

Yaşamın son dönemlerindeki sağlık harcamalarından tasarruf edilebilir mi?

Yrd. Doç. Dr. Mevlüt Tatlıyer



1983 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Kahramanmaraş'ta tamamladı. 2007 yılında İTÜ İşletme Mühendisliği Bölümünden mezun oldu. Doktora tezi, "İktisadi Düşüncenin Evrimi ve İktisat Politikası" adıyla baskı aşamasında olan Tatlıyer'in çalışma alanları uluslararası iktisat, kalkınma iktisadi ve davranışsal iktisattır. Evli olan Dr. Tatlıyer, Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Ekonomi ve Finans Bölümünde öğretim üyeliği yapmaktadır.

İnsanoğlunun, en ufak bir sağlık problemi yaşadığında dahi diğer bütün sorunlarını unutması ve o anki sağlık sorununa odaklanmak zorunda kalması, sağlık ve refah arasında ne kadar kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu açıdan, bir ülkenin refah düzeyinin en sağlam göstergelerinden biri, sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyidir. Bununla birlikte, sağlık sektörünün hacmi ile ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında tam bir örtüşmenin olduğu da söylenemez. Örneğin, ABD dünyada sağlık için uzak ara en çok para harcayan ülke olarak dikkat çekmektedir. ABD'de, satın alma gücü paritesine göre düzeltildiğinde dahi, kişi başına yapılan sağlık harcamaları 8.500 dolar iken, arkasından gelen Hollanda'da bu rakam sadece 5.100 dolardır. Sağlık harcamalarının milli gelire oranında da ABD yüzde 17,7 ile açık ara önde iken en çok sağlık harcaması yapan ikinci ülke olan Hollanda'da bu oran sadece yüzde 11,9'dur (1-2).

ABD, bu şekilde dünyada açık ara sağlıkta en çok para harcayan ülke olmasına rağmen, genel sağlık performansında sanayileşmiş ülkeler arasında son sıralarda yer almaktadır. ABD özellikle kalp-damar hastalıkları kaynaklı ölüm gibi, birçok sağlık ölçütünde son sırada yer alırken, doğumda yaşam beklentisinde dünyada 40.sırada yer almaktadır. 39.sırada yer alan Tayvan'da kişi başı sağlık harcaması 2479 dolar ile ABD'dekinin (8500 dolar) oldukça

gerisindedir. Doğumda yaşam beklentisi en fazla ülke olan Japonya'da dahi kişi başına düşen sağlık harcamaları 3213 dolar ile ABD'dekinin neredeyse üçte biri kadardır. Görüldüğü gibi, sağlık harcamaları ile sağlık performansı arasında tam bir örtüşmenin olması gerekmediği gibi, bu ikisi arasındaki makas, ABD örneğinde olduğu gibi oldukça açık da olabilmektedir. Bu durumda, ülke olarak sağlık alanında daha çok para harcamanın illaki daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü olmak anlamına gelmediği ve sağlıkta verimliliğin de harcanan para kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye ise toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı olan yüzde 6,1 ile dünyada 35. sırada yer alırken, doğumda yaşam beklentisinde tam 91. sırada yer almaktadır. Eğer Türkiye bu listede de 35.sırada olsaydı doğumda yaşam beklentisi tam 6 yıl daha fazla olacaktı. Bu durum, sağlıkta verimliliğin ne kadar hayati bir mesele olduğunu bize göstermektedir.

20.yüzyılda teknolojinin ve bilimin hızlı bir şekilde gelişmesiyle birlikte toplumların genel sağlık düzeyi ve ortalama yaşam süreleri önemli ölçüde arttı. Buna paralel olarak, sağlık harcamaları da önemli ölçüde yükseldi. Sağlık harcamalarının modern dünyada çok önemli bir yekûn tutmaya başlaması da bu alanda verimliliğin nasıl arttırılabileceği sorularını gündeme getirdi.

Sağlık harcamalarının genel yapısına bakıldığında açıklıklarla görülmektedir ki, bu harcamalar önemli oranda yaşa bağlıdır. Sağlık harcamaları genel anlamda en az çocuklar için yapılırken, yaşla birlikte yükselmekte ve yaşlılıkta en yüksek değerine çıkmaktadır. Yaşlılık haricinde sağlık harcamalarının düzeyini önemli ölçüde etkileyen bir başka faktör de *ölüme kalan zaman*'dir (time to death – TTD). Zira ölümden önceki son 1 yılda veya son 1 ayda yapılan sağlık harcamaları, kişinin tüm ömründe yapılan sağlık harcamalarıyla yarışabilmektedir. Diğer taraftan, son dönemlerini yaşayan genç bireylere yapılan sağlık harcamaları da, yaşlılara oranla daha yüksek olma eğilimindedir.

Hollanda halkı üzerine yapılan bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre, Hollanda'da yıllık bazda (1999 yılı) kişi başına düşen sağlık harcamaları 1100 avro iken, son dönemlerini yaşayan birey başına düşen sağlık harcamaları ise bunun tam 13,5 katı, yani 14.906 avro olarak gerçekleşmiştir. Diğer taraftan, son dönemlerini yaşayan genç bireylere yönelik sağlık harcamaları da yaşlılara oranla daha yüksektir (4). Son dönemlerini yaşayan birey başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına düşen sağlık harcamalarına oranı ise ABD'de 7 kat düzeyindedir. Yine, ABD'de son dönemlerini yaşayan bireyler için yapılan sağlık harcamaları son 1 yılda epey yüksekken, bu harcamaların yine önemli bir kısmı (yüzde 40), kişinin ömrünün son 1 ayında



yapılmaktadır (6). Yine Hollanda'da yapılan bir çalışmaya göre de sağlık harcamaları çocuklar için en azken, yaşla birlikte yükselmekte ve 50 yaşından sonra hızla artmaktadır (5). ABD'de de yaşlıların yıllık sağlık harcaması tutarı 10'lu yaşlarındaki gençlerin ortalama 4-5 katı düzeyindedir (3).

Günümüzde önemli miktarlara ulaşan sağlık harcamalarının yine önemli bir kısmının yaşlılıkta ve ölüm zamanı yaklaştığında yapıldığının görülmesi, refah düzeyini düşürmeden sağlık harcamalarının önemli miktarda azaltılabileceğinin düşünülmesine neden olmuştur (Bu tarz çalışmalar, çok anlamlı bir şekilde, yine bu alanda en çok para harcayan ülkelerde yapılmıştır.) Böylece açığa çıkan ekstra fonlar da toplumun yaşam kalitesini arttırmak için kullanılabilir. Fakat bu düşünce nihayetinde bir yere varamamıştır. Öncelikli olarak, hastalığı çok ilerlemiş kanserli hastalar gibi istisnai durumlar haricinde, ölüm zamanı kestirilememektedir (6). Aylar veya haftalar öncesinden kimin ölüp kimin sağ kalacağını anlamamıza çok da fazla olanak bulunmamaktadır. Sonuç olarak, hâlihazırda harcanan paranın ölecek hasta için mi yoksa yaşayacak hasta için mi olduğunu bilmemizin bir yolu yoktur. Ne yazık ki sadece hasta vefat ettikten sonra, mevtanın son haftası veya son ayından söz edebilecek bir konuma geliyoruz. Bu açıdan, kağıt üzerinde zaten ölecek olan hastaya yapılan masrafların kısılması savunulabilir olmakla birlikte, hangi hastanın ölüp, hangisinin sağ kalacağını bilinememesi çok büyük bir handikap teşkil etmektedir. Öte yandan sağlık harcamalarının önemli bir kısmının, öleceği beklenirken ölmeyen ve ölmemesi beklenirken ölen hastalar için yapılıyor olması da mevzuyu iyice içinden çıkılmaz bir hale sokmaktadır (7).

Diğer taraftan, ölümcül derecede hasta olan kişiler önemli bir oranda yoğun bakıma alındıklarından ve yoğun bakımın da ciddi şekilde pahalı olmasından

dolayı, böyle hastaların yoğun bakım ünitesini daha az kullanmaları, sağlık harcamalarını azaltmada önemli bir fırsat sağlayabilirdi (7). Fakat hangi hastanın ölümcül derecede hasta olduğu, böyle hastaların da ne zaman öleceği bilinemeyeceğinden dolayı, pratikte yoğun bakım masraflarını bu şekilde kısmanın çok da bir geçerliliğinin olmadığı görülmüştür. Kaldı ki ölmekte olan hastaları hayata döndürmek için yapılan agresif müdahaleleri azaltarak tasarruf edilebilecek miktarın da toplam sağlık harcamalarının yüzde 2-3 gibi çok küçük bir kısmı olduğunun (6) görülmesi, burada çok da fazla bir hareket alanının olmadığını göstermiştir. Yine, sağlık sektörünün önemli düzeyde kaynak-yoğun bir yapıya sahip olması ve bu alanda yapılan harcamaların önemli bir kısmının sabit yatırımlardan ve harcamalardan oluşması, hasta bazında sağlık harcamasında kesintiye gitmeye çok da fazla imkân vermemektedir.

Sonuç olarak, yaşamın son dönemlerinde yapılan sağlık harcamalarını kısmanın pratikte çok da bir karşılığının olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte, ülkeler arasında sağlık harcamalarının verimliliği konusunda oldukça büyük farklılıkların olması, sağlık harcamalarının birçok açıdan çok daha verimli hale getirilebileceğinin bir göstergesidir. Fakat ölüm öncesi sağlık harcamaları bunlar arasında değildir.

Kaynaklar

1) OECD Health Division, OECD Health Data.

2) United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations World Population Prospects: 2012 Revision.

3) Bradford, D. F., & Max, D. A. (1997). Implicit budget deficits: the case of a mandated shift to community-rated health insurance. In *Tax Policy and the Economy, Volume 11* (pp. 129-168). MIT Press.

4) Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life-the Dutch experience. *Social science & medicine*,

Aylar veya haftalar öncesinden kimin ölüp kimin sağ kalacağını anlamamıza çok da fazla olanak bulunmamaktadır. Hâlihazırda harcanan paranın ölecek hasta için mi yoksa yaşayacak hasta için mi olduğunu bilmemizin bir yolu yoktur. Kaldı ki ölmekte olan hastaları hayata döndürmek için yapılan agresif müdahaleleri azaltarak tasarruf edilebilecek miktarın da toplam sağlık harcamalarının yüzde 2-3 gibi çok küçük bir kısmı olduğunun görülmesi, burada çok da fazla bir hareket alanının olmadığını göstermiştir.

63(7), 1720-1731.

5) Meerding, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A., & van der Maas, P. J. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *Bmj*, 317(7151), 111-115.

6) Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1994). The economics of dying--the illusion of cost savings at the end of life. *New England Journal of Medicine*, 330(8), 540-544.

7) Luce, J. M., & Rubenfeld, G. D. (2002). Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(6), 750-754.