deki sağlık reformlarından öğrenecekleri pek çok şey olabilir.

Fakat Türk sağlık sisteminde hem eskiden kalan zorluklar hem de yeni zorluklar vardır.

Bununla birlikte bazı eski zorluklar devam etmektedir ve bazı yeni zorluklar ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında sağlık sisteminin yüz yüze olduğunu gördüğümüz eskiden kalma zorluklardan en önemlisi sağlık durumunun nasıl daha fazla iyileştirilebileceği konusudur. İyileştirmeden; diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelerdeki ortalama seviyeye nasıl getirileceği; demografik ve epidemiyolojik değişimler ile beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşmaların ışığında, bu iyileşmelere mali yönden karşılanabilir bir biçimde nasıl devam edileceği anlaşılmalıdır. Bununla ilgili bir zorluk da, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini korurken, iyileştirmenin nasıl başarılabacağıdır. Yeni sağlık sisteminin tasarımı yüzünden, gelecek yıllarda maliyet kısıtlama krizlerine yakalanma riski yüksek görünmektedir. Gelecekte ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler durumu daha da kötüye götürebilir. Bu zorluğu aşmak için gereken politikalar şunları sağlayacaktır: i) Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol ii) Verimlilik alanında daha fazla iyileştirme yapılmasını teşvik iii) Erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali koruma alanında ulaşılan yüksek düzeyi koruma. Diğer bir zorluk da GSS'nin ödeme gücünü temin etmek için yeterli gelirin elde edilmesidir.

Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır

Sağlık hizmetleri alanında maliyet sınırlaması gerçekleştirilmedi Türkiye'nin iyi bir geçmişi vardır; fakat – artık hizmetlere erişimin sınırlandırılmasına daha fazla bağlı kalamayacak olan – yeni sağlık sistemi, daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Bu bakımdan, hükümetin – özel hizmet sunuculara yaptığı ödemeler de dahil olmak üzere – toplam kamu sağlık harcamaları üzerindeki denetimini sürdürmek amacıyla, gelecekte SGK'nin toplam kamu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır. Bu üst limit, birinci basamaktaki ve hastanelerdeki – özel hastaneler dahil olmak üzere – tüm kamu harcamalarını kapsamalıdır. Bu, ya sağlık hizmetleri hacminin ya da fiyatlarının – veya her ikisinin karışımının – kontrol edilmesi anlamına gelecektir; aynı zamanda SGK'nin aktif satın alma gerçekleştirmesini ve performans yönetimi sisteminin uygun şekilde değerlendirilmesini gerekli kılacaktır.

Ek olarak, aile hekimliği hizmetleri tüm ülke geneline yayıldığı zaman, bir aile hekiminden sevk olmaksızın hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılacak başvurular için katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ve aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yeniden yürürlüğe konması gerekecektir. Hastaların daha üst basamakta hastanelere (kendiliklerinden) gitmeleri gibi uygunsuz sevkler için de benzer katkı payları uygulanmalıdır. Bu tedbirler, GP hizmetlerinin hastanelerin ayakta tedavi birimlerinden geri

çekilmesine – veya kısmen geri çekilmesine – imkân tanıyarak eğitim hastaneleri üzerindeki baskıları azaltacaktır. Maliyetleri kısıtlamanın önemli bir diğer yolu da ilaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılması ve – sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturan – ilaç tüketiminin daha da akılcı hale getirilmesi yönünde çaba göstermek olacaktır.

Orta ve uzun vadede, hekim sayısının gerektiği şekilde artırılmasından sonra, hekimlik mesleğine giren mezunların sayısını tekrar azaltmak ve akabinde kontrol altında tutmak önemli hale gelecektir. Yukarıda gösterildiği üzere, Türkiye’dekine benzer sağlık sistemlerinde sağlık harcamalarının hekim sayıları ile doğrudan ilgili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur.

Verimlilikte daha fazla iyileşme yapılması gerekecektir

Hem maliyet kısıtlamasına yardımcı olabilecek hem de paranın karşılığını artıracak verimlilik iyileştirmelerini teşvik etmek üzere, yetkililer önümüzdeki beş yıl içinde SDP’nin II. Fazı’nın tamamlanması için çalışmalarını hızlandırmalıdır. Yetkililer, birinci basamakta yeni aile hekimliği hizmetlerini yaygınlaştırmaya ve bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam etmelidirler. İlave aile hekimleri, kısa vadede maliyet baskılarını artırsa bile, hastanelerin ayakta tedavi birimlerindeki yükü azaltarak orta ve uzun vadede verimliliğin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

İkinci basamakta, hizmet satın almanın SGK’ye devrinin tamamlanması; SGK’nin yönetim kapasitesi bu göreve uygun hale geldiğinde ve DRG ile toplu ayakta tedavi ödeme reformları yeterli düzeyde ilerleme kat ettiğinde, önemli hale gelecektir. Aynı zamanda, hastanelerdeki performans yönetimi sisteminin diğer ödeme reformları ile uyumunu gerçekleştirmek; hacim, kalite, verimlilik ve birim maliyetlerde tasarrufu ödüllendirmeyi sağlamak amacıyla bu sistemin reforme edilmesi iyi olacaktır. Ayrıca hastanelere daha fazla özerklik veren politikalarda – hastanelerin bu politikaları idare edecek yönetim kapasitesini ortaya koyması şartıyla – ısrarcı olunması gerekebilecektir.

Daha genel olarak ise şunlara yatırım yapılması önem kazanacaktır: Daha iyi bilgi ve Bilişim Teknolojileri (BT); sağlık teknolojileri değerlendirmesi, hemşire iş gücünün boyutu ve becerileri. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, sağlık harcamalarındaki değişikliklerin izlenmesi ve öngörülmesinde; teknolojide yaşanan değişikliklerin değerlendirilmesine ilişkin becerilerde önemli bazı boşluklar bulunmaktadır. Ayrıca, diğer OECD ülkelerinde edinilen tecrübelerle bakıldığında, Türkiye’de hemşirelerin hekimlere destek verme açısından daha büyük bir rol oynamaları için geniş bir alan olduğu görülmektedir.

Erişimde hakkaniyete doğru daha fazla ilerleme gereklidir

Türkiye’deki ortalama sağlık durumunu, özellikle coğrafi boyutta sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet alanında daha fazla iyileştirmeler yaparak geliştirmek mümkündür. Yeni sağlık sistemi, erişim hakkaniyetinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır; çünkü para, hastayı takip edecektir. Fakat ülkenin doğusunda ve İstanbul’da sistemin kapasitesini güçlendirmek üzere arz yönlü harekete geçilmesi gerekecektir. DRG’lerde ve ayakta tedavi toplu ödeme oranlarında uygun “ihtiyaç” düzenlemeleri yapılması, sağlık alanındaki bölgesel kamu harcamalarına yönelik kişi başı ödeme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarını yoksun alanlara çekmek üzere daha güçlü mali teşvikler olması bu eylemlere rehberlik edebilir.

Daha fazla gelir elde edilmelidir

SGK’nin, nüfusun sağlık sigortasına kaydolma oranını artırma ve katkı payı elde etme yolları bulmaya çalışması önem kazanacaktır. Fakat katkılardan elde edilen sağlık alanındaki kamu harcamalarının payını, yetkililerin Türkiye’deki kayıt dışı sektörü küçültme yönündeki politikaları nedeniyle denetim altında tutmak gerekecektir. Çünkü katkılar, işgücü

üzerindeki “vergi baskısını” artırarak kayıt dışılığı teşvik eder. Kayıt dışılık azalır, genel gelirleri artırmak daha kolay olabilir. Şüphesiz hem vergi idaresinin iyileştirilmesi, hem de mevcut vergilerde reform yapılması vasıtasıyla gelirler artırılabilir.

Daha kapsamlı halk sağlığı meselelerini ele almak önemli olacaktır

Daha iyi sağlık hizmetlerinin; tek başına, Türkiye'nin sağlık durumu konusunda, benzer ülkeleri yakalamasını sağlaması pek mümkün değildir. Eğitim düzeyi, sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi diğer sağlık dışı belirleyicilerin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Bu yüzden Türkiye'nin, SB dışındaki diğer bakanlıkları da içeren sektörler arası daha güçlü politikalara ihtiyacı vardır.

İleride daha başka zorluklar da olacaktır

Yukarıda bahsedilen zorluklar, SB'nin sahip olduğu liderliği devam ettirmesi gerektiğini ve bu konuda önemli bir rol üstleneceğini göstermektedir. SDP'nin tamamlanma sürecinin izlenmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci basamak kamu hizmet sunucularının – özerk hale gelseler bile – sürekli yönlendirilmesine ihtiyaç olacaktır. Ayrıca, diğer kilit bakanlıkları da içeren kapsamlı halk sağlığı alanındaki eylemleri koordine etmek üzere, SB'nin liderlik etmesine ihtiyaç vardır. SB, SGK, Hazine, MB ve DPT'nin; harcamaları ve gelirleri sürekli olarak izlemesi, paranın karşılığını güvence altına alması ve sürdürülebilirliği sağlaması gerekecektir.

Kutu 4.2. Kilit Önerilerin Özeti

- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması.
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması.
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi.
- Şu an ihtiyaç duyulan hekim sayısı artışının sağlanmasının ardından orta ve uzun vadede hekimlik mesleğine girişin kontrol altına alınması.
- Önümüzdeki beş yılda SDP'nin uygulamasına devam edilmesi.
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi.
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi.
 - ❖ Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ya devrinin tamamlanması.
 - ❖ DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara planlı hizmet ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi.
 - ❖ DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi.
 - ❖ Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi.
 - ❖ Karar alma için daha güçlü BT sistemlerine yatırım yapılması.
 - ❖ Sağlık teknolojisi değerlendirmesini üstlenmek ve sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi.
 - ❖ Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması.
- Yeni sağlık sistemini, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi hakkaniyeti iyileştirme konusunda desteklemek üzere arz yönlü harekete geçilmesi (Muhtemelen bölgelere göre ağırlıklı “kişi başı ödeme” hedefleri vasıtasıyla bilgilendirme yapılarak).
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması ve ödeme gücünün dikkatle izlenmesi.
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması.
- SB'nin kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi

Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın bu ilk safhalarında Türkiye'nin "devasa" bir reformu etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir. SDP, hem Türkiye'nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini yansıtmakta hem de aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere "iyi bir uygulama" örneği teşkil etmektedir. Fakat programın nihai başarısı ve sürdürülebilirliği, Türk yetkililerin halen üstünde çalışmakta oldukları zorlu politika ve uygulama kararlarına bağlı olacaktır. Uluslararası tecrübelerle göre, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türk insanının sağlık durumu ve refahının sürekli olarak iyileşmesini temin etmek için doğru politikalar seçilmesi ve bu politikaların etkili bir şekilde uygulanması gerekecektir.

Notlar

1. Çok az sayıda çalışma, 'başarılar' derken neyin kastedildiğini tanımlar; özenle yapılmış değerlendirmeler içerir; sağlığa ilişkin tüm karmaşık yapıların ve sonuçları etkileyen sektörler arası kilit etkileşimlerin anlaşılması için sağlık sistemiyle ilgili yeterli oranda ayrıntıya sahiptir ve genelde sağlıkla ilgili sonuçlar, maliyetler ve mali korumayla ilgili önemli veriler konusunda eksiktir.
2. Gottret ve Schieber (2006) ve Gottret ve ark. (2008). OECD perspektifi OECD (2004a) ve OECD (2004b)'de bulunabilir. Sonuncusu, Docteur ve Oxley'in "Sağlık Sisteminde Reform: Deneyimlerden Çıkarılan Dersler (Health System Reform: Lessons from Experience)" hakkında yazdıkları bir bölümü de içermektedir.
3. Gottret ve Schieber (2006), Bölüm 9, Gottret ve ark. (2008), Bölüm 5.
4. Dünya Bankası, Türk Hükümeti ile işbirliği içinde, Türkiye'de halk sağlığı ile ilgili büyük bir çalışma yürütecektir.
5. Türkiye'nin gelir/GSYİH oranı, karşılaştırılabilir diğer üst orta gelirli ülkelerin oranından düşüktür. Bk. George Schieber'in 29 Mayıs 2008'de Türkiye Ankara'da düzenlenen Üst Düzey Politika Semineri'nde yapmış olduğu "Sağlık Finansmanına Genel Bakış (Overview of Health Financing)" konulu sunum.
6. Türkiye'deki genel harcama ve gelir durumları konulu ve kısmen hükümetin sağlık harcamaları sonucunda ortaya çıkan olası mali alan baskısı konulu tartışmalar için bk. Uluslararası Para Fonu (2008) ve Dünya Bankası (2006a).
7. William Hsiao'nun 29 Mayıs 2008'de Türkiye Ankara'da düzenlenen Üst Düzey Politika Semineri'ndeki "Kayıt dışı Sektör İşçilerinin Kayıt Atına Alınması" konulu sunumundan.
8. Üniversite hastanesi etkinliğini farklı açılardan tetikleyebilecek bazı politikalar, şunları içerir: tam zamanlı üniversite personelinin, hastane içinde ve dışında özel muayene yapabilme imkanı; hastaların, kaçınıcı basamak olduğu fark etmeyecek şekilde herhangi bir hastaneye istedikleri gibi başvurabilme konusunda tam özgürlüğe sahip olmaları; üniversite hastanelerinde kullanılan performans standartları ve tıp eğitimi ve tıp araştırmaları için mevcut finansman örnekleri.
9. Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Mayıs 2008. Ofis dışında verilen hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olduğu takdirde sayı daha fazla olabilir.
10. Obezite salgını gibi daha "modern" olarak adlandırılan salgınlar ve bunların sağlık üzerindeki (diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar dahil) pek çok yan etkisi durumunda, hangi müdahalelerin maliyet etkin olabileceği hususunda iyi bir kanıt henüz mevcut değildir. OECD, halihazırda, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği ile ilgili kronik hastalıklar üzerinde özellikle durarak koruyucu sağlığın ekonomisini incelemektedir ve 2008 sonunda bir rapor çıkarılması planlanmaktadır. Diğerlerinin yanı sıra bu girişim, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği ile başa çıkmak üzere yapılan müdahalelerin maliyet etkinliği ile ilgili kanıtları inceleyecektir. Rapor, aynı zamanda, OECD ülkelerinde bu konularla ilgili politikaların bir incelemesini de içerecektir.
11. Kaybeden alanlar üzerinde, hizmetleri kesin şartlarla durdurma baskısı oluşturmaktan kaçınmak için oldukça uzun bir zaman gerekecektir ki, bunu işler ve geçerli kılmak ve kazanan alanların üretici kullanımına yönelik ek kaynaklar ayırmasına (bu da insani ve fiziki kapasitenin ayarlanmasını gerektirebilir) imkân tanımak, politik açıdan zor olabilir. Esasen, SB'nin arz yönlü eylemine, hedeflerle uyumlu harcama yapmak üzere talep tarafındaki GSS politikalarını tamamlamak için ihtiyaç duyulabilir.
12. Rekabete 'standart' veya 'kıstas' getirmek, tipik olarak baskın bir satın alıcının, hizmet sunucularla (sunucular arasında karşılaştırma amaçlı tasarlanan uygun performans göstergeleri veya kıstasları temelinde maliyetler, hacim veya çıktılar açısından) yaptıkları sözleşmeden doğan performansını geliştirme konusunda müzakereye girdiği bir süreci tanımlar. Bu tür dolaylı rekabet, - her ne kadar bu piyasa rekabeti aynı zamanda uygun performans göstergelerince bilgilendirilebilse de - genelde sunucular arası seçim yapan pek çok satın alıcı tarafından yönlendirilen doğrudan, piyasa rekabeti ile çelişebilir.
13. OECD, sağlıkta BT uygulamasının bir incelemesini yapmakta olup 2008 sonu itibarıyla bir rapor yayınlayacaktır.