

Editöryal Yorum

Paket fiyat uygulamaları hastayı mı, kurumları mı korumaktadır?

Is package pricing in favor of patients or institutions?

Dr. Vedat Aytekin

Kadir Has Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul

Tüm ülkelerde, devletin sağlık harcamalarına ayırdığı kaynak ve bu kaynağın kullanım şekli çeşitli platformlarda sık tartışılmakta ve eleştirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu kaynaktan yapılan artırım, yeni hastaları kurtarmak için kullanılmaktadır. Bir yandan koruyucu önlemlere ayrılan pay artırılmakta, diğer yandan tedavi giderlerinin geri ödemesinde sıkı para politikası uygulanmaktadır.

Tıbbi malzemelerin bir ülkedeki fiyatı, o ülkenin bu malzemeyi üretme kapasitesi, ithalat maliyeti, vergi ekleri gibi çeşitli etkenlerle oluşmaktadır. Tıbbi girişimlerin maliyeti ise temel olarak, tıbbi malzeme fiyatı, cihazların maliyet ve yıpranma payı, işgücü maliyeti gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, tıbbi girişim maliyetlerinin ülkeden ülkeye farklı olması doğal karşılanmalıdır.

Ülkemizde, tıbbi malzeme ve işlem fiyatlarının belirlenmesinde devletin sağlık güvence kurumları olan Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun ödeme politikaları etkili olmaktadır. Bu fiyatların oluşturulmasına, devlet kurumlarının gecikmeli aldığı kararlar, diğer ülkelerdeki uygulamaların yeterli incelenmemesi ve belki de son yıllara kadar devam eden yüksek enflasyon rakamları olumsuz etkiler yapmıştır. Geçtiğimiz yıllarda bu yaklaşımın girişimsel kardiyoloji işlemlerine de olumsuz yansıdığı görülmüştür. Kullanılan tıbbi malzeme maliyetleri, hastane ve laboratuvar masrafları ve tıbbi personelin işgücü karşılığı düşünülmeden yapılan paket fiyat belirlemeleri yetersiz ödemelere neden olmuştur. Kullanılan tıbbi malzeme standartlarının yeterli belirlenmemiş olması ve yetersiz ödeme, malzeme kalitesinin düşmesine ve denetimsiz malzemelerin kul-

lanılmasına yol açmıştır. 2002 yılında yaşanan "stent krizi"ni izleyen dönemde sanayi temsilcileri yasal sorunlarla çok yoğun sıkıntılar yaşamış, birçok girişimsel malzeme zor ithal edilmiş, paket fiyat ve buna eklenen malzeme maliyetlerinin devlet kurumları tarafından ödenmesi açısından oldukça kararsız (stabil olmayan) bir dönem yaşanmıştır. İthal edilen bazı tıbbi malzemelerin temsilcilikleri değişmiş, farklı sanayi temsilcileri birçok yeni marka ürünü yeni fiyat şartlarıyla ithal etmiştir. Bazı malzemeler ülkemizde üretilmeye başlanmıştır.

Diğer taraftan, her hastane, elemanlarını aynı kalite ve yoğunlukta çalıştırmadığı gibi eleman sayısı ve ödemelerin kapsamı merkezler arasında farklılık gösterebilir. Benzer şekilde, malzeme maliyetleri de, alım politikasındaki farklılıklar nedeniyle değişkenlik gösterebilir.

Bu çok değişkenli denklemin çözümünün kolay olmayacağı açıktır. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve özel sağlık sigortası kapsamının giderek genişlemesi ödeme kurumlarının yaptırım gücünü artıracaktır. Bu durum, yeni dönemde yapılabilecek yeni hataların önemini daha da artırmaktadır. Tıbbi sorunların çözümünde kanıta dayalı, bilimsel yollar aranması en doğru yöntemdir. Eski yapılan hataların yinelenmemesi için, devlet ve özel sağlık sigorta kurumları, Türk Kardiyoloji Derneği, üniversiteler ve eğitim kurumları gibi yetkin sivil toplum örgütlerinin ve bilim çevrelerinin bilgisine çok daha fazla başvurmalı, paket fiyat oluşturma yöntemini yeniden gözden geçirmeli ve yurtdışında oluşan gelişmeleri, değişimleri yakından izlemelidir. En doğru uygulama, etik kurallara

uygun bir şekilde, kullanılan malzemelerin ve bu malzemelere ve çeşitli girişimlere ilişkin en uygun fiyatların Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri tarafından, yukarıda belirtilen bilimsel kuruluşlarla işbirliği içinde belirlenmesidir. Devlet ve özel sigorta kurumları ise hangi malzeme veya işlem için ne kadar ödeme yapabileceğini belirlemelidir.

Ülkemizde 1997 yılında yaklaşık 82 bin hastaya koroner anjiyografi ve kalp kateterizasyonu, 12 bin hastaya perkütan koroner girişim (PKG) (5.500'ü stent) uygulanmıştır; bunların toplam tutarı, SSK paket fiyatları ile 18 trilyon TL yapmaktadır.^[1] Bugün ise, TKD Girişimsel Kardiyoloji Çalışma Grubu'nun 2001 ve 2002 yılı verilerindeki eğilime bakılırsa, koroner anjiyografi, kalp kateterizasyonu ve diğer işlemlerin sayısının yaklaşık 140 bini bulması; yaklaşık 40 bin hastada PKG (30.000'den fazlası stent) kullanılması beklenmektedir.^[2] Ayrıca, giderek artan ilaç salınımlı stent kullanımı da eklendiğinde, bu işlemlerin tutarının, SSK paket fiyatları temel alınırsa bugünkü değerler açısından 250 trilyon TL (250 milyon YTL) civarında olduğu tahmin edilebilir. Çok büyük bir harcama kalemi olmasına karşın, ödenen birim işlem rakamları Batı ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça düşük kalmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun koroner anjiyografi için 1997 yılında 110 milyon TL (1 ABD doları 151.000 TL) olan ödemesi, bugün 572 milyon TL'dir (1 ABD doları 1.340.000 TL).^[3] ABD doları (\$) açısından karşılaştırsak, 1997 yılında yaklaşık 730 \$ olan koroner anjiyografi paket fiyat ödemesi bugün yaklaşık 426 \$; aynı yıl 383 milyon TL (2.540 \$) olan PKG için (stent dışında) ödeme ise bugün yaklaşık 1 milyar TL'dir (750 \$). Perkütan koroner girişimin yurt dışındaki yıllık kümülatif maliyetinin, ilaç salınımlı stent öncesinde yapılan çokmerkezli çalışmaların fiyat analizinde en az 10.000 \$ civarında olduğu görülmektedir.^[4,5] Ülkemizde ise, üç stent uygulanan bir PKG hastası için yapılan paket fiyat ödemesi toplamı 1280 \$ civarındadır. Birçok tıbbi malzemenin yurtdışından ithal edildiği günümüzde rakamların bu derece farklı olması düşündürücüdür.

Derginin bu sayısında yer alan "*Rasyonel bir maliyetlendirme sistemi risk faktörlerini göz önüne almalı: Koroner anjiyografi paket fiyat uygulamasının değerlendirilmesi*" başlıklı yazıda ülkemizde çok sık yapılmayan bir maliyet-ödeme analizi yer almaktadır. Yazarlar bu araştırmada, paket fiyat ile koroner anjiyografi maliyeti arasındaki uyumsuzluğu gündeme getiriyorlar. Standart bir koroner anjiyografi işlemi ile maliyet artırıcı risk faktörlerine sahip bir has-

tanın eşit kabul edilemeyeceğini; bu durum gözetilerek, böbrek yetersizliği riski altındaki bir hastada olduğu gibi, ek maliyet getiren özel durumdaki hastalarda bu gideri karşılayacak mekanizmaların bulunması gerektiğini vurguluyorlar. Koroner anjiyografi sonrasında, diyabetik ve kronik böbrek yetersizliği olan hastaların %48'inde kreatinin değerlerinin yükseldiği göz önüne alınır; oluşabilecek akut böbrek yetersizliği, diyaliz ya da hastanede yatış süresindeki uzamaya neden olan diğer durumların maliyeti ne ölçüde etkileyeceği kolaylıkla anlaşılacaktır.

Bu yelpazeyi malign hipertansiyonu olan bir hastada koroner anjiyografi sonrası oluşabilecek serebrovasküler olay ihtimali, periferik arter hastasında girişim yapılan ekstremitedeki iskemik komplikasyon riski, geçirilmiş büyük enfarktüs ya da kalp yetersizliği olan hastanın alevlenebilecek akut sol kalp yetersizliği, gelişebilecek atriyal fibrilasyon gibi çok geniş bir alana yayabiliriz.

Anılan çalışmada yazarların hareket noktası çok doğru olmakla birlikte, bu bakış açısıyla yaklaşılması durumunda sınırların çizilmesinde büyük zorluklar yaşanacağı da açıktır. Risk gruplarını belirlemek ve her risk grubundaki hastanın maliyetini ayrıca ortaya koymak kolay bir yöntem olmayacaktır. Bu yelpazeyi koroner anjiyografi dışındaki sağ-sol kalp kateterizasyonu, PKG'ler, balon valvotomi gibi işlemlerin tümünü içine alacak şekilde genişlettiğimizde durum içinden çıkılmaz bir hal almayacak mıdır?

Hasta haklarını koruyan, malzeme kullanımında etik şartları zorlamayan, hekim ve hastanenin kaliteli hizmet vermesini sağlayacak bir fiyat belirleme politikasının geliştirilmesi ve uygulanması zor değildir. Bu amaçla:

1. Diğer ülkelerdeki malzeme fiyatları ve ödeme politikalarını güncel bir şekilde izlemek;
2. Uygun kalitedeki malzeme ve ilaç alım fiyatlarını;
3. Hastanenin cihaz maliyeti ve yıpranma payları, tıbbi malzeme maliyetleri, laboratuvar masrafları ve tıbbi personelin işgücü karşılığı, sterilizasyon, otelcilik hizmetleri ile oluşan harcama kalemlerini belirlemek;
4. Beklenen komplikasyonların ve risk gruplarının getireceği ek maliyetleri bilimsel yöntemlerle diğer olguların üzerine eklemek uygun olur.

Bu sayede, işlem maliyeti adil bir şekilde hesaplanıp ödenecek ve girişim yapan klinikler komplikasyon oranlarını azaltmak için kendi şartlarını gözden

geçirmek durumunda kalacaktır. Çok özel durumlarda, hastane tarafından kurul raporu ile bildirilmesi koşuluyla aşırı maliyetlerin ek olarak ödenmesi mümkün olabilir.

Ülkemizde çok nadiren irdelenen bir maliyet analizi olması nedeniyle dergide yayınlanan analizi seviyerek okudum. Bu ve benzeri incelemelerin daha sık yapılması, devlet ve özel sigorta kurumlarına yol göstermek açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Özmen F, Öztürk S, Kozan Ö, Aytekin V, Sancaktar O. Türkiye’de invazif kardiyoloji: 1994 - 1997 yılı işlemleri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1999;27:80-5.
2. Aytekin V, Ömürlü K, Kozan Ö, Payzın S, Sancaktar O, Özmen F. Türkiye’de invaziv kardiyoloji: 2002 yılı sonuçları. *Türk Girişimsel Kard Derg* 2004;8:57-69.
3. T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı. Döviz kurları. Available from: <http://www.dtm.gov.tr/Ekonomi/trkeko97/dovkur.htm>.
4. Chino M, Sakamoto M, Sasaki T, Isshiki T. What aspects are inefficient concerning percutaneous coronary intervention in Japan? *International cost-effectiveness comparisons. J Cardiol* 2004;44:85-92. [Abstract]
5. Abizaid A, Costa MA, Centemero M, Abizaid AS, Legrand VM, Limet RV, et al. Clinical and economic impact of diabetes mellitus on percutaneous and surgical treatment of multivessel coronary disease patients: insights from the Arterial Revascularization Therapy Study (ARTS) trial. *Circulation* 2001;104: 533-8.