

## TÜRKİYE’DE KANSER HARCAMALARI

**Prof.Dr.Mehtap Tatar**  
**Doç.Dr.İsmet Şahin**

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü

Kanser, bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasının sonuçlarına göre, kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra Türkiye’deki toplam ölümlerin ikinci nedenidir (Sağlık Bakanlığı, 2004a). Yapılan tahminler, kanser insidansının önümüzdeki yıllarda da yüksek olacağını ve kanserin görünür bir gelecekte birinci ölüm nedeni olacağını göstermektedir. Bu eğilimin temel nedenleri arasında Türkiye’de sigara içme oranının yüksek olması, çevre faktörlerindeki olumsuzluklar, beslenme ile ilgili olumsuzluklar ve diğer risk faktörleri sayılabilir. Ayrıca nüfusun yaşlanması da kanserin görülme sıklığının ve kanserden ölümlerin artmasında önemli bir nedendir.

Kanser insidansının artmasının önemli sonuçlarından biri, bu hastalık nedeniyle sağlık sektörünün ve ülkenin yüz yüze kalacağı ekonomik yükün de artmasıdır. Bilindiği üzere kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi yüksek tıbbi teknolojiyi gerektirmekte, bu da sağlık harcamalarının ve toplumsal kaynaklar üzerindeki baskının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca sadece teşhis ve tedavi değil aynı zamanda koruma amaçlı geliştirilen programlar da önemli ölçüde kaynak gerektirmektedir. Bugün ister gelişmiş isterse de gelişmekte olan ülkelerde olsun her toplumun yüz yüze kaldığı önemli bir durum sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlığın ülkelerin genel ekonomik zenginliğinden giderek artan oranda pay almasıdır. Sağlık sistemleri üzerinde oluşan finansal ve diğer baskılar, her ülkede değişim konusunu da gündeme getirmiştir. 1990’lı yılların başından bu yana global olarak gündemde olan sağlıkta reform hareketinden Türkiye de etkilenmiş ve “Ulusal Sağlık Politikası” (Sağlık Bakanlığı, 1993) dokümanının yayınlandığı 1993 yılından itibaren sağlık sektöründe reform çalışmaları başlamıştır. Türkiye’de de reform önerileri global reform önerileri çerçevesinde gelişmiş ve reformun ana temaları,

sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık sigortası kapsamının ülkede yaşayan herkesi kapsayacak şekilde genişletilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek üzere aile hekimliği sisteminin geliştirilmesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hastanelerin özerkleştirilmesi olmuştur. Sağlık sektöründe son 15 yıldır reform çabaları olmasına karşın bu konuda somut adımlar 2003 yılından itibaren atılmaya başlanmış ve bu tarihten itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanını ve vatandaşların hizmetlere erişimini önemli ölçüde etkileyen değişimler gerçekleştirilmiştir. Ancak bu değişimler aynı zamanda sağlık harcamalarındaki artışı da tetiklemiş ve harcamaların kontrol altına alınması konusu politika belirleyicilerin gündeminde önemli bir yer işgal etmeye başlamıştır.

Türkiye’de sağlık sisteminin 2003 yılından bu yana başlayan süreç ile birlikte önümüzdeki yıllarda önemli değişikliklerle karşı karşıya kalması beklenmektedir. Bu değişim beraberinde kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarının artmasını ve eldeki sınırlı kaynakları mümkün olan en verimli şekilde kullanma ihtiyacını da beraberinde getirecektir. Kanser insidansının artış beklentisi sağlık hizmetlerinin finansmanı içerisinde kanser için yapılan harcamaların da artması beklentisini doğurmaktadır. Bu çalışmada kanser harcamaları üzerinde durulacaktır. İlk olarak dünyada kanser harcamaları ve bu harcamalar etrafında gelişen tartışmalar ortaya konacaktır. İzleyen bölümde Türkiye’de sağlık ve kanser harcamaları ele alınacak ve metodolojik olarak sağlık harcamalarının ve bunun içinde kanser harcamalarının hesaplanmasında karşılaşılan güçlükler tartışılacaktır. Dördüncü bölümde Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı adına Hacettepe Üniversitesi tarafından hazırlanarak yürütülen “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” projesi kapsamında kanser için elde edilen veriler ve bu verilerin önümüzdeki yıllarda harcamaların belirlenmesinde nasıl kullanılacağı ele alınacak, son bölümde ise önceki bölümlerde yapılan tartışmalar ışığında ulaşılan sonuçlar ve öneriler ortaya konacaktır.

### **Dünyada Kanser Harcamaları**

Kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi için yapılan harcamalar dünyadaki tüm ülkeler için sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu durumun altında yatan temel nedenler arasında, dünya nüfusunun yaşlanması ve bu yaşlanma ile birlikte kansere yakalanma riskinin artması, geliştirilen yeni tanı yöntemleri ile birlikte kanserin daha erken evrelerde teşhis edilerek tedavi şansının artması

ancak beklenen yaşam süresinin de artması ile birlikte bireylerin daha uzun süre bu hastalık ile birlikte yaşamak zorunda kalması, yeni, daha etkili ancak daha pahalı tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve hızlı iletişim yolları ile bu yöntemlerin geliştiği andan itibaren dünyanın her yerinde kullanılması konusunda hasta ve yakınlarından gelen baskıların artması sayılabilir. Ancak her toplumda karşı karşıya kalınan en önemli problemlerden olan kaynak kısıtlılığı ve mevcut kaynakların en rasyonel şekilde kullanılma zorunluluğu sağlık sektöründe yapılan diğer harcamalar gibi kanser için yapılan harcamaların da sorgulanmasına ve bu alanda çok boyutlu çalışmalar yapılmasına neden olmaktadır. Bu bölümde global olarak dünyada kanser harcamalarının boyutu ve bu konu etrafında yapılan tartışmalar ele alınacaktır. Ancak konu ile ilgili tartışmalara girmeden önce sağlık harcamaları ve bu harcamalar içinde bir hastalık için yapılan harcamalara ilişkin veriler konusunda açıklama yapmak gerekmektedir.

Sağlık harcamalarının toplam olarak ve kaynağına, hizmet sunucusuna, sağlanan sağlık hizmetinin türüne ve nihai olarak da hastalığa göre belirlenmesi bir ülkede sağlıklı sağlık politikası geliştirmenin en önemli şartlarından biridir. Sağlık harcamaları ile ilgili veriler hem geliştirilmesi düşünülen politikalara yön verecek hem de uygulamaya geçen bir politikanın sonuçlarını izlemeye de olanak verecek şekilde toplanmalı ve analiz edilmelidir. Farklı uygulamaların farklı sonuçlarını değerlendirebilmek ve uluslar arası karşılaştırmalar da yapabilmek amacıyla bu verilerin her ülkede benzer metodoloji ve kavramsal çerçeve içerisinde toplanması önemlidir. Bu amaçla OECD tarafından geliştirilen ve üye ülkelerin çoğunluğu tarafından kullanılan OECD Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) (OECD, 2000) hem her ülkenin ortak bir çerçevede bir araya gelmesine hem de ülkeler arasında karşılaştırılabilir veri sağlamaya yardımcı olmaktadır. Türkiye’de de SHS ile uyumlu sağlık harcamaları hesaplamaları 1999 ve 2000 yılları için geliştirilmiş ancak çeşitli nedenlerde bu çalışmanın devamı sağlanamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004b). Bu konuya ve Türkiye’de sağlık harcamaları verisi ile ilgili sorunlara bir sonraki bölümde değinilecektir. Ancak burada vurgulanması gereken çok önemli bir nokta, hastalığa ilişkin harcamaların hesaplanmasının her ülkede çok güç olduğu ve aslında bunu sınırlı sayıda ülkelerin başarabildiğidir. Belirli bir hastalığa ilişkin olarak yapılan harcamaların doğru hesaplanabilmesi için hem hastalığa ilişkin verilerin hem de harcamalara ilişkin verilerin doğru olarak bilinmesi zorunludur. Özellikle bir ülkede sağlık hizmetlerinin fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmaması durumunda bu harcamalar ancak özel araştırmalar aracılığı ile hesaplanabilir. Bu nedenle kanser harcamalarına ilişkin verilerin çoğunluğu, sağlık harcamaları verilerinin en iyi toplanabildiği ve fiyatların gerçek maliyetleri yansıttığı Amerika

Birleşik Devletleri'nden (ABD) gelmektedir. OECD SHS Sistemi içinde yer alan harcamaların hastalık türlerine göre dağılımı tablosu sınırlı sayıda ülke tarafından geliştirilebilmektedir. Bu nedenle aşağıda verilecek örnekler temel olarak ABD'de yapılan kanser harcamaları çerçevesinde gelişecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2004 raporuna göre (WHO, 2004), global ölümlerin 12.5'i kanser nedeniyle gerçekleşmektedir ve kanser global hastalık yükünün % 5.1'ini oluşturmaktadır. Ölümlerin ve hastalık yükünün kanser türleri arasındaki dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır.

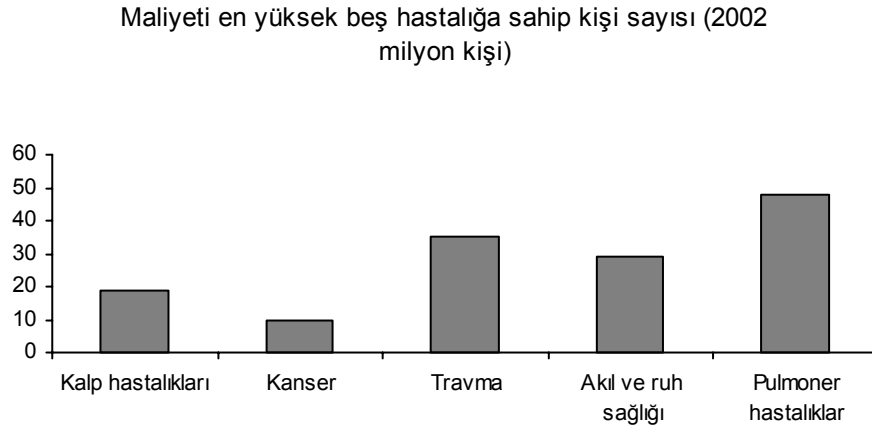
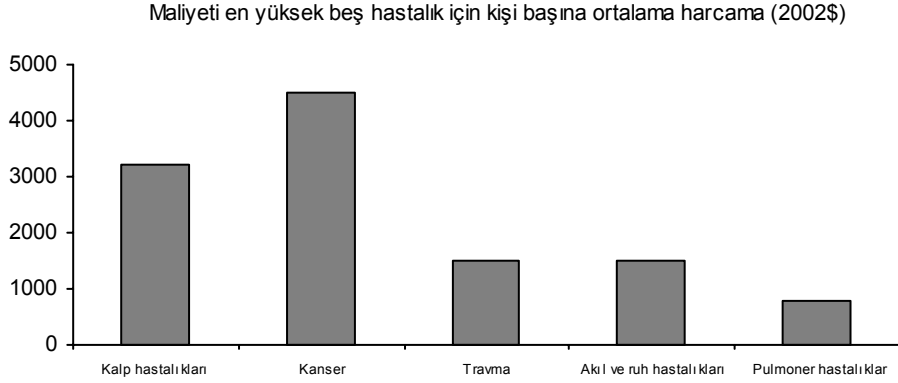
**Tablo 1: Global Kanser Yükü**

	Global ölümlerin %	Global hastalık yükü %
Kanser	12.5	5.1
Akciğer	2.2	0.8
Mide	1.5	0.5
Kolon/Rektum	1.1	0.4
Meme	0.8	0.4
Lösemi	0.5	0.3
Prostat	0.5	0.1

Kaynak: WHO, 2004

Daha önce de ifade edildiği üzere kanser, teşhisi ve tedavisi pahalı bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın finansal yükü, genel hastalık yükünden daha fazla olabilmektedir. Örneğin Şekil 1, ABD'de maliyeti en yüksek beş hastalığı yapılan harcamalar ve hastalığın prevalansı açısından karşılaştırmaktadır. Şekilde de görüldüğü üzere ABD'de en yüksek maliyetli ilk beş hastalık kalp hastalıkları, kanser, travma, akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ve pulmoner hastalıklar olmasına karşın kişi başına yapılan sağlık harcamaları açısından karşılaştırıldığında ilk sırayı kanserin aldığı görülmektedir.

**Şekil 1: ABD’de maliyeti en yüksek beş hastalığın prevalansı ve kişi başına yapılan sağlık harcamaları**



Kaynak: Journal of the National Cancer Institute, 2005

ABD’de kanser halen ikinci ölüm nedeni olmasına karşın 1990 yılından itibaren kanser ölüm hızlarında ciddi düşüşler yaşanmaktadır (Şekil 2). Bu düşüş, temel olarak, erkek ve kadınlarda en çok görülen prostat, meme, akciğer ve kolorektal kanserlerden ölümlerde meydana gelen düşüşten kaynaklanmaktadır. Bu kanserler arasında 100 000’de 56.2 ölüm ile akciğer kanseri halen ilk sırayı almaktadır ve ölümlerde en büyük düşüş prostat kanserinde görülmüştür. 1990 yılından 2001 yılına kadar prostat kanseri mortalitesi 100000’de 38.4’den 28.7’ye düşerek bu

hastalıktan ölümlerde % 25'lik bir azalmaya neden olmuştur (Pfizer, 2003). Bu durumun temel nedenleri arasında, kanser risk faktörlerinde özellikle sigara tüketiminde yaşanan pozitif gelişmeler, yeni teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve erken teşhis olanaklarının artması sayılabilir. ABD'de kanserin teşhis ve tedavisi için 72 milyar\$ harcanmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kanser harcamalarının payı ise % 4.7'dir (Bosanquet, Silora, 2004).

Kanser tedavisi için yapılan harcamalar, kanser türüne göre önemli farklılıklar göstermektedir. Tablo 2'de ABD'de bu konu ile ilgili bulgular sunulmaktadır.

**Tablo 2: ABD'de sık görülen kanserlerin tedavi harcamaları**

Kanser türü	Yeni kanserler içinde %	Harcamalar (Milyar \$)	Toplam kanser harcaması içinde %	Kişi başı ortalama Medicare harcaması
Meme	18,2	5,4	13,1	9 230
Kolorektal	11,7	5,4	13,1	21 608
Akciğer	12,5	4,9	12,1	20 340
Prostat	13,6	4,6	11,3	8 869
Lenfoma	4,2	2,6	6,3	17 217
Mesane	4,0	1,7	4,2	10 770
Serviks	2,3	1,7	4,1	1 083

Kaynak: Bosanquet, Silora, 2004

Tabloda da görüldüğü üzere toplumda en sık görülen ve en çok ölüme neden olan kolorektal kanser ve akciğer kanseri tedavi maliyeti en yüksek kanser türleri arasında yer almaktadır. Bu durumda bu iki kanserin önlenmesi, kanserden ölüm hızlarını önemli ölçüde etkileyeceği gibi sağlık harcamaları üzerindeki baskıyı azaltma yönünde de olumlu katkıda bulunacaktır. Herhangi bir hastalık için yapılan harcamalar ile ilgili tartışmalarda önemli bir nokta da bu harcamaların ne tür bakım için yapıldığı, bir başka ifade ile hangi sağlık fonksiyonu için yapıldığıdır. Tablo 3'de kolorektal kanser, meme kanseri, akciğer kanseri ve prostat kanseri için yapılan harcamaların fonksiyonlar itibari ile dağılımı görülmektedir.

**Tablo 3: Seçilmiş kanser türlerine göre yapılan harcamaların fonksiyonlara göre dağılımı**

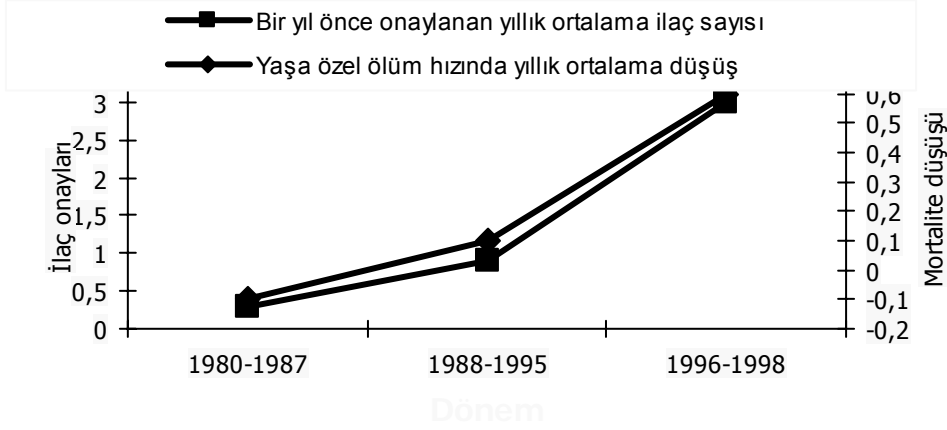
Kanser türü	Sağlık harcamalarının fonksiyonlara dağılımı %			
	Yatan hasta	Ayakta hasta	Reçeteli ilaç	Evde bakım
Meme kanseri	29.1	63.3	7.5	0.1
Kolorektal kanser	70.4	20.1	1.9	7.6
Akciğer	36.3	56.5	3.9	3.4
Prostat	44.1	46.8	8.0	1.1

Kaynak: Pfizer, 2003

Tabloda da görüldüğü üzere yatan hasta harcamaları ağırlıklı olarak kolorektal kanser için yapılmakta, bunu prostat ve akciğer kanseri izlemektedir. Meme kanseri için yapılan harcamalar ağırlıklı olarak ayakta verilen sağlık hizmetlerinde gerçekleşmekte en çok ilaç harcaması da prostat ve meme kanseri için yapılmaktadır. ABD sağlık sistemi bilindiği üzere özel sağlık sigortacılığı ilkeleri ile tanımlanmaktadır ancak 65 yaşından sonra herkes Federal bir program olan Medicare kapsamına girmeye hak kazanmaktadır. Temel olarak yaşlı nüfusu içinde barındıran bu program için kanser harcamaları ve bu harcamaların kontrolü önemli bir yer oluşturmaktadır. Bunun temel nedenleri arasında Son 30 yılda kanser hastalığının iyileşme hızının üç kat artmış olması, 30 yıl önce kanserde yaşama şansı % 50 iken 1995-2000 yıllarında kanser teşhisi konan bir kişide bu şansın % 64'e çıkması sayılmaktadır (Okon, Ogle, 2004). Bu gelişmeler çerçevesinde kanserin gelecekte "kronik hastalık" statüsünü kazanması beklenmekte ve yaşlı nüfus nedeniyle de Medicare sağlık harcamalarının önemli bir toplumsal problem haline geleceği öngörülmektedir. Medicare içinde kanser ilaçları için yapılan harcamalar 1998 yılından 2002 yılına kadar yılda % 33 artmıştır. Bu artış 2001-2002 yılları için % 41 olmuştur. Artışın temel nedenleri arasında, kanser tedavisi için geliştirilen yeni ilaçların hastaların kullanımına sunulmaya başlaması sayılmaktadır. Ayrıca, ilaç dozlarının artışı ve artan destekleyici ilaç kullanımı, ilaç fiyatlarındaki artış ve artan kanser hasta sayısı da bu eğilimi güçlendirmiştir. Bu nedenle son yıllarda özellikle kanser ilaçları ile ilgili olarak yapılan harcamaların kontrol altına alınması yönünde bir baskı oluşmuştur. (Okon, Ogle, 2004). Ancak yapılan araştırmalar, pahalı olmasına karşın yeni ilaçların daha uzun yaşam süresi, daha yüksek verimlilik (çalışabilme kapasitesinin artması), daha yüksek yaşam kalitesi (aktivitelerde daha az sınırlılıklar) ve hastanelerin ve diğer tıbbi hizmetlerin daha az kullanımını sağladıkları ve bu nedenle kullanımı halinde hem hasta hem de sağlık sistemi açısından pozitif sonuçlara neden olabileceğini ortaya koymaktadır. Örneğin meme

kanserinin tedavisi için geliştirilen yeni bir ilaç, bu hastalıktan yılda yaklaşık 500 ölümü engellemektedir ya da bir başka ifade ile yeni ilaç, yılda 5000 yaşam yılı kaybını engellemektedir (Lichtenberg, 2002). Şekil 2 meme kanseri için onaylanan yeni ilaçlar ile meme kanserinden ölümler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

**Şekil 2 Meme kanseri ilaçlarının onayı ve mortalite düşüşü**



Kaynak: Lichtenberg 2002

Ancak sağlık sistemlerinin ekonomik açıdan karşı karşıya kaldığı sorunlar, özellikle sağlık teknolojilerinin geri ödenmesi kararlarında kalite, tıbbi etkililik ve güvenlik kriterlerinin yanında maliyet etkililik kriterinin de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Önümüzdeki yıllarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerinin karşı karşıya kalacağı en önemli problem geri ödeme kararlarının nasıl verileceği etrafında gelişecektir.

Daha önce de ifade edildiği gibi, kanser insidansının artması, kanser için yapılan sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomileri içinde önemli bir yer tutması ve yeni teknolojilerin nasıl geri ödeneceği konusu sadece ABD'nin değil değişen derecelerde olmakla birlikte hem gelişmiş hem de gelişmekte olan tüm ülkelerin sorunudur. Bu durum henüz ayrıntıları ile tartışılmasa bile Türkiye için de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır. Aşağıda önce Türkiye'de sağlık harcamaları, daha sonra da mevcut veriler ışığında kanser harcamaları ele alınacaktır.

## Türkiye’de Sağlık Ve Kanser Harcamaları

Kanser harcamaları ile ilgili değerlendirmeye geçmeden önce Türkiye’de sağlık harcamalarının genel yapısı ve temel problemler üzerinde durmak gerekmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi Türkiye uluslar arası karşılaştırılabilir nitelikteki sağlık harcaması verilerine ilk kez 1999 ve 2000 yılları için ulaşabilmiştir. OECD SHS ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları çalışması (USH) 1999 ve 2000 yılları için yapılmış ve bu yıllar için Türkiye karşılaştırılabilir ve ayrıntılı sağlık harcamaları verilerine sahip olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2004b). Bu çalışma, Türkiye’de sağlık sektöründe o güne kadar varsayımlarla yorumlanan birçok konuya açıklık getirmiş, bir çok veri için de kabul edilen doğruların sorgulanmasına neden olmuştur. Çalışma özellikle o dönemde yoğun bir şekilde oluşturulmaya çalışılan yeni sağlık politikalarına çok önemli kanıtlar sağlamıştır. Bunlardan en önemlisi, Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının miktarı ile ilgilidir. 1999 yılına kadar sağlık harcamaları ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, bu harcamaların Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın (GSYİH) %4-5’i civarında olduğunu ortaya koymuştur. Ancak USH, 2000 yılında sağlık için yapılan harcamaların GSYİH içindeki payının %6.6 olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu sonucun en önemli etkisi, “Türkiye sağlık hizmetleri için yeterince kaynak ayırmıyor” savının sorgulanması olmuştur. Türkiye’nin gelişmişlik düzeyi açısından ele alındığında ekonomik zenginliğin önemli bir bölümünün sağlık için ayrıldığı ve Türkiye’nin orta gelirli, kendisiyle karşılaştırılabilir ülkeler arasında harcama dağılımında üst sıralarda yer aldığı ortaya konmuştur. Bu durumda sağlık göstergeleri ve tarafların sistemden memnuniyet düzeyi ile ayrılan kaynak birlikte değerlendirildiğinde “kaynak tahsis ve kullanım verimliliği”nin, harcamaların artırılmasından daha öncelikli bir sorun olduğu ileri sürülebilir. Bir başka ifade ile Türkiye, sağlık için ayrılan kaynakların miktarını artırmak yerine mevcut kaynaklarını en iyi nasıl kullanabileceğini sorgulamalıdır. USH çalışmasının birçok bulgusunun yanı sıra, aşağıda belirtilenler sağlık politikası geliştirilme sürecine önemli katkılarda bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2004).

*Sosyal güvenlik kapsamı bilinenden düşük.* 2003 yılı resmi verileri Türkiye’de nüfusun % 80’inin sağlık güvencesine sahip olduğunu ifade etmektedir. Ancak aynı yıl USH çalışması kapsamında yapılan Hanehalkı Sağlık Hizmetleri Kullanım ve Sağlık Harcamaları araştırmasında bu oranın % 67 olduğu ortaya konmuştur. Benzer bir oran yine aynı dönemde Hastalık Yükü Çalışmasında yapılan hanehalkı araştırmasında da ortaya çıkmıştır. Daha sonra Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Buradaki temel problem herhangi bir sağlık güvencesine sahip bireye bağımlı

olarak sağlık hizmetlerinden yararlananların hesaplanması yönteminden kaynaklanmaktadır. Bu bulgu özellikle o dönemde üzerinde yoğun olarak çalışılan Genel Sağlık Sigortası reformu çalışmalarında önemli rol oynamıştır.

*Eksik sigortalılık önemli bir olgu.* Eksik sigortalılık, bireyin sağlık güvencesine sahip olduğu halde örneğin erişimde karşılaşılan güçlükler nedeniyle bu güvenceden faydalanmayıp sağlık hizmetlerini cepten yaptığı ödemelerle karşılaması olarak açıklanabilir. Hem USH kapsamında yapılan hanehalkı araştırması hem de sağlık hizmetlerinde informal ödemeleri belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada (Tatar ve diğerleri, 2007), Türkiye’de bu konunun önemli boyutlarda olduğu ortaya konmuştur. Özellikle SSK, Bağ-Kur mensupları ve Yeşil Kart sahipleri teorik olarak sağlık güvencesinde sahip olmakla birlikte çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerini önemli oranda cepten yaptıkları ödemelerle karşılamaktadır.

*Ayakta sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sektör tarafından sağlanmaktadır.* OECD ülkelerinin hemen hemen tümünün tersine Türkiye’de sağlık harcamaları ağırlıklı olarak yatan hasta hizmetleri için değil ayakta hizmetler için yapılmakta ve bu da büyük oranda özel sektörde gerçekleşmektedir. Bunun en temel nedenlerinden biri Türkiye’de hekimlerin yarı zamanlı olarak kendi muayenehanelerinde çalışabilmeleri ve kamu hizmetlerini kullanmadan önce bu muayenehanelere başvurulması gereğinin toplumda bir norm olarak gelişmesidir (Tatar ve diğerleri, 2007).

*Perakende ilaç alımları hanehalkları için temel harcama kalemidir.* Cepten yapılan harcamaların önemli bir bölümü bireyler tarafından eczanelerden alınan ilaçlar için yapılmaktadır. Bunun çok önemli nedenlerinden biri, ilacın Türkiye’de en çabuk ve kolay ulaşılabilir bir madde olmasından kaynaklanmaktadır. USH hanehalkı araştırmasının ortaya koyduğu en önemli sonuçlardan biri Türkiye’de nüfusun % 30’unun herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda kendi kendine ilaç kullanma yolunu tercih ettiğini ortaya çıkarmasıdır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki engeller ve buna karşın eczanelerden reçetesiz ilaç alabilme kolaylığı, kendi kendine tedaviyi Türkiye’de önemli bir olgu haline getirmiştir. Özellikle kanser gibi erken teşhis gerektiren hastalıklarda bu olgunun olumsuz etkilerinin göz önünde tutulması gerekmektedir.

USH çalışmasının rutin olarak her yıl yapılması konusunda o dönemde kesin bir kararlılık olmasına ve bu görevin Türkiye İstatistik Kurumuna (TÜİK) verilmesine karşın, 2000 yılından sonra bu çalışma tekrarlanamamıştır. O dönemden sonra sağlık harcamaları ile ilgili tahminler, kamunun yaptığı harcamaların tedavi ve ilaç giderleri olarak toplanıp, özel sektör harcamalarının da çeşitli varsayımlara dayanılarak

tahmin edilmesi ile oluşturulmuştur. Ancak bilindiği üzere 2003 yılından itibaren sağlık politikalarında, sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı önemli ölçüde değiştirmesi beklenen reformlar gerçekleşmiştir. Bunlar arasında en önemlileri olarak SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi ve böylece SSK mensuplarının hizmetlere erişim kapsamının genişlemesi, SSK mensuplarının reçetelerini serbest eczanelerden alabilmelerini sağlayacak düzenlemelerin yapılması, Yeşil Kart kapsamının sadece yatan hasta hizmetleri için olmaktan çıkıp ayakta sağlık hizmetleri ile reçeteleri de kapsar hale gelmesi ve sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücret ödeme sistemine geçilmesi sayılabilir. Sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı, dolayısı ile sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkileyen bu politika değişikliklerinin etkisi üzerine yapılmış araştırmaların olmaması nedeniyle özellikle sağlık harcamalarının yapısındaki değişiklikleri izlemek mümkün olmamaktadır. Bu değişimlerin her hastalık grubunda olduğu gibi, kanser için de özellikle erken evrede teşhis ve tedavi konusunda önemli katkılarının olması beklenmektedir. Bu politika değişikliklerinin etkisini toplam sağlık harcamalarındaki artış bağlamında gözlemek mümkündür. Tablo 4’de de görüldüğü üzere 2005 yılı için Türkiye’nin toplam sağlık harcamaları 37,027 milyon YTL olarak tahmin edilmektedir. Aynı yıl için GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı % 7.6 olarak gerçekleşmiştir. Tabloda da görüldüğü ve beklendiği üzere 2000-2005 dönemi içerisinde kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı artmış, özel sağlık harcamalarının payı ise azalmıştır.

**Tablo 4: Türkiye’de Sağlık Harcamaları**

Sağlık harcamaları	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Toplam (milyon)	8,248 <sup>1</sup>	13,337 <sup>1</sup>	20,450 <sup>1</sup>	27,259 <sup>1</sup>	33,005 <sup>1</sup>	37,027 <sup>2</sup>
GSYİH içinde (%)	6,6 <sup>1</sup>	7,5 <sup>1</sup>	7,4 <sup>1</sup>	7,6 <sup>1</sup>	7,7 <sup>1</sup>	7,6 <sup>2</sup>
Kişi başına (YTL)	122 <sup>1</sup>	195 <sup>1</sup>	295 <sup>1</sup>	385 <sup>1</sup>	460 <sup>1</sup>	514 <sup>2</sup>
Kamu harcaması (%)	62,9 <sup>1</sup>	68,2 <sup>1</sup>	70,4 <sup>1</sup>	71,6 <sup>1</sup>	72,1 <sup>1</sup>	71,4 <sup>2</sup>
Özel harcama (%)	37,1 <sup>1</sup>	31,8 <sup>1</sup>	29,6 <sup>1</sup>	28,4 <sup>1</sup>	27,9 <sup>1</sup>	28,6 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> OECD, 2006

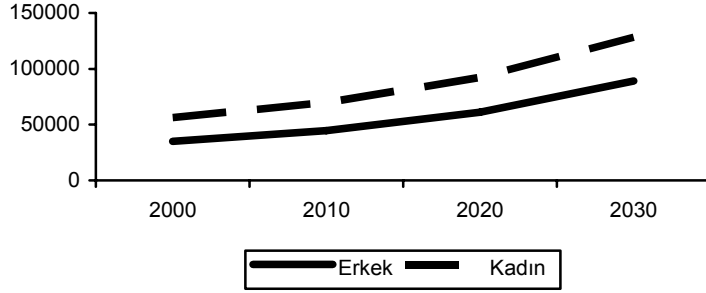
<sup>2</sup> www.who.int/nha/country/TUR.xls

Türkiye’de kanser harcamaları ile ilgili tartışmalara girmeden önce bir sağlık sisteminde herhangi bir hastalık ile ilgili olarak yapılan harcamaların belirlenmesi ile ilgili teorik tartışmaları ortaya koymak gerekmektedir. Türkiye’de sağlık ekonomisinin yeterince gelişmemiş olmasına paralel olarak sağlık ekonomisi ile ilgili kavramlarda da önemli bir kavram kargaşası yaşanmaktadır. Bu kavram kargaşası zaman zaman harcama ile maliyet kavramlarında da ortaya çıkmakta ve iki kavram birbirinin yerine geçecek şekilde kullanılmaktadır. Harcama en yalın anlamı ile herhangi bir mal ya da hizmetin bedeli olarak ödenen parasal değeri ifade eder. Bu bedel her zaman o malın gerçek değerini yansıtmayabilir. Özellikle herhangi bir şekilde sübvansiyonun olduğu ve mal ya da hizmetin fiyatının serbest piyasa koşullarına göre belirlenmediği durumlarda o mal ya da hizmetin fiyatı topluma olan gerçek maliyeti yansıtmaz. Sübvansiyon, mal/hizmetin tam değerini ortaya koymayı engeller. Bu nedenle bir mal ya da hizmetin fiyatı o mal ya da hizmetin gerçek değerini yansıtmıyorsa, “harcama” hesaplar ken fiyattan hareket etmek yanlıştır. Bir başka ifade ile örneğin kanser ile ilgili harcamaları hesaplar ken hastalığın teşhis ve tedavisi sürecinde kullanılan kaynaklar ve verilen hizmetlerin fiyatlarını toplamak yoluyla ortaya çıkan harcama miktarı (fatura toplamı) hastalık için kullanılan kaynakların gerçek değerini yansıtmamaktadır. Türkiye’de bilindiği gibi sağlıkta kamu tarafından geri ödemesi yapılan hizmetlerin fiyatı Maliye Bakanlığı tarafından her yıl yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatı ile belirlenmektedir. Bu hizmetlerin fiyatları belirlenirken herhangi bir maliyet hesaplaması yapılmamış, daha sonraki yıllarda fiyatlar artırılırken bir önceki yılın enflasyon oranları temel alınmıştır. Bu nedenle sağlık sektöründe özellikle herhangi bir hastalığa ya da sağlık fonksiyonuna ilişkin harcama hesaplaması yaparken doğrudan fiyattan ve faturalardan hareket etmek doğru olmayacaktır. Örneğin, yukarıda sözü edilen USH çalışmasında, ayakta hasta hizmetleri ya da yatan hasta hizmetleri gibi sağlık fonksiyonları için yapılan harcamaların hesaplanmasında Türkiye’yi temsil eden bir hastane örnekleminde maliyet çalışması yapılmıştır.

Burada vurgulanması gereken önemli bir nokta, belirli bir hastalık için yapılan harcamaların belirlenmesinin her ülke için zorlu bir iş olduğudur. Harcamaların maliyeti yansıtmamasının ve harcamalara ilişkin doğru bilgilerin olmasının yanı sıra hastalığın toplumda görülme sıklığına ilişkin verilerin de doğru olması gerekmektedir. Türkiye’de harcamalara ilişkin verilerin gerçek maliyetleri dolayısı ile gerçek harcamaları yansıtmadığı yukarıda ifade edilmiştir. Benzer şekilde kanserin insidans, prevalans ve mortalite verilerine ilişkin de doğru ve güvenilir bilgiler konusunda soru işaretleri bulunmaktadır. DSÖ istatistiklerine göre 2002 yılında Türkiye’de yaşa göre standardize edilmiş kanser mortalite hızı

100 000'de 95 olarak gerekleŒmiŒtir (WHO, 2006). 2000 yılı iin yapılan Hastalık Yüklü alıŒmasında kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedeni olarak ortaya ıkmıŒtır. Yine aynı alıŒmada yapılan projeksiyonlarda kanserden ölümlerin önümüzdeki yıllarda da artmaya devam edeceği öngörüsünde bulunulmuŒtur (Œekil 3) (Sağlık Bakanlığı, 2004a).

**Œekil 3: Kanserden ölümler ve ölüm projeksiyonları**

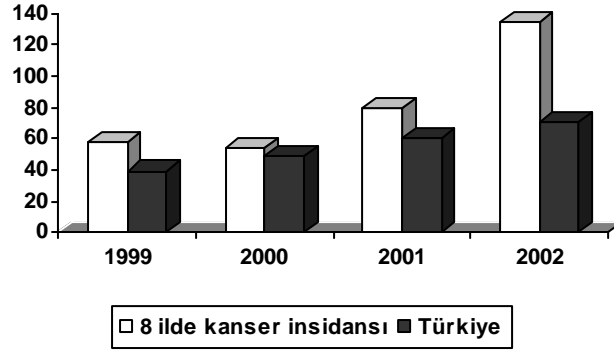


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004a

Ancak burada vurgulanması gereken önemli bir nokta, Türkiye'de ölüm nedenlerinin kayıtlarına iliŒkin yaŒanan önemli problemlerdir. Bilindiği üzere ölüm nedeninin bir hekim tarafından belirlenmesi ve kaydedilmesi zorunludur. Ancak bu kayıtların güvenilirliğini sorgulayan alıŒmalar mevcuttur. Örneğin Etiler ve arkadaşları tarafından yapılan bir araŒtırmada (2005) Kocaeli Üniversitesi Hastanesinden TÜİK'e bildirilen ölüm nedenleri ile hasta dosyalarındaki nedenler karşılaŒtırılmıŒtır. AraŒtırma sonucunda, bildirilen ölümlerin % 68.3'ünde ölüm nedeninin doğru yazılmamıŒ olduğu ortaya konmuŒtur. Bir üniversite hastanesinden bildirilen ölüm nedenlerinde bu kadar büyük bir sapmanın olması, hastane dıŒında gerekleŒen ölümlerin nedenlerine iliŒkin de önemli soru iŒaretlerinin ortaya ıkmasına ve ölüm nedenleri sıralamasında kanserin yerine iliŒkin soruların da ortaya ıkmasına neden olmaktadır.

Ölüm nedenlerinin yanı sıra kanser kayıtlarının güvenilirliği konusunda da önemli problemler bulunmaktadır. Œekil 4'de Türkiye'de kanser insidansı ile Kanser Kayıt Merkezlerinin bulunduğu 8 ilde tutulan kayıtlara göre kanser insidansı karşılaŒtırılmaktadır.

**Şekil 4: Türkiye’de ve Kanser Kayıt Merkezlerinin bulunduğu illerde kanser insidansı**



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı

Şekilde de görüldüğü üzere, kanser kayıtlarının daha güvenilir tutulduğu merkezlerdeki insidans ile genel kayıtlar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu durumda Türkiye’de kanser harcamalarını hesaplarken hastalığın görülme sıklığı ile ilgili verilerdeki problemler ülkede toplam kanser harcamalarının olduğundan daha az tahmin edilmesine yol açabilir.

#### **Türkiye’de Kanser Tedavi Maliyeti**

Yukarıda da ifade edildiği üzere herhangi bir hastalığa ilişkin harcamaların belirlenmesi o harcama ile ilgili maliyetlerin analizini gerektirmektedir. Maliyet bilgileri belli amaçlara hizmet eden araçlardır. Genel anlamı ile maliyet, hedeflenen bir sonuca ulaşmak için katlanılan fedakarlıkların parasal toplamıdır. Maliyetler, hangi amaçla toplandıklarına bağlı olarak değişik şekillerde hesaplanabilir. Hastalık maliyeti çalışmaları tanımlayıcı araştırmalardır. Herhangi bir hastalık maliyeti çalışmasında maliyet hesaplamalarının nasıl yapıldığı, hangi maliyet kategorilerinin dahil edildiği ve kime göre maliyet hesaplaması yapıldığı son derece önemlidir. Maliyetleri tanımlamanın farklı yolları olmakla birlikte, maliyetler yaygın bir şekilde doğrudan ve dolaylı maliyetler olarak tanımlanmaktadır. Doğrudan maliyetler sağlık hizmetlerine ilişkin ilk madde ve malzeme, işçilik maliyetleri ve genel üretim maliyetleri gibi "kullanılan kaynaklara" dayalı olan maliyetleri içerir. Dolaylı maliyetler ise morbidite ve mortaliteye bağlı üretim kaybı

gibi "kaybolmuş kaynakları" yansıtır. Görünmez maliyetler ise acı çekme gibi maddi birimlerle tanımlanmayan olgulara dayanır. Herhangi bir hastalığın maliyeti gerçekte o hastalığın tedavisi için yürütülen faaliyetin yol açtığı maliyet anlamındadır. Örneğin kanserin maliyeti denildiğinde kanser ile ilgili tedavi etkinliklerinin sonuçları satın alma yoluyla elde edilmişse "alış maliyeti", eğer üretim sonucu elde edilmişse "üretim maliyeti"dir. Dolayısıyla herhangi bir hastalığın maliyeti sağlık hizmeti sunucuları, hizmeti satın alan sosyal güvenlik kurumu ya da doğrudan ödeme yapan kişi için farklılık göstermektedir. Birinci durumda maliyet, üretim faaliyetinin, ikinci durumda ise satın alma faaliyetinin neden olduğu fedakarlıklarla ölçülecektir.

Türkiye’de, herhangi bir hastalık için yapılan harcama ve maliyetleri bu çerçevede belirlemeye yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. USH çerçevesi içinde yer alan dokuz tablodan biri olan hastalık bazında harcama tablosu, yukarıda kısaca özetlenen nedenler gözetilerek geliştirilmemiştir. Ancak burada belirtilmesi gereken önemli bir nokta, bu tablonun birçok OECD ülkesi ve diğer ülkeler için de geliştirilmesinin çok güç olduğudur. Bu konu ile ilgili olarak yapılan literatür çalışmasında, 2004 yılında bir üniversite hastanesinde yatan ve ölen 83 akciğer kanseri hastasının kayıtlarına dayanılarak kanser harcamalarının öngörüldüğü saptanmıştır. Ancak bu çalışmada harcamalar fatura bilgilerinden elde edilmiş hastalığın gerçek maliyeti göz ardı edilmiştir. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının kanser harcamaları olarak değerlendirilmesi ve bu rakamların Türkiye’nin kanser harcamalarını yansıtması mümkün değildir. Çalışmada akciğer kanserinin tedavisi için kişi başına yapılan sağlık harcaması 8257 \$ olarak hesaplanmıştır (Esin ve diğerleri, 2004).

Yukarıdaki bölümlerde de ifade edildiği üzere, Türkiye 2003 yılından bu yana "Sağlıkta Yeniden Yapılanma" adı altında özetlenen ve sağlık hizmetlerinde performansı, hizmetin verimliliğini, kalitesinin ölçülebilirliğini ve denetlenebilirliğini öngören bir dizi çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık sistemi dönüşüm programı gereği yürütülen bazı projelerin olası sonuçları yakın gelecekte vaka başına maliyet hesaplamaları için ümit vermektedir. Özellikle hizmetin finansmanı ile ilgili düzenlemeler sağlık hizmetlerinin önümüzdeki yıllarda görünümünü önemli ölçüde değiştirecektir. Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetlerini birbirleri ile rekabet eden kurumlardan yaptığı sözleşmeler aracılığı ile satın alacaktır. Bu sözleşmeler, verilen hizmetlerin beklenen kalitesinin yanı sıra fiyatlarını da içerecektir. Uzun vadede sübvansiyon konusunun gündemden kalkması beklendiği için hizmetlerin fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtması gerekecektir. Sağlık hizmeti sunum ve

finansmanına yönelik bu tür yeni yaklaşımlar, bir yandan bu konuda detaylı istatistiksel çalışmaların ve maliyet analizlerinin yapılmasını diğer yandan gerçekçi bir bütçeleme yapabilmek için yıllar içinde sağlık harcamalarındaki değişimin tahminini sağlayacak kontrol sistemlerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda yapılacak bilimsel çalışmalar bir dizi verinin toplanmasını ve bu verilerden yararlanarak kodlama, sınıflama ve sağlık hizmetlerine dair fiili maliyet analizlerinin yapılmasını gerektirmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığınca, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu kapsamında sigortalı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin elektronik ortamda gönderilmesini sağlamak amacıyla "MEDULA" adı verilen bir uygulama başlatılmıştır. SGK, 1 Aralık 2006 tarih ve 26369 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 1 Seri No.lu tebliğ uyarınca sağlık hizmeti sunucularının basit, genel ve geçerli bir iletişim standardı ile entegre olabilecekleri hasta muayene, tetkik ve tedavilerinin elektronik ortama alınmasını sağlayan MEDULA sistemine kurumla anlaşması olsun olmasın fatura ibraz eden tüm Devlet ve Üniversite Hastaneleriyle, özel sağlık kuruluşlarına entegrasyonunu zorunlu kılmış ve uygulamasını 16.04.2007 tarihinde yayımladığı bir genelgeyle başlatmıştır. MEDULA, Sosyal Güvenlik Kurumu ile hastaneler arasında fatura bilgisini elektronik olarak toplamak ve geri ödemesini bu çerçevede gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik bir sistemdir. Dört ana webservisi şeklinde organize edilen uygulamayla, hak sahipliği, sevk, reçete, tetkik talebi, ödeme sorgulama, faturalama (fatura bilgilerinin elektronik ortamda da gönderilmesi) işlemleri yürütülmektedir. MEDULA kapsamında, bir hastanın tüm sağlık hizmeti kullanımını takip etmek mümkündür. Öte yandan bu sistem ile sağlık hizmet kullanımını hem hasta hareketleri hem de verilen hizmetlerin içeriği açısından izlemek ve yönlendirmek de mümkün olacaktır. Bu sistem yoluyla, süreçlere henüz dahil edilmemiş olan hasta ve tanı bazında ilaç ve tıbbi malzeme bilgileri, hasta yatış bilgileri, tetkik ve radyoloji bilgileri, tahlil bilgileri gibi fonksiyonel harcama parametrelerini takip etmek de olasıdır. Ayrıca sistemin süreçlere dahil edilmemiş parametreleri işletildiğinde, kemoterapi ve bütün dallarda onkolojik vakalar gibi durum parametrelerinde de izlem yapmak mümkün olacaktır. Genel Sağlık Sigortası yasal olarak işlerlik kazandığında tüm kamu sağlık harcamalarını elektronik ortamda fonksiyonel olarak izlemek mümkün olacaktır. Kişiler tarafından yapılan doğrudan sağlık harcamaları ve informal ödemeler hariç SGK tarafından hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların fonksiyonlara ve tanılarına göre

kamu sağlık harcamalarını izlemek mümkün olacaktır. Böylece kanser gibi hastalık ve harcama yükü önemli hastalıklar için yapılan harcamaların boyutlarını görmek ve öncelik belirleme bağlamında karar vericilere sistemin performansı hakkında daha rasyonel seçenekler geliştirme imkanı olacaktır.

Sosyal güvenlik sistemindeki yeniden yapılanma çerçevesinde, sınırlı kaynakları objektif ve adil bir biçimde kullanmayan, verimsizlik ve israfi özendirilen unsurları içeren mevcut hizmet başına ödeme sistemi yerine finansal açıdan daha öngörülebilir, yönetilebilir ve etkin bir maliyet kontrolü sağlayan vaka başına ödeme gibi ön ödemeli sistemlerin uyarlanması, sürdürülebilir finansman için bir zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Bu anlayış doğrultusunda Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı adına Hacettepe Üniversitesi tarafından hazırlanarak yürütülen “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” adı altında 2005 yılında bir proje başlatılmıştır. Proje halen uygulanmakta olan Bütçe Uygulama Talimatnamesine (BUT) dayanan hizmet başına ödeme sisteminin yeniden yapılandırılması, yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık hizmeti ödemelerinde Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) önceden belirlenmiş vaka başına ödeme sistemi ve bütçeleme sistemi geliştirilmesi ile ilaç ve tıbbi malzeme için altyapı geliştirilmesi bileşenlerinden oluşmaktadır. Tanı ilişkili gruplara dayalı bir ön ödeme sistemine geçmek için proje dahilinde 1 özel, 2 üniversite, 5 Sağlık Bakanlığı genel ve eğitim hastanesi olmak üzere toplam 8 hastanede yatan hastalar için DRG pilot çalışması yapılmış ve bir üniversite hastanesi hariç 7 hastane için çalışmalar tamamlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetilmesi için gerekli enformasyonun elde edilmesini sağlamak amacıyla elde edilen sonuçlar doğrultusunda 2006 yılında projenin bölgesel, mülkiyet ve hastanelerin özellikleri bakımından 48 hastaneden oluşan Türkiye örneğine dayanan ve toplam yatan hastaların %20’sini kapsayan bir örneklem büyüklüğü ile Ulusal DRG’ye dayalı vaka başına ödeme sisteminin geliştirilmesi, verilerinin toplanması ve analiz edilmesini sağlayacak bir yönetim enformasyon sistemi kurulmaya çalışılmış ve Yüksek Planlama Kurulu kararı ile 2009 yılına kadar sürecek HUAP 2 adı altında projenin kapsamı genişletilmiştir.

1970’lerde Yale Üniversitesindeki araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 1983 yılında ABD’de uygulanmaya başlanan DRG’lerin oluşturulmasındaki temel amaç, herhangi bir hastaneden benzer hizmetler alması beklenen yatan hastalara ilişkin vaka tiplerinin bir tanımının yapılmasıdır. Bir yatan hasta sınıflandırma yöntemi olarak DRG’ler

ortaya çıkan maliyetlere ait olarak hastaneyi tehdit eden durumlarla hasta türlerinin ilişkilendirilmesi yollarını veya hasta türleri ile hastaları tanı işlemlerine dayanan bir biçimde sınıflandırarak hastane tarafından harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmenin yollarını sağlamaktadır. DRG'ye dayalı finansmanın iki temel bileşeni bulunmaktadır, Bu bileşenlerden birincisi, hastaneler tarafından tedavi edilen vakaların kodlanması, gruplanması, verilerin toplanması ve analizini içeren tanımlama, ikincisi ise tedavi edilen vakaların maliyetlerinin hesaplanması ve analizini içeren maliyetlerin atanmasıdır. DRG için hasta seviyesinde ideal olarak doğru ve eksiksiz olarak toplanmış klinik ve maliyet verilerine gereksinim duyulmaktadır. DRG'lerin oluşturulması için hasta boyutunda hem tıbbi verilerin hem de hastalık tanımlarının doğru yapılması gerekmektedir. Klinik faaliyetlerin ölçülmesi, hangi sayıda ve hangi tip hastaların kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılması ve klinik performansın değerlendirilmesi bakımından veri standartlarının oluşturulmasını sağlayan DRG'ler eğer uygun finansman kuralları ile birlikte uygulanırsa sınırlı miktardaki sağlık bakım kaynaklarının hizmet sunucularına adil, hakkaniyete uygun ve şeffaf bir biçimde tahsis edilmesine olanak sağlayan bir sistem olarak kabul edilmektedir. Günümüzde yatan hastalar için DRG'ye dayalı olarak geliştirilen vaka karması (case mix) modeli, finansal risklerin sağlık hizmeti veren kurumlarla paylaşılmasını sağlayan ve giderek artan biçimde başta ABD, Kanada, Almanya, Fransa, İtalya, İspanya, Avustralya gibi gelişmiş birçok ülkede uygulanan vaka başına ödeme sistemine geçilmesi için yapılan çalışmaların temelini oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı kanser hastalığı ile ilgili politikalarında veri olarak kullanmak amacıyla bu hastalık için yapılan harcamaları öngörmek gereğini hissetmiştir. Mevcut durumda başka herhangi bir kaynaktan hastalığa ilişkin maliyetleri, ve harcamaları belirlemek mümkün olmadığı için yukarıda özetlenen HUAP projesi çalışması kapsamındaki 7 hastanede yürütülen klinik maliyetlendirme çalışmaları ve geliştirilen tanıya dayalı gruplardan kanser ile ilgili olan hastalık ve girişimlere ilişkin tanı gruplarının maliyet unsurlarının dağılımını ve hastaneler arasında olası farklılıkların bağlı değerler bağlamındaki değerlendirme sonuçları araştırma grubundan talep edilmiştir. Bu kapsamda elde edilen veriler, kanser vakaları için ana gider kalemlerine göre oluşturulmuş DRG yatan hasta maliyetlerini içermektedir. Araştırma kapsamındaki 7 hastanedeki 2006 yılı 9 aylık verileri (Ocak-Eylül) ICD 10 AM kodlarına göre kanser tanısı ile yatan hastaların tanı ilişkili grupları maliyet sonuçları ve bağlı değerleri Tablo 4'te verilmektedir. Araştırmada örneklenen hastanelerin adları gizlilik ilkesi gereği verilmemiş ve hastaneler arası karşılaştırmalar

yapılmamıştır. Tablo 4'te Kanser hastalarını içeren DRG grupları kodları ve açıklamaları ile tanımlanmış ve her DRG grubuna ilişkin 7 hastanedeki 9 aylık süreç boyunca değerlendirmeye alınmış taburcu olan hasta sayıları, hasta günü sayıları, ortalama yatış gün sayıları ile hasta ve hasta günü maliyetleri verilmiştir. Hastaneler arası maliyet karşılaştırmaları yapmak ve olası varyasyonların olası kaynakları hakkında değerlendirme yapmak mümkün olmakla birlikte burada bu bağlamda sonuçlar verilmemektedir. Tablo 4'teki sonuçlar daha çok bir hastalık özelinde yapılan tanı ilişkili gruplamanın ortalama sonuçları hakkında bir değerlendirme yapma amacına özgüdür. Buna göre araştırma kapsamındaki hastanelerin dokuz aylık verisinden toplam 5469 kanser hastasının yatarak tedavi gördüğü, ortalama 11,9 gün hastanede kaldığı, hasta günü başına maliyetin 274 ve hasta başına maliyetin de 3261 YTL olarak gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Araştırmanın sınırlılıklarına rağmen her DRG grubunun genel ortalama maliyete göre nispi maliyet ağırlıklarını ortaya koyan bağıl değerler bakımından değerlendirdiğinde kanser türleri bakımından maliyetler arasındaki varyasyonu görmek mümkün olmaktadır. Tablo 4'te görüldüğü gibi bazı DRG grupları genel ortalamanın altında kaynak tüketirken bazı kanser türleri genel ortalamaya göre 28 kata varan maliyet büyüklüğüne erişmektedir.

Teorik olarak DRG maliyet sonuç tabloları, yöneticilere faaliyet tabanlı maliyet unsurlarını gider merkezleri itibariyle ayrıntılı biçimde izlemeye ve bunları gider standartları ile karşılaştırıp ortaya çıkmış sapmaları nedenlerine göre çözümlenerek maliyet kontrolü ve başarı değerlendirmesi yapmak için gerekli temel bilgileri sağlamaktadır. Ancak burada sunulan sonuçlar, hastaneler arasında kanser tedavi maliyetleri bakımından kıyaslama yapmak için anılan 9 aylık dönemde yalnızca yatan hastaları içermesi, bu hastanelerde ayakta bakım hastalarını ve günlük yatışları içermemesi, kemoterapi gören kanser hastalarının ilaç ve tıbbi malzemelerinin çoğunun büyük oranda hastaneler dışından karşılanması gibi nedenler rasyonel değerlendirme yapmaya ve yatarak tedavi gören hastaların hastane maliyetlerini tam olarak yansıtmaya ya olanak sağlamamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçlarını yorumlarken bu kısıtlılıkların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Araştırma sonuçları verimlilik yönünden bir değerlendirmeyi de içermemektedir. Ancak yakın gelecekte sosyal güvenlik sisteminin hizmet başına ödeme modelini yatan hastalar için DRG'ye dayalı vaka başına ödeme modeli ile ikame etmesi durumunda sağlık hizmet sunucularının hizmet maliyetlerini izlemek mümkün hale gelecektir.

**Tablo 4: Türkiye’de seçilmiş 7 hastanede Kanser vakası ile Yatan hastalara tanı ilişkili grupları maliyetleri ve bağıl değerleri**

DRG Kodu	DRG Açıklaması	Bağıl Değer	Taburcu Sayısı	Hasta Gün Sayısı	OYS	Ort. Hasta Maliyeti	Hasta Günü Maliyeti
B66A	Neoplazma, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	1,38	10	90	9,00	4.516	502
B66B	Neoplazma, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,89	264	2.446	9,27	2.904	313
D02B	Bas ve Boyun işlemleri, Malinite veya Orta şiddetli KK Bulunan	5,06	43	1.089	25,33	16.496	651
D02C	Baş ve Boyun işlemleri, Malinite veya KK Bulunmayan	0,96	68	804	11,82	3.119	264
E71A	Solunum Sistemi, Neoplazma, Katastrofik KK Bulunan	1,27	8	129	16,13	4.140	257
E71B	Solunum Sistemi, Neoplazma, şiddetli/Orta şiddetli KK Bulunan	1,39	36	545	15,14	4.549	301
E71C	Solunum Sistemi, Neoplazma, KK Bulunmayan	0,72	429	3.806	8,87	2.352	265
G03A	Mide, Özofagus ve Duodenum işlemleri, Malinite Bulunan	1,07	159	2.842	17,87	3.479	195
G60A	Sindirim Sistemi, Malinite, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	2,54	20	322	16,10	8.278	514
G60B	Sindirim Sistemi, Malinite, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,45	492	4.252	8,64	1.471	170
H02A	Safra Yolları, Majör işlemleri, Malinite veya Katastrofik KK Bulunan	1,04	15	365	24,33	3.391	139
H61A	Hepatobiliyer Sistem, Malinitesi, Katastrofik KK Bulunan veya Pankreas'da 69 Yaş Üzeri ve Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	17,36	2	66	33,00	56.620	1.716
H61B	Hepatobiliyer Sistem, Malinitesi, Katastrofik KK Bulunmayan veya Pankreas'da 69 Yaş Üzeri olan ve Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,41	178	1.308	7,35	1.336	182
I65A	Yumuşak Doku, Maliniteler, Patolojik Kırıklar Dahil, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	8,27	7	89	12,71	26.982	2.122
I65B	Yumuşak Doku, Maliniteler, Patolojik Kırıklar Dahil, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,84	257	2.859	11,12	2.731	245
J06A	Meme, Malin Olgular, Majör işlemleri	0,54	36	486	13,50	1.748	129
J62A	Meme, Malin Hastalıklar, (69 yaş Üzeri Olup KK Bulunan) veya (Katastrofik/şiddetli KK Bulunan)	5,39	14	295	21,07	17.586	835
J62B	Meme, Malin Hastalıklar, (69 yaş Üzeri Olup KK Bulunmayan) veya (Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan)	0,36	497	5.427	10,92	1.158	106
L03A	Böbrek, Üreter ve Majör Mesane, Neoplazma işlemleri, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	28,52	2	99	49,50	93.028	1.879
L03B	Böbrek, Üreter ve Majör Mesane, Neoplazma işlemleri, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,76	133	2.305	17,33	2.471	143

L62A	Böbrek ve Üriner Traktus Neoplazmaları, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	6,74	7	147	21,00	21.975	1.046
L62B	Böbrek ve Üriner Traktus Neoplazmaları, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,32	634	3.661	5,77	1.060	183
M06A	Erkek Üreme Organlarında, Ameliyathane işlemleri, Diğer, Malinite Nedenli	0,59	18	178	9,89	1.911	193
M60A	Erkek Üreme Organları, Malinite, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	6,85	7	164	23,43	22.347	954
M60B	Erkek Üreme Organları, Malinite, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	1,06	329	2.537	7,71	3.452	448
N02A	Üterus, Adnekslere Yönelik işlemler, Over veya Adneks Yerleşimli Maliniteler için, KK Bulunan	7,22	6	127	21,17	23.545	1.112
N02B	Üterus, Adnekslere Yönelik işlemler, Over veya Adneks Yerleşimli Maliniteler için, KK Bulunmayan	0,66	98	1.089	11,11	2.148	193
N03A	Üterus, Adnekslere Yönelik işlemler, Over Yerleşimli Olmayan veya Adneks Yerleşimli Maliniteler için, KK Bulunan	7,16	4	56	14,00	23.338	1.667
N03B	Üterus, Adnekslere Yönelik işlemler, Over Yerleşimli Olmayan veya Adneks Yerleşimli Maliniteler için, KK Bulunmayan	0,98	114	1.281	11,24	3.181	283
N11A	Kadın Üreme Organları, Ameliyathane işlemleri, Diğer, 64 Yaş Üzeri veya Malinite Bulunan veya KK Bulunan	1,89	2	15	7,50	6.157	821
N60A	Kadın Üreme Organları, Malinite, Katastrofik/ şiddetli KK Bulunan	12,60	4	156	39,00	41.084	1.053
N60B	Kadın Üreme Organları, Malinite, Katastrofik/ şiddetli KK Bulunmayan	0,50	367	3.131	8,53	1.636	192
Q60A	Bağışıklık ve Retiküloendotel Hastalıklar, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	2,74	8	107	13,38	8.921	667
R01A	Lenfoma ve Lösemi, Majör Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	6,51	20	1.048	52,40	21.230	405
R01B	Lenfoma ve Lösemi, Majör Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	2,56	54	1.621	30,02	8.345	278
R02A	Neoplastik Hastalıklar, Diğer, Majör Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	4,72	3	85	28,33	15.401	544
R02B	Neoplastik Hastalıklar, Diğer, Majör Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	0,89	30	426	14,20	2.912	205
R03A	Lenfoma ve Lösemi, Diğer Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	9,85	2	40	20,00	32.110	1.606

R03B	Lenfoma ve Lösemi, Diğer Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	2,79	13	436	33,54	9.095	271
R04A	Neoplastik Hastalıklar, Diğer, Diğer Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunan	8,91	3	36	12,00	29.072	2.423
R04B	Neoplastik Hastalıklar, Diğer, Diğer Ameliyathane işlemlerinin Eşlik Ettiği, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	1,01	81	724	8,94	3.283	367
R60A	Lösemi, Akut, Katastrofik KK Bulunan	14,18	11	637	57,91	46.251	799
R60B	Lösemi, Akut, şiddetli KK Bulunan	7,89	40	1.845	46,13	25.745	558
R60C	Lösemi, Akut, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	1,86	178	5.061	28,43	6.051	213
R61A	Lenfoma ve Akut Olmayan Lösemi, Katastrofik KK Bulunan	16,35	15	541	36,07	53.326	1.479
R61B	Lenfoma ve Akut Olmayan Lösemi, Katastrofik KK Bulunmayan	0,75	593	9.267	15,63	2.459	157
R61C	Lenfoma ve Akut Olmayan Lösemi, Aynı Gün içerisinde	0,66	20	15	0,75	2.156	2.875
R62A	Neoplastik hastalıklar, Diğer, KK Bulunan	2,67	9	142	15,78	8.701	551
R62B	Neoplastik hastalıklar, Diğer, KK Bulunmayan	0,75	113	852	7,54	2.448	325
R63Z	Kemoterapi	2,67	16	16	1,00	8.711	8.711
TOPLAM		1,00	5.469	65.065	11,90	3.261	274

Tabloda da görüldüğü üzere, kanser vakalarının ortalama yatış süresi, ortalama hasta maliyeti ve hasta günü maliyeti önemli ölçüde değişiklik gösterebilmektedir. Yukarıda da sözü edildiği üzere bu verilerden şu anda kapsamlı bir maliyet analizine gitmek, dolayısı ile Türkiye’de kanser için yapılan harcamaları öngörmek mümkün değildir. Ancak sosyal güvenlik sisteminde öngörülen değişiklikler gerçekleştikten ve hastalıkların elektronik faturalanması işleminin tüm Türkiye’de etkin bir şekilde uygulamaya geçmesinden ve hastanelerde DRG yöntemi ile ödemeye geçtikten sonra bu konuda daha sağlıklı tahminler yapmak mümkün olacaktır. Ancak burada vurgulanması gereken çok önemli bir başka nokta, hastalık harcamaları ile ilgili çalışmaların iki önemli boyutunun olduğudur. Daha önce de sözü edildiği üzere bu boyutlardan birincisi maliyet verileri ikincisi de hastalığın toplumda görülme sıklığı ile ilişkili verilerdir. Bu nedenle hastalığa ilişkin harcama tahminlerinin yapılabilmesi için maliyet verilerinin yanı sıra hastalığa ilişkin epidemiyolojik verilerin de sağlıklı bir şekilde bulunması zorunluluğudur.

### Sonuç ve Değerlendirme

Bu çalışmada, kanser harcamaları ile ilişkili olarak global ve ülke düzeyinde bilgi verilmeye çalışılmıştır. Kanser dünyada olduğu gibi

Türkiye’de de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın teşhis ve tedavisinin ileri teknoloji gerektirmesi yapılan harcamaların ülkelerin sağlık kaynakları içindeki payının artmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarındaki önlenemeyen artış bugün bütün dünyanın karşılaştığı bir olgudur. Her ülkede bu harcamaları, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteden ödün vermeksizin kontrol altına alma yönünde politikalar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Bu gelişme sadece kanser için değil tüm hastalıkları için yapılan harcamaların da gözetim altına alınması gereğini doğurmuştur.

Türkiye’de de global gelişmelere paralel olarak 1993 yılından bu yana pasif 2003 yılından bu yana ise aktif bir şekilde sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında reform çabaları sürmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen gelişmeler sağlık hizmetlerine erişimi toplumun bir çok kesimi için daha da kolaylaştırmış, bu da beraberinde sağlık harcamalarının önemli ölçüde artmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında öngörülen değişiklikler ile birlikte bu konu Türkiye’nin gündemini önümüzdeki dönemde de işgal etmeye devam edecektir. Sağlık hizmetlerine erişimin hem finansman hem de sunum yönünden gelişmesi kanser hastalığının teşhis ve tedavisi sürecini çeşitli şekillerde etkileyecektir. Örneğin, Genel Sağlık Sigortasının tüm toplumu kapsayacak şekilde genişletilmesi, hizmete erişimin önündeki finansal engelleri azaltacak ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu halde finansal nedenlerle sisteme başvurmayan ve kendi kendini tedavi yöntemini deneyen hastaların sayısını azaltacaktır. Kanser hastalığı açısından bunun en önemli sonucu, hastalığa daha erken evrelerde tanı koyma olanağının sağlanması olacaktır. Bu konu ile ilgili yapılan gözlemler günümüzde Türkiye’de kanserin geç evrelerde tanımlanmasının önemli bir problem olduğu yönündedir. Buna paralel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği modelinin tüm Türkiye’yi kapsayacak şekilde genişletilmesi de kanserin erken evrelerde tanımlanmasını kolaylaştıracaktır. Her iki gelişme de toplumda kanser hastalığının yarattığı problemlerin çözümü açısından istendik sonuçlara yol açacaktır ancak bunun doğal sonucu olarak kanser için yapılan harcamalar, dolayısı ile sağlık harcamaları artacaktır.

Bu çalışmada sık sık vurgulandığı üzere bir hastalığa ilişkin harcamaların belirlenmesi her ülke için zordur ve bunun temel nedeni hem hastalık için yapılan harcamalara ilişkin verilerin hem de epidemiyolojik verilerin doğru olması zorunluluğudur. Harcamalara ilişkin verilerdeki güçlük maliyetlerin hesaplanmasındaki güçlüklerden kaynaklanmakta, epidemiyolojik verilerdeki güçlük ise etkili ve güvenilir kayıt sistemlerinin olmamasından kaynaklanmaktadır. Yukarıda ayrıntılı

olarak ele alındığı üzere Türkiye’de her iki konuda da önemli eksiklikler söz konusudur. Ancak sağlık hizmetleri ile ilgili gelinen noktada sağlıklı politikalar belirleyebilmek ve bunları uygulayabilmek için önümüzdeki yıllarda bu konularda somut adımlar atmak ve uygulamak gerekmektedir.

#### **Kaynaklar:**

1. Bosanquet, N.; Silora, K. (2004), “The Economics of Cancer in the UK” *Lancet Oncology*, 5.
2. Etiler, N.; Çolak, B., Demirtaş İ. (2005), “Kocaeli Üniversitesi Hastanesi’nde Bildirilen Ölüm Nedenlerinin Güvenilirliği” *Trakya Üniv.Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(2):93-101.
3. Esin, A. ve diğerleri (2004) “Health Care Expenditures of Lung Cancer: A Turkish Experience” *Turkish Respiratory Journal*, 5(3), 159-163
4. Lichtenberg, F. (2002), “Yeni İlaçların Ekonomik Yararları”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu tarafından düzenlenen toplantıda yapılan sunum.
5. Lusby, R.; (1994) DRG’s: A Medical Perspective. The National Casemix Education Series. Commonwealth of Australia.
6. OECD, (2000), System of Health Accounts, OECD, Paris.
7. OECD, (2006), OECD Health Data, OECD, Paris.
8. Okon, J.; Ogle, J. (2004), “Why Medicare Expenditures for Cancer Drugs are Under Fire” *Community Oncology*, 1(2).
9. Pfizer, (2003), The Burden of Cancer in American Adults, Pfizer, new York.
10. Sağlık Bakanlığı, (1993), Ulusal Sağlık Politikası, Ankara.
11. Sağlık Bakanlığı, (2004a) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Ankara. ([www.hm.saglik.gov.tr](http://www.hm.saglik.gov.tr) erişim Mayıs 2007).
12. Sağlık Bakanlığı, (2004b), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları, 1999, 2000, Ankara. ([www.hm.saglik.gov.tr](http://www.hm.saglik.gov.tr) erişim Mayıs 2007).
13. Tatar, M. ve diğerleri, (2007), ““ Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey” *Health Affairs*, accepted for publication in the July/August issue.
14. World Health Organization, (2004), World Health Report, WHO, Geneva.
15. [www.who.int/nha/country/TUR.xls](http://www.who.int/nha/country/TUR.xls)