

HASTA HAKLARI BAĞLAMINDA SAĞLIK FİNANSMANI

Prof. Dr. Tefik ÖZLÜ*

ÖZET

Ekonomi, sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların karşılanmasına dönük bir bilimdir. Sağlıkta kaynakların etkin ve verimli kullanılması esastır. Ancak, sağlık diğer sektörlerden farklı olarak taşıdığı özellikler nedeniyle bütünüyle pozitif ekonomi kuralları içinde yönetilemez. Tüm çağdaş toplumların üzerinde uzlaştığı normatif değerlerin korunması için sosyal adalet anlayışıyla devletin sağlıkta vazgeçilemez sorumlulukları ve görevleri vardır. Sağlık hizmetleri herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Bu nedenle sağlığın sosyal adalet anlayışıyla finansmanı çok önemli olmaktadır. Bu makalede özellikle hasta hakları bağlamında sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ekonomisi, Sağlıkta finansman, Hasta hakları

Patient Rights in The Context Of Health Finance

ABSTRACT

Economy is a science which is about meeting unlimited needs with limited resources. Effective and efficient use of resources in health is essential. However, health care -unlike other sectors- can not be entirely managed with positive economic rules because of it's features. Government, with social justice understanding, has essential responsibilities and duties in health to protect normatif values which all contemporary societies agreed. Health services must be accessible to everyone. Therefore, health financing with understanding of social justice is very important. In this article, financing of health services, particularly in the context of patients' rights was discussed.

Key Words: Health economy, Health financing, Patients' rights

* Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi, KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü, KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimisi, Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) Kurucu Yönetim Kurulu Üyesi Trabzon

GİRİŞ

Sağlık, sadece ekonomi bilimi ve işletme yönetimi mantığı ile yönetilemez. Sağlıkta, vazgeçilemez normatif değerlerimiz korunmalıdır. **Çağdaş dünyada her bireyin, sağlık içinde yaşama, sağlığını koruyup geliştirebilme hakkına sahip olduğu kabul edilmektedir. Her hastanın, ihtiyacı olan sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmesi, toplumun güvencesi altında olmalıdır. Sağlık hizmeti, herkese hakkaniyetle ve onurlu bir biçimde sunulmalıdır.** Nitekim Anayasamızın 17. Maddesinde “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir”; 56. Maddesinde ise “Herkes, sağlıklı... yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; ... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” denilmektedir (Anayasa 2010). Bu ifadeler, Anayasanın 2. maddesinde ifadesini bulan sosyal devlet anlayışının gereğidir. Bu anayasal ilkeler ve değerler çerçevesinde, sağlığı yönetmemiz gerekmektedir. Küreselleşme sürecinde evrimleşen Devlet anlayışı, sağlık hizmetlerinin finansmanı hususunda ciddi değişim ve dönüşümü beraberinde getirmiştir (Ener, Demircan, 2008).

POZİTİF DEĞERLERİMİZ

Ancak unutulmamalıdır ki, **sağlık hizmetlerinin normatif değerler çerçevesinde sunulabilmesi ve sürdürülebilmesi, ancak sağlık ekonomisi kuralları içerisinde mümkün olabilecektir.** Sağlık hizmetlerinin maliyeti yüksek olup, giderek artmaktadır. İnsan ömrünün giderek uzaması; yaşlı ve kronik hastalıklı popülasyonun genişlemesi; tıbbın ilerlemesiyle tıbbi müdahalelerin nitelik ve nicelik olarak artması; sağlık hizmetlerinin ileri teknolojiye bağımlı hale gelmesi; hasta beklentilerinin yükselmesi; hukuki ve etik kaygıların artmasıyla sağlık hizmeti sunumunun komplike hale gelmesi gibi nedenler, sağlıkta maliyetleri giderek artırmaktadır (Akalin, 1995).

SAĞLIK EKONOMİSİ

Ekonomi, sınırlı kaynaklar ile sınırsız ihtiyaçların nasıl karşılanacağı sorusuna en doğru yanıtı arayan bilimdir (Kumbaracıbaşı, Soral, 1978).

Sağlık ekonomisi, ekonomi kurallarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörüne ayrılmış kaynakların en etkili ve verimli olarak kullanılması ve hakkaniyetle bölüştürülmesi arayışı şeklinde de tarif edilebilir. **Sağlık hizmetlerinin sosyal adalet anlayışıyla herkese hakkaniyet içerisinde sunulması yanında, bu hizmetlerde verimlilik ve kalitenin de gözetilmesi, korunması ve geliştirilmesi de gerekir.** Bu da, pozitif ekonomi kurallarına uymayı gerekli kılmaktadır.

SAĞLIKTA FİNANSMAN MODELLERİ

Tablo-1’de, bugün için sağlıkta var olan hizmet sunum ve finansman yöntemleri görülmektedir. Pek çok ülkede, genellikle karma sistemler uygulanmaktadır. **Sadece serbest piyasa kurallarıyla sağlığı yönetmek mümkün değildir. Sosyal piyasa ekonomisi ve sosyal devletin varlık sebebi eğitim, sağlık, güvenlik ve adaleti üstlenmek ve sürdürmektir.**

Tablo 1. Sağlıkta Finansman ve Hizmet Sunum Modelleri

<u>FİNANSMAN</u>	<u>SUNUM</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Genel bütçe • Kamu sigortası • Özel sigorta • Doğrudan ödeme • Karma model 	<ul style="list-style-type: none"> • Kamu hizmeti • Kamu pazar yaklaşımı <ul style="list-style-type: none"> – Döner sermaye, performans... • Özel <ul style="list-style-type: none"> – Kar amaçlı – Yardım amaçlı (vakıflar, dini kurumlar)

Sağlık Giderlerinin Genel Bütçeden Karşılanması

Sağlık giderlerinin, tümüyle genel bütçeden karşılanması mümkündür (Beveridge ve Semashko Modelleri). Devlet, tüm vatandaşlarının sağlık giderlerini, eşitlik içerisinde, topladığı vergilerden karşılar. Progressif vergilendirmenin (varsıllardan vergi alınması) hakim olduğu ekonomide, bu model, sosyal adalete, hakkaniyete uygun bir sistemdir. Modelin bir avantajı da; sağlığa kaynak bulmak üzere ayrı kurum oluşturmanın ve bunun için ek harcama yapmanın gerekmemesidir. Dolayısıyla sağlığa ayrılan kaynağın tümü, doğrudan vatandaşa sağlık hizmeti sunumuna dönüştürülebilir.

Ancak bu sistemde hükümetler, sağlığa ayırdıkları payı, diğer sektörler lehine kolayca küçültme yoluna gidebilmektedirler. Giderek artan sağlık harcamalarına, bütçeden yeterli kaynak aktarılamayabilir. Merkezi yönetimin getirdiği bürokrasi ve hantallık sık gözlenen sorunlardır. Bu modelde hastalar, aldıkları hizmeti sorgulayacak konumda olmayıp, verilenle

yetinmek durumundadırlar. Biraz ileride sözü edilecek ahlaki zaafılardan ötürü, uygun maliyet ve verimliliği sağlamak güçtür.

Bu çekincelerden dolayı, sağlık hizmetinden yararlananların, bu hizmetin finansmanına katkıda bulunmaları anlayışı, giderek daha fazla ülkede kabul görmektedir. **“Herkes eşit, ücretsiz sağlık hizmeti” sloganı, insani bakımdan kulağa çok hoş gelmekle birlikte, ne gerçekçi (realist) ne de makul (rasyonel) sayılamaz. Çünkü, sağlık hizmetinin bir bedeli vardır ve bu bedel bir şekilde karşılanmaktadır. Ücretsiz denilen sağlık hizmetinin bedeli de halk tarafından ödenmektedir. Regressif vergilendirmenin yaygın olduğu ve yoksulun da zenginle eşdeğer vergi ödediği (ekmek, süt, benzin, elektrik, su kullanırken ödenen vergiler) bir ekonomide, varlıkların sağlık harcamalarının da genel vergilerden karşılanması, sosyal adaletle pek uyuşmamaktadır.**

Doğrudan Ödeme

Varlıklı kişilerin doğrudan (cepten) ödeme şeklinde sağlık hizmeti almaları mümkündür. Doğrudan ödemenin olumlu yanı “bir gün lazım olur” olasılığıyla, kişilerin yıllarca ön ödeme yapmalarına gerek olmaması ve ne kadar hizmet alırlarsa, o kadar ödeme yapmalarıdır. Ne var ki, bu tarzda sunulan bir hizmetten, sadece ekonomik gücü (parası) olan yararlanabilir. Üstelik, varlıklı kişiler için de riskler söz konusudur. Çünkü, **sağlığa ihtiyaç, ani ve rastlantısal olarak ortaya çıkar. Ertelenemez ve yerine başka bir şey ikame edilemez. Maliyet öngörülemez ve tahmin edilemez ölçüde yüksek olabilir.** Doğrudan ödeme yönteminin asıl kabul edilemez tarafı, sosyal/insani boyutunun olmamasıdır.

Sigorta

Sağlığın finansmanında bir orta model sigorta sistemidir. Sigorta, aynı veya benzer riske sahip kişiler topluluğunda, riskin gerçekleşmesi durumunda, belirli bir prim ödeme karşılığında, zararın giderilmesine dönük bağımsız talep hakkına sahip olma durumudur. İki farklı sigortacılık uygulaması mevcuttur.

Sosyal sigorta

Sosyal sigorta (Bismarck Modeli), bir çeşit havuz sistemi olup; sigortalıların, ödedikleri prim miktarından bağımsız olarak eşit hizmet almaları durumudur. Gelire göre veya sabit miktarda prim ödenmesi söz

konusudur. Yönetim, genellikle kamuya ait olup, devlet veya işveren gibi taraflar da katkıda bulunabilirler. Ödeyemeyenlerin primumu, bütçeden karşılanır. Sağlığa ayrılacak kaynağı toplamak üzere özel kurumlar oluşturulur ve bunların giderleri de sağlık bütçesinden karşılanır. Ancak toplanan para, sadece sağlığa harcanır. Hükümetler, kolayca bu kaynaktan kaydırma yapamazlar. Toplanan kaynak kapitalizasyon sistemiyle değerlendirilebilir veya doğrudan dağıtımla kullanılabilir. Sigortalılarla bireysel değil, toplu sözleşme yapılıdır. **Sistemin başarısı prim toplayabilmeye bağlı olduğundan, işsizliğin, kayıt dışılığın, düşük gelir düzeyinin ve dengesiz gelir dağılımının olduğu toplumlarda işletimi güçtür.** Prim ödedikleri için hastanın rolü artmıştır.

Özel sigorta

Özel sigortalar kar amaçlı işletmeler olup, ödenen primle orantılı olarak hizmet alma hakkı sağlarlar. Satın alınan güvence, bireye özgü içeriğe sahiptir. Tüketici tarafından algılanan kalite, diğer bir deyişle **işletme kalitesi yüksek; ancak ürün kalitesi düşüktür.** Daha ziyade, tedavi edici hizmet ağırlıklı işler. Sigorta kurumunun baskın olduğu bir sistem oluşur. **Maliyetleri minimize ve gelirleri maksimize etmeye dönük olarak, iyi eğitim almış profesyoneller tarafından yönetildikleri ve kişilerin ihtiyaçları olabilecek sağlık hizmetlerini öngörmelerinin ve verilen hizmeti, çıktıyı ölçmelerinin çok güç olması nedeniyle, genellikle hastaların aleyhine işler.** Yaşlı, kronik hastalığı olan kişilerin sigortalanamaması; poliçelerde yüksek risklerin dışlanması veya primlerin aşırı yükselmesi (ulaşılabilirlik) ve hasta mahremiyetinin korunamaması gibi ciddi sorunlar söz konusudur.

Ahlaki zaafılar

Sağlık harcamalarının gerek genel bütçeden ve gerekse sigorta yoluyla karşılanması durumunda bazı ahlaki zaafaların iyi yönetilmesi gerekmektedir. Kendi kaynaklarıyla kendi ihtiyaçlarını karşılayan bir kişinin, optimal karar verebilme olasılığı yüksektir. Ancak, kendi kaynaklarıyla başkasının ihtiyaçlarını karşılayan veya başkasının kaynaklarıyla kendi ihtiyaçlarını karşılayan kişilerin doğru karar verebilmeleri çok daha zordur. Hele, başkasının kaynaklarıyla başkasının ihtiyaçlarını karşılama durumunda olan bir hekimin konumu, çok sıra dışıdır.

Hekim bir taraftan sağlık hizmeti talebini oluşturur, diğer taraftan ise arz eder. Bu durumda, hekimin maliyet hesabı yapmaması kuvvetle muhtemeldir. Hasta da ihtiyacının üzerinde hizmet talebinde bulunabilmektedir. Sağlık güvencesi, kişinin sağlığını koruma dürtüsünde körelmeye yol açabilmektedir. Bu zaafın yönetilebilmesi için, hizmetten yararlananlardan kamu kurumlarında katkı payı, özel sektörde ek ödeme yapmaları istenebilir. Sağlanan sağlık güvencesi sınırlı tutulabilir. Finansmanda paket ödeme, vaka başı ödeme, kişi başı ödeme gibi usullere başvurulabilir. Ancak bunların tümünde, farklı sorunlarla yüzleşmek olasıdır.

Sigortacılık sistemine getirilen önemli eleştirilerden biri de, risk yönetiminin, sadece riskin paylaşımı değil, riskin azaltılması çabalarını da kapsamı gerektiğidir.

Sonuç olarak, bugün pek çok ülkede, sağlık hizmetlerinin finansmanında karma modeller kullanılmaktadır. Sosyal sigortacılık yanında, kişilerin cepten ödeme veya özel sigorta satın almaları ve devletin karma bütçeden veya özel fonlardan desteği söz konusudur. Model ne olursa olsun, **sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde odaklanılması gereken en önemli nokta, sağlık harcamalarını karşılayamayacak (cepten ödeme yapamayacak, prim ödeyemeyecek) durumda olanların ihtiyaçlarının toplum tarafından finanse edilmesidir. Bir diğeri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine gereken kaynağın kamudan aktarılmasıdır. Sonucusu da, acil durumlarda, hiçbir kişi dışlanmaksızın gereken hizmetin verilmesidir.**

Yani, toplum sağlık hizmetini herkes için ulaşılabilir tutmalıdır. Herkese ücretsiz olmasa bile, **herkes için ulaşılabilir sağlık hizmeti** hedeflenmelidir. Toplumlar, sadece parası olanlar veya prim ödeyenler için değil; yoksullar için de sağlık hizmetlerine ulaşabilmenin yolunu açık tutmak durumundadırlar.

Yoksulluk ve Sağlık Hizmeti

Yoksulluk ile sağlık hizmeti ihtiyacı arasında önemli ilişki vardır. Çünkü, **yoksul kesimler daha fazla hastalanırlar. Üstelik, hastalık yoksulluğa neden olur. Aynı zamanda yoksulluk, sağlık hizmeti alımını, sağlık hizmetine talebi sınırlar.** Bu nedenle, yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımı, bir toplumdaki sosyal adaletin en önemli göstergelerinden birisidir. Yoksulların sağlık harcamalarının toplum tarafından karşılanması, sadece

insani yardım, hayır hizmeti veya lütuf olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü, **sağlık harcamalarının önemli bir özelliği, aynı zamanda bir yatırım olmasıdır. Sağlığa ayrılan kaynaklar, topluma iş gücü ve üretim artışı şeklinde geri döner.**

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık hizmetinin finansmanı ile ilgili modelleri ana hatlarıyla tartıştıktan sonra, şimdi de hizmetin sunumuyla ilgili modelleri gözden geçirelim. Hizmetin üretiminde söz konusu olan alternatiflerden ilki: sağlık hizmetlerinin, kamu kurumları tarafından herkese ücretsiz olarak verilmesidir. Bunun modifiye şekli: sağlık hizmetlerinin, kar amacı güdülmeksizin kamu kurumları tarafından ücret veya katılım payı alınarak sunulmasıdır. Kar amacı gütmeyen bazı özel dernek ve vakıflar ya da dini kurumlar eliyle de, ücretsiz olarak veya katılım payı karşılığı hizmet sunulabilmektedir. Bazı sağlık hizmetleri piyasa kurallarına uygun olarak, özel sektör tarafından üretilip, satılabilmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda, **özel sektörün, toplumun ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetlerini tek başına karşılaması olası değildir.** Çünkü sağlıkta pazar anlayışıyla uyumlu olmayan önemli dinamikler söz konusudur.

Piyasa

Piyasa, tüketiciler ile üreticiler arasında, kamu müdahalesi olmaksızın, fiyat enstrümanı kullanılarak mal ve hizmet değişimidir. Sağlık hizmetinin bir kısmının piyasa kuralları içerisinde üretilip, sunulması mümkün olsa da (Şenatalar, 2003); tüm sağlık hizmetlerinin bu çerçevede verilmesi mümkün değildir.

Sağlıkta piyasa başarısızlıkları

Diğer sektörlerden farklı olarak sağlığın bütünüyle piyasalaşmasının önünde ciddi engeller (piyasa başarısızlıkları) söz konusudur (Yıldırım, 1999). Öncelikle **sağlık, herkes için bir haktır.** Sadece parası olanın yararlanabileceği bir meta haline getirilmesi kabul edilemez. Erteleme, ikame edilmesi mümkün olmayan ve hayati sonuçlar doğuran tıbbi desteğin, ihtiyacı olan herkese hakkaniyetle verilmesi piyasa kuralları içerisinde mümkün olmaz. **Sağlıkta, tüm çıktılar paraya dönüştürülemez.** Ağrı, acı, ıstırap, keder; ya da yaşama sevinci, huzur, mutluluk gibi sonuçlar göz ardı edilerek, sadece parasal giderler ve menfaatler üzerinden hesap yapılamaz.

Bilgi asimetrisi

Sağlık hizmetini arz edenler ile talep edenler arasında giderilmesi asla mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur (Çalışkan, 2008). Örneğin, siz gereksinimlerinize ve bütçenize göre bir otel veya restorandan alacağınız hizmetin sınırlarını kendiniz belirleyebilirsiniz; aldığınız hizmetin kalitesini ölçebilirsiniz ve bedelini öngörebilirsiniz. Ama, bir hastaneye ya da hekime başvurduğunuzda, ihtiyacınız olan hizmeti ve size çıkarılacak faturayı hiçbir şekilde tahmin edemezsiniz. **Sağlıkta girdiler, faaliyetler ve çıktılar bilinebilir olmayıp, hekime ve kuruma tam bağımlılık söz konusudur.**

Bilgi asimetrisinden kaynaklanabilecek suiistimalin önlenmesi, devletin müdahalesini gerekli kılmaktadır. **Devlet planlamalar yaparak, hizmet sunarak, bilgilendirerek, kurallar koyarak, finansman sağlayarak, denetleyerek, pazara girişi sınırlayarak, fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve ödemede kısıtlamalar getirerek pazar koşullarına aykırı şekilde sağlığa müdahalede bulunmak durumundadır.** Bu yapılmadığı takdirde, hastalar gereksiz tetkik ve müdahalelerle, abartılı maliyetlerle yüzleşebilirler. Sağlık hizmetlerinin kullanıcısı olan hastaların algıladıkları kaliteye yönelen hizmet sunucuları, teknik kaliteyi ihmal edebilirler. Riskli olguları dışlayabilirler. Komplikasyon, morbidite ve mortalite riski yüksek olgulara, tıbbi müdahalede bulunmaktan kaçınabilirler.

Sağlıkta talep rastlantısaldır, öngörülemez

Diğer yandan sağlık hizmetlerine ihtiyaç, hem arz edenler, hem de talepte bulunanlar açısından öngörülemez, tamamen rastlantısaldır. Kişi aniden, hiç ummadığı bir hastalık veya kazayla karşılaşabilir. Tahmin etmediği ölçüde bir maliyetle yüzleşebilir. Sağlık hizmetleri ertelenemediğinden ve yeri başka bir şeyle ikame edilemediğinden, bu ihtiyacın karşılanması zorunludur. Sadece yoksullar değil, varlıklı kişiler bile, böyle bir durumda giderlerini karşılayamayabilirler. Üstelik, hastalık da yoksulluğa neden olabilir. Hizmeti sunanlar açısından ise, ani bir salgın veya savaş halinde artan talep, piyasa koşullarında yapılandırılmış kurumlar veya personel tarafından karşılanamayabilir. Özel sektörün, böyle bir olasılığı dikkate alarak yatırım yapması beklenemez.

Sağlık hizmetleri pozitif ve negatif dışsallıklar içerir. Piyasa koşullarının işlemesi için üretilen mal veya hizmetin, sadece bedelini ödeyenlerce sahip olunması gerekmektedir. Oysa, tedavi etmediğiniz bulaştırıcı bir tüberküloz

hastası, her yıl 10-15 sağlam kişiye tüberkülozu bulaştırır. Ya da kızamık veya çocuk felci aşısı yaptırdığınızda, bundan diğer kişiler de yarar görür. Diğer taraftan hasta, sadece tüketici olmayıp, sağlık hizmetinin üretim sürecine de aktif olarak katılabilmektedir.

Sağlıkta Özel Sektör

Özel sektörün sağlığa girmesi (pasif teşvik, izin verme) veya yönlendirilmesi (aktif teşvikler), sağlığa yeni bir kaynak temini anlamına gelmektedir. Kamu, kaynaklarının kısıtlılığından dolayı sağlığa yeterli kaynak ayıramadığında, özel sektörün işe girmesini ister. Kısa vadede özel sektör, sağlığa ek kaynak girdisi sağlarken; uzun vadede sağlık kaynaklarının diğer sektörlerle kaçmasına neden olabilir. Çünkü doygunluk oluştuğunda, sermaye, sağlıktan kazandığını, daha karlı başka alanlarda yatırıma dönüştürebilir.

Sağlığa girişin sınırlı olması, sağlığa talebin ekonomik gelişmişlik, eğitim ve sosyokültürel koşullara göre bölgeler arasında değişmesi nedeniyle, hiç olmazsa belirli alanlarda sağlıkta tekelleşme kaçınılmaz bir durumdur. Piyasa kuralları içerisinde, sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının dengeli dağılımının sağlanması, çoğu zaman imkansızdır. Özel sektör, koruyucu sağlık hizmetlerine ilgi duymaz. Daha çok tanı-tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelir.

Hasta-hekim ilişkisi, herhangi bir sözleşme ilişkisinden farklıdır!

Hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişki, sıradan bir müşteri-satıcı ilişkisi olarak nitelendirilemez. Hastayla hekim arasındaki ilişki, tüketici sözleşmesi yerine, daha çok vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmektedir. Çünkü, hekimin elinde büyük bir güç vardır. Hekim, hem arz hem de talep oluşturma gücüne sahiptir. **Tüm tıbbi müdahaleler, asıl olarak hastanın yararı gözetilerek planlanıp yürütülmelidir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumlarının çıkar ve beklentileri, hastaya herhangi bir tıbbi müdahalenin yapılıp yapılmamasında belirleyici olamaz** (Özlu, 2005).

Sağlığı ucuz getirmek...

Herkes aynı mal veya hizmeti, kaliteyi korumak koşuluyla daha ucuz mal etmeyi ister. Aslında günümüz rekabet ortamında, bunu üreticiler de ister. Pazar koşullarının işlediği, tekelleşmenin olmadığı ortamlarda, ürününü daha ucuz pazarlamak, onlar için de çok caziptir. Ancak sağlıkta yukarıda

tartıştığımız piyasa başarısızlıkları göz önüne alındığında, işler istenildiği gibi yürümebilir. Öncelikle ihtiyacınız olan sağlık hizmeti/ürünü, yerine başka bir şey ikame edilemeyecek bir hizmet/üründür. Örneğin bütçenize göre ayakkabının ucuzunu, ucuz gömleği tercih edebilirsiniz. Düşük maliyetin getirdiği kalite düşüklüğüne razı olabilirsiniz. Ama **sağlığın ucuzuna razı olmak zordur. Örneğin; kalp damarlarınızdan ikisi daralmış ve stent yerleştirilmesi gerekiyorsa, ve hekiminiz size ucuz olan stentin 6 ay-bir yıl içinde tıkanacağını ve işlevini yitireceğini; bu süre içerisinde kanda pıhtılaşma problemlerine yol açabileceğini söylüyorsa, buna razı olamazsınız** veya hekiminizin güven duyup reçete ettiği bir ilacın yerine, eczanede elinize tutuşturulan ve ucuzu olduğu söylenen bir başkasına kuşkuyla bakmaktan kendinizi alıkoyamazsınız. **Sağlıkta dikkate alınması gereken: ucuzluk değil, maliyet-etkin olmaktır.**

SAĞLIKTA EKONOMİK ANALİZLER

Sağlığı ucuza getirme hedefinin çok doğru olmadığını söyledik. Ancak, “madem ki sağlık söz konusu, o zaman maliyet hesabı yapmayalım” anlayışı da makul değildir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kaynakların etkin kullanılması ve verimlilikle kalitenin korunabilmesi bakımından, ekonomik analizlerin yapılması zorunludur. Bugün için sağlıkta kullanılmakta olan dört farklı maliyet-analiz yöntemi vardır (Acar, Yeğenoğlu, 2006). Bunlardan ilki: **maliyet-minimizasyonu (cost minimisation)** olup, aynı sonucu doğuran projelerden/yöntemlerden en düşük maliyetli olanın hesaplanıp tercih edilmesi anlamına gelir. **Maliyet-etkinlik (cost effectivity)** ise, tıbbi girişimlerin kendi aralarında maliyet ve etkinlik bakımından karşılaştırılması esasına dayanır. **Maliyet-yarar (cost-benefit)** analizi ise, sağlığa yapılan yatırımla elde edilen yararın, para birimi üzerinden karşılaştırılmasıdır. Son olarak **maliyet-kullanışlılık (cost-utility)**, tıbbi müdahale için harcanan birim gider başına, yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi esasına dayanır.

Ücret ve Maliyet Ayrımı Yapılabilir

Unutulmaması gereken önemli bir nokta da, **ucuz ilaç/malzeme/protez ile ucuz tedavinin eşdeğer olmadığıdır.** Tedavi maliyeti, ilaç/malzeme/protez ücreti yanında; hastanede yatış süresi, toplam tedavi süresi, ek ilaç kullanım gereksinimi, ortaya çıkabilecek komplikasyonların

tedavisine harcanacak kaynaklar, kalıcı veya geçici sakatlık ve erken ölüme bağlı ekonomik kayıplar gibi tedaviyle ilişkili diğer harcamalar da hesaplanarak belirlenir. Eğer kullandığınız ürünün ücreti ucuz, ama istenilen etkinliğe sahip değilse, tedavinin beklenen sonucu vermemesi, hastalığın ilerlemesi, buna bağlı olarak geçici/kalıcı sakatlık veya ölüm oluşması, ek tedavilere gereksinimin ortaya çıkması, hastanede yatışın uzaması, kullanılan ürüne bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, hastalıktan dolayı iş/okul günü kayıplarının artması gibi sorunlar da tedavi maliyetinin hesaplanmasında göz önüne alınmaktadır.

SONUÇ

Ekonomi, sınırlı kaynaklarla, sınırsız ihtiyaçların karşılanması çabalarımızda bize yol gösteren bir bilimdir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması ve giderek artmasına bağlı olarak, pozitif ekonominin kurallarının sağlığa uyarlanması gerekmektedir. Sağlıkta sosyal adaletin ve eşitliğin sağlanması kadar, maliyet analizlerinin yapıpı, verimliliğin artırılması ve kalitenin yükseltilmesi de vazgeçilmez hedeflerdir. Bu hedeflere ulaşmada sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanıyla ilgili çağdaş enstrümanların tümünden yararlanılabilir. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı pazar anlayışıyla üretilip sunulabilir. Ancak, sağlık hizmetleri tümüyle piyasa koşulları içerisinde verilemez. Sağlığın herkes için bir hak olduğu; ekonomik gücüne bakılmaksızın herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetine hakkaniyet içerisinde ve onuru zedelenmeden ulaşabilmesi gerektiği şeklindeki normatif değerlerimiz korunmalıdır. Devletin temel sorumluluklarından biri sağlık ve adaletin sağlanmasıdır. Devlet, sağlık alanında planlama, hizmet üretimi, finansman, kuralların oluşturulması, denetleme, yönlendirme gibi çok yönlü görevlere sahiptir. Sağlıkta kararlar alınırken, hizmeti sunanlar ile finansmanı sağlayan tarafların talep ve görüşleri, elbette dikkate alınmalıdır. Ancak, sağlıkta tüm kararlar asıl olarak hasta içindir. Diğer tarafların çıkar ve beklentileri, hastanın çıkar ve ihtiyaçlarının önüne geçirilemez. Sağlık giderlerinin azaltılmasına dönük uygulamalar, ancak hizmetin sürekliliğinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanması bakımından kabul edilebilir. Bu uygulamalar, hasta haklarına aykırı olmamalı ve hasta güvenliğini riske etmemelidir. Hastaların sağlıktaki karar mekanizmaları içerirse dahil edilmeleri ve sağlıkta hasta rolünün etkinleştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- **Acar A., Yeğenoğlu S., (2006)**. Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi. Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı: 1, Sayfa: 39-55.
- **Akalın H. E., (1995)**. Sağlık Ekonomisi: Genel Tanımlar, Antibiyotik ve Kemoterapi ANKEM Dergisi, 9(3), 233-235.
- **Anayasa, (2010)**. <http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa>. iki internet sitesinden 18.08.2010 tarihinde edinilmiştir
- **Çalışkan Z., (2008)**. Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. H. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, 2008, s. 29-50.
- **Ener Meliha, Demircan Esra, (2008)**. Küreselleşme sürecinde değişen devlet anlayışından kamu hizmetlerinin dönüşümüne: sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmaları. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C. 13, S. 1 s. 57-82.
- **Kumbaracıbaşı O., Soral E., (1978)**. Ekonomiye Giriş. EM-AŞ Ofset, Ankara.
- **Özlü T., (2005)**. Hasta Hakları: Hakkınız var, Çünkü hastasınız TİMAŞ Yayınları, İstanbul.
- **Şenatalar B., (2003)**. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki.
- **Yıldırım H. H., (1999)**. Piyasa, Sağlık bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi dergisi C:32. Sayı:1. Safta: 1-11.