

Sağlık finansmanı sorunları

Hüseyin Çelik



İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 8., 9., 10. ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satın Alma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal Güvenlik Reform Projesi'nde danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yaptı. Halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Sağlık finansmanı sorunu, ülkelerin ve hükümetlerin gündemleri arasında önem ve önceliğini sürdürmekle birlikte kronik hastalıkların, yaşlanmanın ve sağlık enflasyonundaki artışın getirdiği riskler nedeniyle hükümetleri çok daha büyük sınamalarla karşı karşıya bırakmaktadır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte önceki sistemin verimsizliklerinden kaynaklanan kazanımlarla finansal göstergelerde kamu açısından bugüne kadar çok iyi bir performans sergilenmiş ve sağlık harcamalarına ayrılan pay 2002 yılına göre %5,2 den 2016 yılı itibari ile %4,6'ya düşmüştür. Ancak uygulanan politikaların sürdürülebilirliği için sağlık hizmet sunumu ve finansman sisteminin bütünlük bir anlayışla ele alınarak 2023 hedeflerini gözeterek şekilde ve ulusal sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayarak köklü bir reforma tabi tutulması zaman gelmiş, hatta gecikme sürecinde de girmiştir.

1. Sağlık Finansmanında Harcamaların Azaltılması Döneminin Sonuna Gelinmiştir: Ülkemizde 2016 yılı itibariyle sağlık harcamaları (yatırım harcamaları dahil) GSMH'nin %4,6'sına düşmüştür. Bu oran, içinde bulunduğumuz OECD orta-üst gelir grubu ülkelerin ortalaması olan %6,1'in de oldukça altındadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan kazanımların birçok göstergesinde, yaşanan sorunlar sağlığa ayrılan kaynağın yetersizliğine işaret etmektedir. Ekonomik sorunlarda

kesinti yapılan ilk sektör olmaktan öte sağlık harcamalarının verimliliğini gözeterek, GSMH içindeki payını arttırmanın öncelikli olduğu bir dönemin içindeyiz (1).

2. Sağlıklı Yaşamı Değil, Hastalığı Finanse Etmeyi Öncelemeye Devam Ediyoruz: Ülkemizde ilk defa kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasına rağmen, sistemin yaklaşık 10 yıllık işleyişinde hastalığı finanse eden bir yapının ötesine geçilememiştir. Bu durum başta artan yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklar ve yeni teknoloji tanı/tedavi yöntemleri ve ilaçlar nedeniyle oluşacak harcama artışı nedeniyle sağlık finansmanının sürdürülebilirlik riskini arttırmaktadır. Koruyucu sağlık harcamalarının yasal düzenlemelere uygun olarak Genel Bütçe'den ödenmesi uygulamasına son verilerek GSS bütçesinden ödenmesine geçilmeli ve SGK tarafından sağlıklı yaşamı teşvik edecek uygulamalarda Sağlık Bakanlığı ile yakın bir işbirliği içerisinde çalışılması sağlanmalıdır.

3. Global Bütçe Uygulaması GSS'nin Kamu Sağlık Hizmet Sunumu Üzerindeki Denetim Rolünü Ortadan Kaldırmıştır: Sağlık finansman bakımından Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversite hastanelerine SGK üzerinden Global Bütçe yöntemi ile ödenen sağlık giderleri yanında genel bütçeden aldıkları tutarlar sonucu kamu için geri ödeme tarifesi olmaktan çıkmış durumdadır. Bu durum aynı zamanda SGK'nın geri ödeme mekanizması yoluyla kamu sağlık

harcamalarının kontrolü mekanizması tümüyle ortadan kaldırmıştır.

4. Kamu Sağlık Kurumlarının SUT Tarifesi Yanında Genel Bütçeden Aldıkları Ödenek Tutarının Sürekli Artışı GSS Finansman Dengesinden Yanılsamalara Yol Açmaktadır: SUT tarifeleri Global Bütçe uygulamaları ile sadece özel sağlık tesisleri için yapılan ödemelere esas bir tarifeye dönüşmüştür. Bu durum sonuçta GSS prim gelir-gider dengesinde giderlerin genel bütçe ödenekleri kadar düşük gözükmesine neden olmaktadır (2).

5. Teşvik Edici Bir Anlayışla Sevk Zinciri Uygulamasına Geçilmesi Sağlanmalıdır: Sağlık politikaları ve finansmanı ile ilgilenen herkesin ilkesel olarak kabul ettiği sevk zinciri uygulaması, tedavi hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurumlarının mali kaygılarını gidermeden uygulamaya geçirilmesi mümkün görünmemektedir. 2009 yılında altyapı çalışmaları tamamlanmadan ve zorunlu olarak 4 ilde hayata geçirilen sevk zinciri uygulaması sonucu yaşanan olumsuz örnekler, sevk zinciri uygulamasının tekrar gündeme gelmesini engellemektedir. Sağlık finansmanı açısından hayati role sahip bu argümanın teşvik edici bir anlayış ile uygulanması (sevk zinciri ile 2'nci ve 3'ncü basamak sağlık tesislerine gidenlerden katılım payı alınmaması gibi) ve elde edilen tasarrufun 2'nci ve 3'ncü basamak sağlık kurumlarının fiyat tarifelerinde artış sağlanarak uygulanması önem ve öncelik taşımaktadır.

6. Sağlık Hizmet Sunucusu Geri Ödeme Bedellerinin Belirlenmesinde Kamu Sağlık Tesislerinin Gerçek Maliyetleri Referans Olarak Alınmalıdır: Sağlık hizmetlerinin geri ödeme bellerinin belirlenmesinde yetkili olan "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu"nun üye yapısı ve işleyişi Kanunda amaçlanan SGK yönetiminden özerkliği sağlayamamaktadır. Uygulamanın 10 yıllık yaşanan deneyimlerden yola çıkarak kamu sağlık tesislerinin maliyet bedeli referans alınarak yürütülmesi sağlanmalıdır. Bu uygulamanın yaşama geçirilmesinde ilaç örneğinde olduğu gibi diğer ülkelerin sosyal güvenlik/kamu kurumlarının geri ödeme tutarlarının referans olarak alınması ya da kıyas amaçlı kullanılması da değerlendirilmelidir (3).

7. Vatandaşların Zorunlu Olarak Girdikleri GSS Sisteminde, Sağlık Hizmetini Alırken Sözleşmeli Kurum Seçiminde Tercihlerine İmkân Veren Bir Modele Geçilmelidir: GSS sistemine girişte bireyler zorunlu olarak sisteme girmektedirler. Hizmet satın alırken sadece SGK'nın sözleşmeli kurum ve geri ödeme listesindeki ilaç ve malzemelere dayalı ödeme modeli, uygulamada farklı tercihleri olan kişilerin GSS'den yararlanmasını engellemektedir. Uygulamanın GSS'nin 2006 yılında yayımlanan ilk haliyle tekrar ele alınması değerlendirilmelidir.

8. Mülkiyete Dayalı Geri Ödeme Uygulamaları Kamu Sağlık Tesislerinin Verimli Çalışmasını Engelleme Etki Yaptırır: Global Bütçe geri ödeme modeli, katılım paylarının kamu-özel sağlık tesisine göre farklılaştırılması, tıbbi tedavilerde kamu-özel sağlık tesisleri bakımından ameliyat yapma yetkisinin farklılaştığı uygulama örnekleri, kamu sağlık tesislerinin özel sağlık tesisleri ile verimlilik, hizmet kalitesi ve vatandaş memnuniyeti gibi kriterler dahil olmak üzere rekabet içinde faaliyet yapmasına engeller oluşturmaktadır.

9. Tahsil Edilen GSS Priminin %25'i Olarak Ödenen Devlet Katkısı Tutarı GSS'nin Sağlık Göstergelerinde Sağlanacak İyileştirmeye Bağlanmalıdır: Kanun ile getirilen devlet katkısı modeli SGK'nın sadece prim tahsilat performansına endekslenmiş olarak uygulanmaktadır. GSS bakımından devlet katkısının prim tahsilat performansı yanında toplumun sağlık düzeyi başta olmak üzere sağlık sistemi çıktılarına dikkate alacak bir anlayış ile yeniden düzenlenmelidir.



10. Bedava Sağlık Hizmeti Yoktur, Tüm Harcamaları Vatandaşın Finanse Ettiği Bilinci İle Popülist* Uygulamalardan Kaçınılmalıdır: Sağlık hizmetlerinin tüm maliyetini vatandaşlar karşılamaktadır. Ülkemizde bağımlı çalışanlar kendileri ve işverenleri tarafından ödenen primlerle, bağımsız çalışanlar ve geliri yüksek olanlar kendi ödedikleri primlerle, geliri düşük olanlar için ise devletin vergi gelirlerinden ödediği primler ile sağlık sistemi finanse edilmektedir. Buna ek olarak tahsil edilen GSS primlerinin %25'i kadar devlet katkısı ödenmektedir. Bu tutarın da yeterli olmadığı durumda transfer ödemesi ile emeklilik uygulamasında olduğu gibi açıklar devlet borçlanması yolu ile kapatılmaktadır. Tüm bu tespitler bizi sağlık harcamalarının tümünün nihayetinde vatandaş tarafından ödendiği ve sağlık hizmetinin bedava olmadığı gerçeğinden hareketle, sistemin sürdürülebilirliğini riske edecek ve nimet külfet dengesinin bozacak uygulamalardan kaçınılmasına azami özen gösterilmelidir.

11. Cepten Ödemenin Varlığı Değil, Oranı Sorgulanmalıdır: Tüm dünyada sağlık finansman sistemleri cepten ödemeleri bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık finansmanın tamamını vatandaşların karşıladığı dikkate alındığında, temel sorun cepten harcamalarının varlığı değil, ne kadarının prim/vergiler yoluyla ne kadarının cepten ödemeler yoluyla karşılandığıdır. Ülkemiz için bu oranın %15-%20 aralığında tutulması hedeflenerek finansman politikaları düzenlenmelidir (4).

12. Cepten Harcamaların Bireysel Emeklilik Örneğinde Olduğu Gibi, İkinci Bir Sigorta Güvencesine Kavuşturulması Sağlanmalıdır: Cepten ödemelerin sağlık finansman sisteminin temel bir unsuru olduğu dikkate alındığında bu ödemelerin ikinci bir sigorta güvencesine kavuşturulması, söz konusu ödemelerin olumsuz etkilerinin minimize edilmesi için önemli bir mekanizma sağlayacaktır. 2016 yılı itibarıyla 19.562 Milyon TL olan cepten (hane halkı) harcamaların özel sigorta/tamamlayıcı sigorta modelleri ile ikinci bir sigorta güvencesine kavuşturulması vatandaşların memnuniyeti ve sektörün sürdürülebilirliği açısından olumlu etki yaratacaktır (5).

*Popülist= Uzun vadede yine vatandaşın zarar gördüğü uygulamalar.

Kaynaklar

1) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/186/Kuresel-ekonomik-krizin-sagligi-tehdidi.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

2) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/217/Global-butce-Nereye-kadar.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

3) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/279/Saglik-hizmetlerinin-ucretlendirilmesi-Sorunlar-ve-cozum-onerileri.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

4) <http://www.sdplatform.com/Dergi/1034/Cepten-saglik-harcamaları-Dunden-gelecege-projeksiyon.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

5) <http://www.sdplatform.com/Dergi/1035/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi-sureci-ve-gelinen-nokta.aspx> (Erişim Tarihi: 27.08.2018)