

DOSYA/DERLEME**ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ:
DİYALİZ ÖRNEĞİ****Özet***Seyfi Durmaz*, Hür Hassoy***

Türkiye'de erişkinlerin yüzde 15,7'sinde çeşitli evrelerde kronik böbrek hastalığı (KBH) görülmektedir. Türkiye'de KBH'nın oluşumunda kadın cinsiyet, ilerleyen yaş, Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ikamet etmek, kırsal yerleşim, hipertansiyon ve diabetes mellitus varlığı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. Hastaların %77'si hemodiyaliz, %10,1'i periton diyalizi tedavisi görmektedir. %12,9'u ise transplantasyon sonrası izlem altındadır. Bu hastaların etiyolojisi incelendiğinde yıllar içinde DM ve HT gibi önlenemez nedenlerin arttığı gözlenmektedir. 2000 yılında kayıtlı 14086 hemodiyaliz hastası bulunurken, 2008'de 46659'ya ulaşmıştır. Kamu diyaliz hizmetlerin sunumunda sabit bir rol oynarken özel diyaliz merkezleri ve baktıkları hasta sayıları hızla artmaktadır. 2002 yılında diyaliz merkezlerinin %38,3'ü özel sektörün iken, 2010'da %46,4'e ulaşmıştır. 2010'da tüm hemodiyaliz cihazların ise %64'ü özel sektörde bulunmaktadır. Diyaliz hizmet sunumunda on bin kişi başına düşen hemodiyaliz cihazı sayıları bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Batı Karadeniz ile Güney Doğu Anadolu arasında 3 kat fark vardır. Fark özel sektördeki cihazlar için 10 kata çıkmaktadır. Hizmet sunduğu hasta sayılarına bakıldığında üç büyük şirketin toplamı, özel merkezlerin %27,7'sini oluşturmaktadır. Piyasadaki en büyük şirketin tek başına Türkiye'deki tüm üniversitelerde bulunan merkez sayısı kadar merkeze sahip büyük bir tekel olduğu görülmektedir. Dünya'da önümüzdeki on yılda diyaliz ve transplantasyon maliyetleri için 1 trilyon doların harcanacağı öngörülmektedir. Ülkemizde kişi başına yıllık hemodiyaliz maliyetiyle, 2010 hasta sayısı üzerinden, toplam yıllık hemodiyaliz maliyeti 1 milyar doları geçmektedir. Küresel piyasalarda diyaliz filtresi gibi sarf malzemeler üreten büyük şirketlerin piyasada rekabet gücü daha yüksektir. Özelleştirme süreci, geri ödeme mekanizmalarındaki düzenlemeler ve insan gücü politikalarıyla bu şirketlerin şansı arttırılmaktadır. Hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların hızla artmasına paralel olarak, devletin çeşitli mekanizmalarla yaptığı destek ile bu hizmetler hızla piyasalaşmaktadır. Böylelikle diyaliz hizmet pazarı giderek büyümektedir. Özel merkezlerin önce sayılarının arttığı daha sonra ise tekelleşmeye doğru bir eğilim olduğu gözlenmektedir.

Bu derlemenin amacı, Türkiye'de özel sağlık hizmetleri içinde bir örnek olarak diyaliz hizmetlerinin finansman ve hizmet sunumu bağlamında değerlendirilmesidir.

Anahtar sözcükler: Özel sağlık hizmetleri, diyaliz, özelleştirme, tekelleşme

*Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Private Health Services: Dialysis

15.7% of adults in Turkey were in various stages of chronic kidney disease (CKD) In the development of CKD, female gender, elderly age, living in Marmara and Southeastern Anatolia regions and living in rural settlements, hypertension and diabetes mellitus were found as the most important risk factors. 77% of the patients have hemodialysis while 10.1% of them have peritoneal dialysis. 12.9% of the patients are under the post-transplant follow-up. In the examination of the etiology of these patients, it has seen that preventable causes such as DM and HT. have increased over the years. The number of registered hemodialysis patients was 14086 in 2000 and reached at 46659 in 2008. While public had a stable role in the sector, number of patients were rapidly increasing in the private sector. While 38.3% of dialysis centers were in private sector in 2002, it has reached to 46.4% in 2010. In 2010 64% of all dialysis equipment belonged to private sector. In the dialysis service delivery, hemodialysis unit per ten thousand people differ among the regions. There was a 3- fold difference between Western Black Sea and the South Eastern Anatolia. The difference increases 10 times more for the devices in private sector. Number of patients served by three major companies was 27.7% of total private dialysis centers. The largest single company in the market was a monopoly which had nearly equal to the total number of dialysis centers in all universities in Turkey. For the next decade, it is estimated that the costs of dialysis and transplantation in the world will be one trillion \$. In our country, when annual cost of hemodialysis was calculated per capita for 2010, the total cost of hemodialysis was more than \$ 1 billion. Large companies in the global market which produced consumables, such as dialysis filter, had higher competitiveness. The privatization process, the arrangements in reimbursement mechanisms and human resources policies were increasing the chance of these companies in the market. In parallel with rapid increase in chronic diseases such as hypertension and diabetes, the variety of support mechanisms of the state made these services product of the market. As a result the market for dialysis services were widening. It has been observed that, the increase in the number of private dialysis centers were followed by a trend in monopolization.

Key words: Private health services, dialysis, privatization, monopolization

GİRİŞ

Tanım ve epidemiyoloji

Kronik böbrek hastalığı (KBH); nüfusun yaşlanması, vakaların daha erken dönemde teşhis edilebilmesi, kronik böbrek yetmezliğine neden olan kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, sağlık hizmetlerin ticarileşmesine paralel kronik hastalıklar için korunma ve önleme politikalarının geliştirilmemesi ve uygulanmaması gibi nedenlerle Dünya'da ve Türkiye'de önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Glomerül filtrasyon hızının (GFH) 60 mL/dak/1.73 m²'den düşük olması ve/veya böbrek hasarı varlığı KBH olarak tanımlanır (**CREDIT, 2009**).

Kronik böbrek hastalıkları; sık görülen, renal ve kardiyovasküler morbiditesi ve mortalitesi yüksek

olan, toplumda farkındalığı ve erken tanısı düşük olan, hastaları sosyal ve ekonomik olarak etkileyebilen, büyük maliyeti olan, aslında önlenilebilir veya geciktirilebilir hastalıklardır. Kronik böbrek hastalıklarının en önde gelen nedenleri yetişkinlerde diabetes mellitus ve hipertansiyon, çocuklarda ise Vesiko üretral reflü hastalığı ve primer glomerüler hastalıklardır.

Türk Nefroloji Derneği tarafından yürütülen, Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması'na göre Türkiye'de erişkinlerin yüzde 15,7'sinde çeşitli evrelerde kronik böbrek hastalığı saptanmıştır. (Sıklık kadınlarda %18.4 erkeklerde 12.8) Bu oran, ülkemizde yaklaşık 7.5 milyon kronik böbrek hastası bulunduğunu, yani her 6-7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğu anlamına gelmektedir. Düşük glomerül filtrasyon hızı (GFH<60 ml/dk) olan hasta

oranı ise %5,1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmaya göre kronik böbrek hastalarının %55,7'si kadındır. Hastalığın en sık 30-39 yaş grubunda, bölgelere göre incelendiğinde Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha sık görüldüğü saptanmıştır (**Süleymanlar, 2011**). Sonuç olarak bu çalışmanın lojistik regresyon sonuçlarına göre; Türkiye'de KBH'nın oluşumunda kadın cinsiyet, ilerleyen yaş, Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ikamet etmek, kırsal yerleşim, hipertansiyon ve diabetes mellitus varlığı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. Ayrıca böbrek hastalığı açısından risk oluşturan komorbid durumların sıklığı da yüksek bulunmuştur. KBH olan hastalarda hipertansiyon %32,7, diabetes mellitus %12,7, obezite %20,1, abdominal obezite %32,1, metabolik sendrom %31,3, aktif sigara kullanımı %35,2dir. Tüm bu sonuçlar büyük çoğunlukla diyalizin tedavisi gerektiren KBH'nın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

KBH'nın hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonu olmak üzere üç temel tedavi yöntemi bulunmakla birlikte hemodiyaliz, KBH'nda en sık başvurulan tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. 31 Aralık 2008 itibarıyla izlenmekte olan tüm hastaların tedavi tipine göre dağılımına bakıldığında hemodiyaliz tedavisi gören 46659 kişi (%77,0), periton diyalizi tedavisi gören 6109 kişi (%10,1), ve transplantasyon sonrası izlenen 7824 kişi (%12,9) bulunduğu görülmektedir. Haftalık hemodiyaliz seansı sayısı hastaların %90,2'sinde üç, %7,5'inde iki, %0,9'unda bir seanstır (**TND, 2009a; Tatar, 2011**).

Kronik hastalıklar ve diyaliz

Hipertansiyon ve diyabetes mellitus diyalize neden olan ön önemli nedenlerdir. Türk kardiyoloji derneğinin Erişkinlerde Kalp Sağlığı çalışmasına göre tüm erişkin erkeklerin %30'u kadınların %35'i yüksek tansiyona sahiptir (**TEKHARF, 2005**). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'nın 2010 yılı verilerine göre hipertansiyon oranı önceki çalışmalara benzer

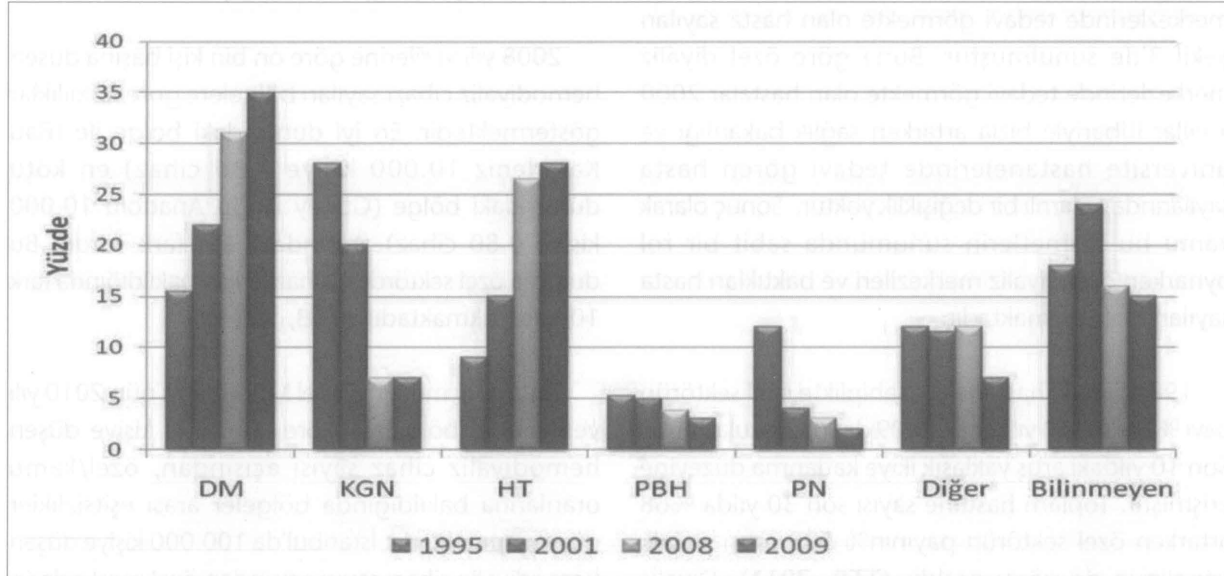
%31,3 kadın-erkek ve kentsel-kırsal farkı oldukça azalmıştır. Bugün hipertansiyonluların tahminen yarıya yakını bunun bilincinde olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyonu olan erkeklerin %31'i ve kadınlarda %41'i ilaç kullanmaktadır. Hipertansiyonlu 100 erkekte 8'inde ve 100 kadından 10'unda kan basıncı kontrol altında olduğu tahmin edilmektedir. (**TURDEP, 2010**). Diyabet sıklığı ise TURDEP-1 verilerine göre ile yüzde 7.2 iken 2010 yılında yüzde 13.7'ye ulaşmıştır. Bozulmuş glukoz toleransı prevalansı 1997'de % 6.7 iken 2010 yılında yüzde 13.9'a yükselmiştir. Dünyada 180 milyon insanın diyabetli olduğu, 201- 2030 yılları arasında Diyabet hastalığı prevalansının %54 artacağı öngörülmektedir. 2005'te yaklaşık 1,1 milyon kişi diyabet nedeni ile ölmüştür. Diyabete bağlı ölümlerin %80'i düşük ve orta gelir grubu ülkelerde gerçekleşmiştir (**IDF, 2009**).

Şekil 1'de Renal replasman tedavisi gören hastalarda primer etyolojinin yıllar içindeki değişimi görülmektedir. Buna göre yıllar içinde DM ve HT gibi önlenebilir nedenlerin arttığı gözlenmektedir.

Kapitalizmin dayattığı kentli yaşam biçimi, insanları daha hızlı üretilip tüketilen besinleri yemeğe zorlamaktadır. Kötü çalışma koşulları, performans dayalı, esnek üretim biçimleri, stresli ve hızlı üretme zorunluluğu kronik hastalıklara adeta davetiye çıkartmaktadır. Kronik hastalıkları önlemeye ya da geciktirmeye yönelik birincil ve ikincil düzeyde korunma önlemlerini içeren politikaların hayata geçirilmemesi, bu hastalıklar için yapılan harcamaları giderek arttırmakta ve ilaç, tıbbi teknoloji sermayesinin iştahını kabartmaktadır.

Bu hastalıkların göz, kalp, böbrek gibi hedef organ hasarlarına yakalanan giderek artan sayıda hasta, komplikasyonları (retinopati, nefropati vs.) rehabilite etmek için ileri teknoloji gerektiren bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Laser donanımları bulunan göz merkezleri ve eğitimli personel ve cihazlara sahip diyaliz merkezleri bu noktada devreye girmektedir. Bu nitelikteki bir sağlık pazarının sermayenin dikkatini çekmemesi, giderek liberalize olan sağlık pazarı içinde mümkün görünmemektedir.

Şekil 1. Renal replasman tedavisi gören hastalarda primer etiolojinin yıllar içindeki değişimi



Kaynak: (TND, 2009b) DM: Diyabetes Mellitus, KGN: Kronik glomerülonefrit, HT: Hipertansiyon, PBH: Polikistik böbrek hastalığı, PN: Piyelonefrit.

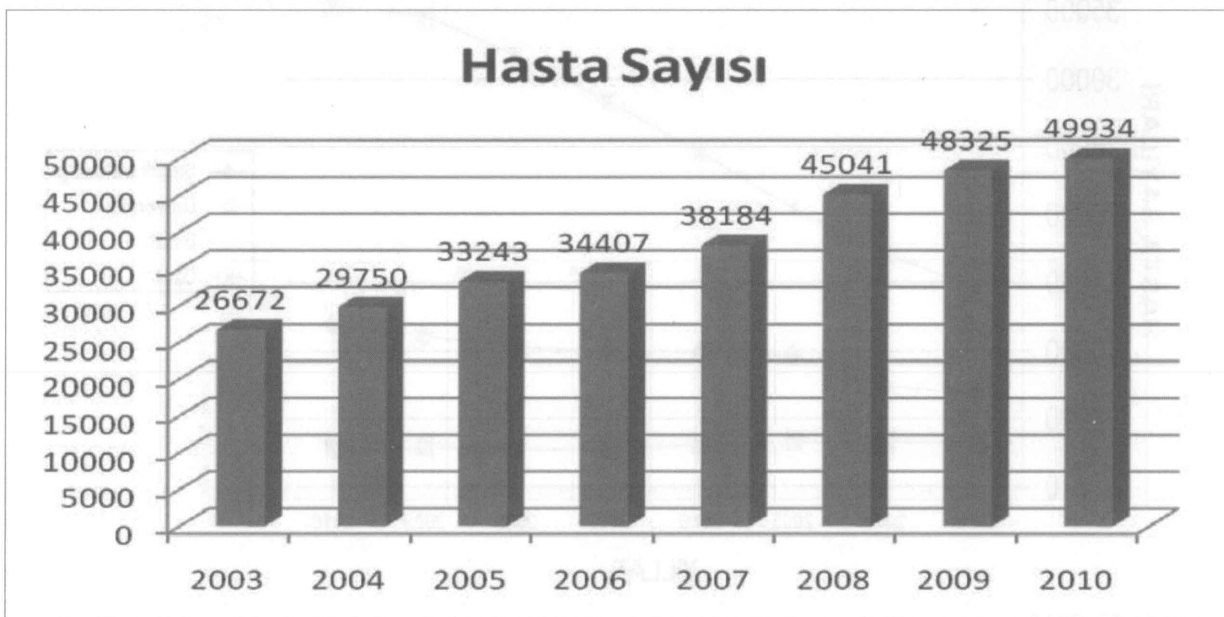
DIYALİZ'DE HİZMET SUNUMU

Büyüyen Diyaliz Pazarı

1990 yılında kayıtlı 3069 hemodiyaliz hastası bulunurken, 2000 yılında bu sayı 4,6 kat artarak 14086 kişiye, 2008'de 46659'ya ulaşmıştır (TND, 2009a). Bir başka veri kaynağına göre 2010 yılında kayıtlı hasta sayısı 49934'e ulaşmıştır (Şekil 2). Bu

sayının 2016 yılında 100.000'i geçeceği öngörülmektedir (CREDIT, 2009). Yıllık seans sayısı yaklaşık 6.600.000'dir (Rekabet Kurumu, 2010). Özgen 2002 yılında yayınladığı çalışmasında, kamu kuruluşlarının diyaliz sektöründeki ağırlığı yıllar itibarıyla azalırken, özel merkezlerin rolünün arttığı tespiti, özel sektördeki büyümenin 2000'li yıllardan önce başladığını göstermektedir (Özgen, 2002).

Şekil 2. 2003-2010 yılları arasında kamu-özel diyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan hasta sayısı



Kaynak: Diader, 2011

2003-2010 yılları arasında kurumlara göre diyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan hasta sayıları Şekil 3'de sunulmuştur. Buna göre özel diyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan hastalar 2000 li yıllar itibariyle hızla artarken sağlık bakanlığı ve üniversite hastanelerinde tedavi gören hasta sayılarında anlamlı bir değişiklik yoktur. Sonuç olarak kamu bu hizmetlerin sunumunda sabit bir rol oynarken özel diyaliz merkezleri ve baktıkları hasta sayıları hızla artmaktadır.

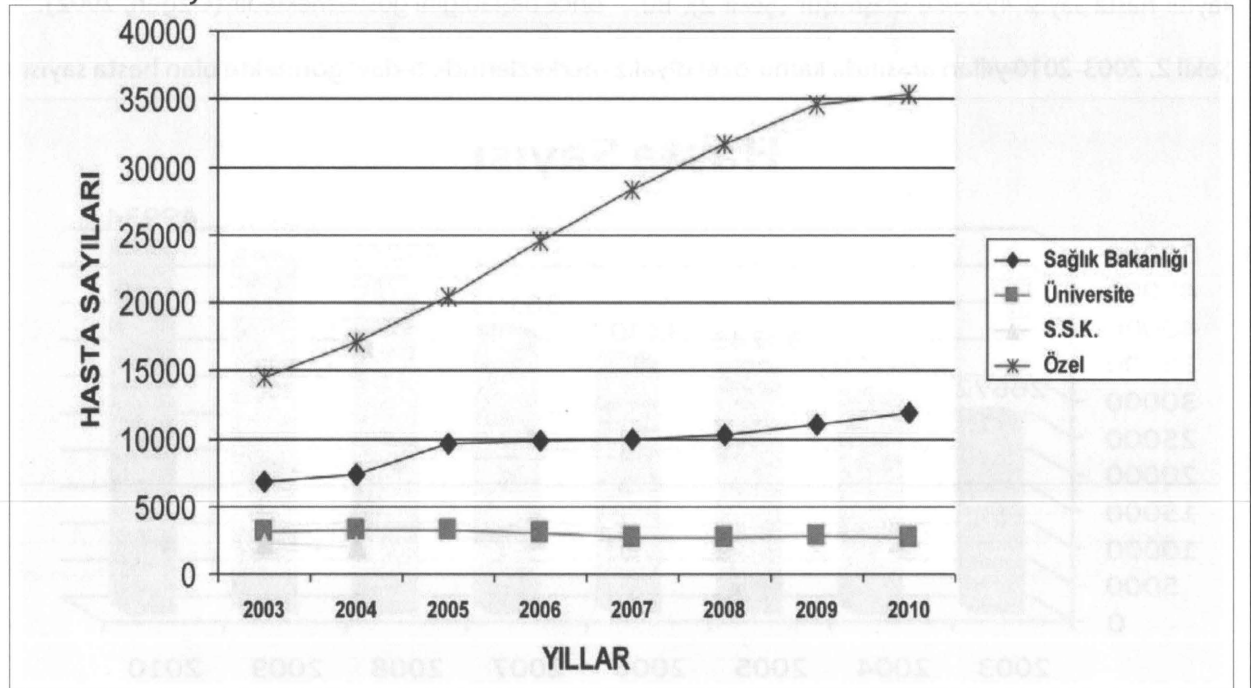
1980 yılında hastanelere sahiplikte özel sektörün payı %11 iken 30 yıl sonra, 2009'da %32'ye ulaşmıştır. Son 10 yıldaki artış yaklaşık ikiye katlanma düzeyine erişmiştir. Toplam hastane sayısı son 30 yılda %68 artarken özel sektörün payının %500 artışı politik yönelimin de göstergesidir (TTB, 2011). Diyaliz merkezlerinde durum da benzer şekildedir. 2002 yılında diyaliz merkezlerinin %38,3'ü özel sektörün iken, 2010'da %46,4'e ulaşmıştır. 2010'da tüm hemodiyaliz cihazların %64'ü özel sektörde bulunmaktadır (Şekil 5). 2000-2010 yılları arasında hemodiyaliz cihazı sayısı %223 artmıştır; 2010 yılında yüz bin kişiye 20,2 cihaz düşmektedir (SB, 2010).

Diyaliz hizmet sunumunda bölgesel eşitsizlikler

2008 yılı verilerine göre on bin kişi başına düşen hemodiyaliz cihazı sayıları bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. En iyi durumdaki bölge ile (Batı Karadeniz 10.000 kişiye 2,36 cihaz) en kötü durumdaki bölge (Güney Doğu Anadolu 10.000 kişiye 0,80 cihaz) arasında 3 kat fark vardır. Bu duruma özel sektördeki cihazlar için bakıldığında fark 10 kata çıkmaktadır (TTB, 2011).

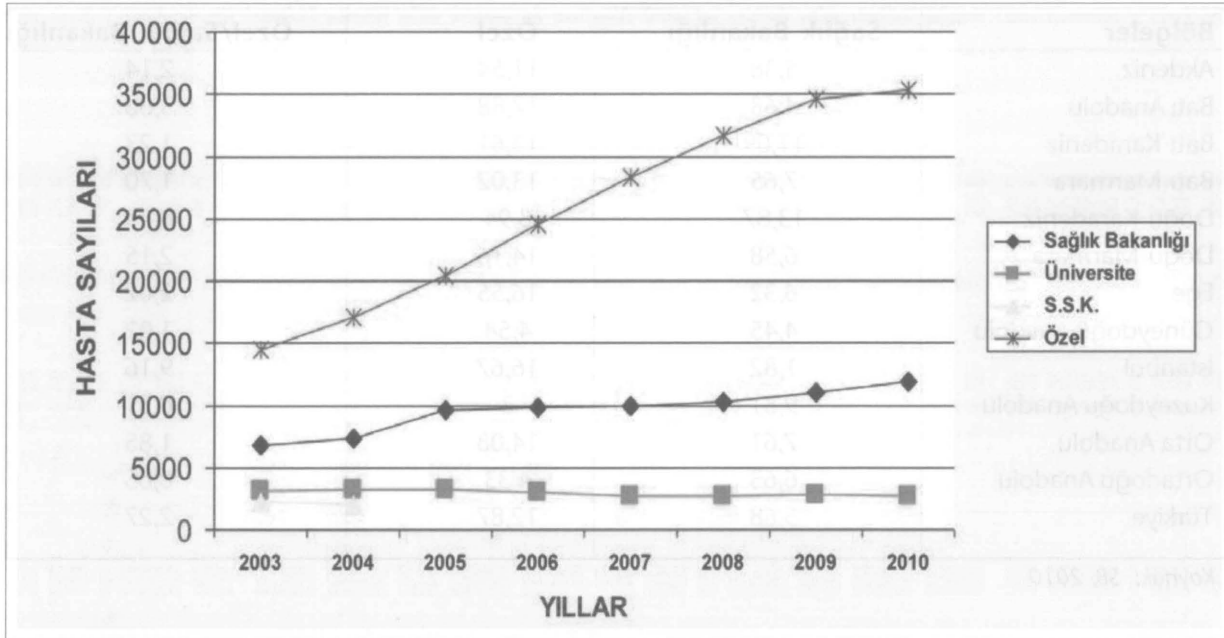
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2010 yılı verilerinde; bölgelere göre, 100.000 kişiye düşen hemodiyaliz cihaz sayısı açısından, özel/kamu oranlarına bakıldığında bölgeler arası eşitsizlikler göze çarpmaktadır. İstanbul'da 100.000 kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı açısından özel merkezlerin sağlık bakanlığına göre 9 kattan fazla olduğu görülmektedir. Batı Anadolu ve Ege'de de kişi başına düşen cihaz açısından özel sektörün yatırımı Türkiye ortalamasının üstündedir. Kuzey, Orta ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinde 100.000 kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı sırasıyla 3, 4,33, 4,54'tür. Batı ve doğu Karadeniz bölgelerinde nüfusa düşen

Şekil 3. 2003-2010 yılları arasında kurumlara göre diyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan hasta sayıları



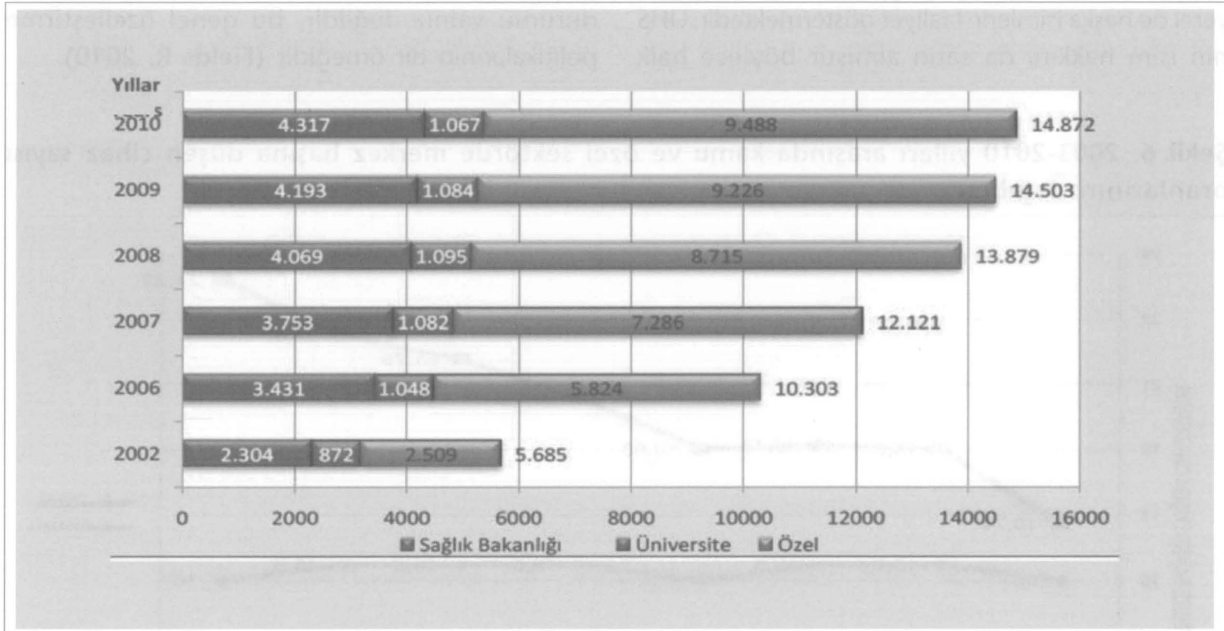
Kaynak: SB, 2010

Şekil 4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkez Sayısı, Türkiye



Kaynak: SB, 2010

Şekil 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Cihaz Sayısı, Türkiye



Kaynak: SB, 2010

cihaz açısından Sağlık Bakanlığı'nın daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Doğu Karadeniz'de Sağlık Bakanlığı'nın 100.000 kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı 1,82 iken İstanbul'da bu değer 13,87'dir (Tablo 1).

Tekelleşme

Şubat 2011'de kar amacı gütmeyen United Health Services (UHS) tüm hastalarıyla birlikte Mercer Island merkezli Liberty Diyaliz şirketine satılmıştır. Bu şirket ABD'de bu alandaki en büyük 3. şirkettir.

Tablo 1. Bölgelere Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Hemodiyaliz Cihazı Sayısı, 2010

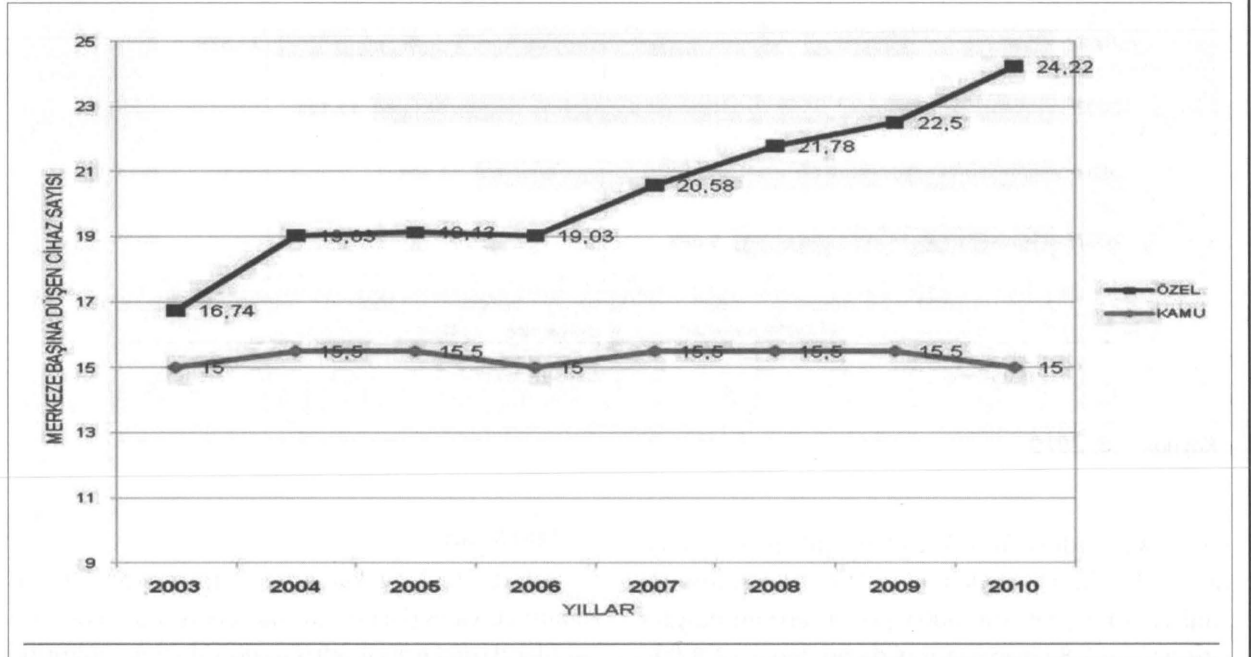
Bölgeler	Sağlık Bakanlığı	Özel	Özel/Sağlık Bakanlığı
Akdeniz	5,38	11,54	2,14
Batı Anadolu	4,63	17,88	3,86
Batı Karadeniz	11,09	13,61	1,23
Batı Marmara	7,65	13,02	1,70
Doğu Karadeniz	13,87	8,94	0,64
Doğu Marmara	6,58	14,16	2,15
Ege	6,32	16,55	2,62
Güneydoğu Anadolu	4,45	4,54	1,02
İstanbul	1,82	16,67	9,16
Kuzeydoğu Anadolu	9,81	3	0,31
Orta Anadolu	7,61	14,08	1,85
Ortadoğu Anadolu	6,63	4,33	0,65
Türkiye	5,68	12,87	2,27

Kaynak: SB, 2010

Liberty şirketi ABD'de bulunan en büyük 2 özel şirket olan Da Vita ve Fresenius ile rekabet halindedir. Bu iki büyük şirketin yıllık karı 2 milyar\$'dır. Liberty şirketi yerel de başka isimlerle faaliyet göstermektedir. UHS'nin isim hakkını da satın almıştır böylece halk

değişikliğinin pek farkına varamamıştır. Binghamton şehrinde bu şirket tekelleşmiş ve başka bir şirketten hizmet almak mümkün değildir. Binghamton'ın durumu yalnız değildir, bu genel özelleştirme politikalarının bir örneğidir (Fields R, 2010).

Şekil 6. 2003-2010 yılları arasında kamu ve özel sektörde merkez başına düşen cihaz sayısı oranlarının dağılımı



Kaynak: SB, 2010; DİADER, 2010

Şekil 6'da 2003-2010 yılları arasında kamu ve özel sektörde merkez başına düşen cihaz sayısı oranlarının dağılımı sunulmuştur. Buna göre yıllar içinde kamuda merkez başına düşen cihaz sayısı oranı 15 civarında sabit kalırken, özel sektörde 2003 yılında 16,7 olan değer 2010 yılında 24,2'ye çıkmıştır. 2008-2010 yılları arasında özel merkez sayısının 400 den 390'a indiği de düşünülürse merkez başına düşen cihaz sayısındaki artış piyasadaki bazı şirketlerin büyüdüğünü düşündürmektedir.

2008 yılı verilerine göre, diyaliz pazarındaki 3 büyük özel şirket Fresenius, Eczacıbaşı-Baxter ve Diaveriumdur. Bu şirketlerin merkez sayıları sırasıyla 51, 23 ve 15 tir. Hizmet sunduğu hasta sayılarına bakıldığında üç şirketin toplamı, özel merkezlerin %27,7'sini oluşturmaktadır (Tablo 2). Bu verilere göre Küresel piyasaya hem diyaliz ürünleri hem de diyaliz hizmetleri sunan Fresenius'un tek başına Türkiye'deki tüm üniversitelerde bulunan merkez sayısı kadar merkeze sahip büyük bir tekel olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Diyaliz pazarındaki üç büyük özel şirketin merkez ve hasta sayıları, 2008

Firma adı	Merkez sayısı	Hasta sayısı
FRESENIUS	51	5181
ECZACIBAŞI-BAXTER	23	2546
DIIVERIUM	15	1051
TOPLAM	89	8778

Kaynak: *DiADER*, 2010

Hemodiyaliz işlemi sırasında cihaza ek olarak diyalizör, arter ven seti, iğne, tuz ve solüsyon gibi sarf malzemeleri kullanılmaktadır. Diyaliz tedavisinde kullanılan cihazların tamamı, sarf malzemeleri ve ilaçların ise çok önemli bir bölümü ülkemizde üretilmemekte, ithal edilmektedir. Cihaz piyasasında Fresenius açık ara pazar lideri iken, sarf malzemelerinde daha yoğun bir rekabet söz konusudur. Cihaz piyasasında Fresenius, Gambro ve Braun öne çıkan markalar iken, sarf malzemeleri pazarında bu markaların yanı sıra Asahi, Haidylena, Baxter'ın piyasada kayda değer bir pazar payı bulunmaktadır (**Rekabet Kurulu, 2010**).

Evde diyaliz hizmetleri de yeni bir tartışma konusudur, bu tartışmaların daha yoğunlukla diyaliz cihazları ve sarf malzemeleri üreten firmaların odağında şekillenmesi dikkat çekicidir.

DİYALİZ HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Diyaliz hizmetleri harcamalar

Dünya'da kronik hastalıkların maliyet yüküne bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının %83'ünün kronik hastalığı olan bireyler için harcandığı görülmektedir (**Johns Hopkins University, 2004**).

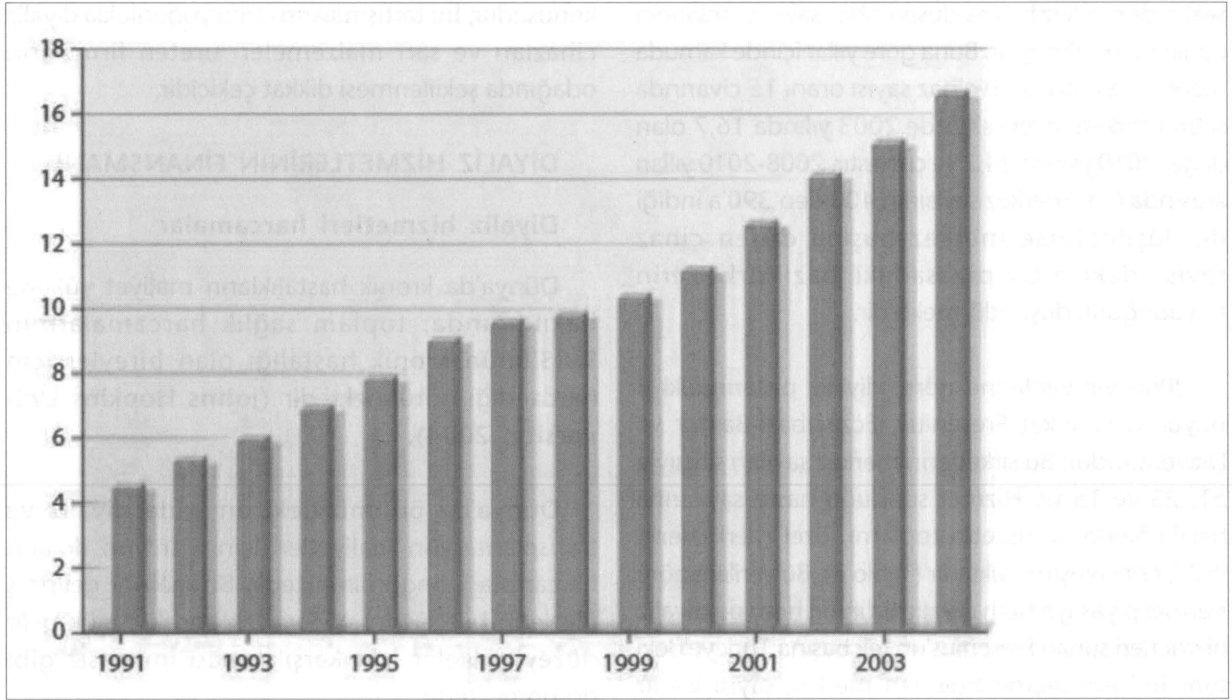
Dünya'da önümüzdeki on yılda diyaliz ve transplantasyon maliyetleri için 1 trilyon doların harcanacağı öngörülmektedir. Bu maliyet gelişmiş ülkelerin bütçelerini zorlayacak ancak düşük gelir düzeyli ülkeler için karşılanması imkansız gibi görünmektedir.

Gelişmekte olan ülkeler için bu yük daha ağırdır. Çünkü kronik böbrek hastalıkları bu ülkelerde genelde daha erken yaşlarda oluşur (**WKD, 2011**). Türkiye'de renal replasman tedavisi görenlerin %20'den fazlası 40 yaşın altındadır (**TND, 2009b**).

Şekil 7'de ABD'deki maliyete bakıldığında 1990 lı yıllardan itibaren maliyetin giderek arttığı görülmektedir (**Himmelfarb J, 2007**). 2010 yılına gelindiğinde ABD yılda yaklaşık 20 milyar\$ sadece diyaliz için harcamaktadır (**Fields R, 2010**).

Türkiye'de 2008 yılında toplam sağlık harcaması, gayrisafi yurtiçi hasılanın % 6,1'ini oluşturmaktadır. Kişi başı sağlık harcaması 2007 yılında 725 TL (553 ABD \$) iken, 2008 yılında 812 TL (624 ABD \$) düzeyine yükselmiştir. Toplam sağlık harcaması içindeki kamu sağlık harcaması payı, 1999'dan beri en yüksek düzeyini görerek 2008 yılında %73 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında özel sektörün payı ise önceki yıllara göre düşmüş olup, % 27 olarak hesaplanmıştır (**TÜİK, 2010**). Ancak Türkiye'de kamu tarafından yapılan toplam sağlık harcamalarındaki yıllık artış 1999-2007 yılları arasında giderek azalmaktadır. 2005 yılı %12 ve 2007 yılı %15

Şekil 7. 1991-2004 yılları arasında ABD'de diyaliz maliyetleri (milyar\$)



ile en az artış olan yıllar iken, 2000 ve 2001 yılları en fazla artışın gerçekleştiği yıllardır. Türkiye'de sağlık alanına özel sektör tarafından yapılan yatırımlar 2000 yılına kadar oldukça cüzi miktarlardayken, 2001-2003 yılları arasında tamamiyle durmuştur. 2004 yılından itibaren sistemli bir biçimde ve önceki yıllarda gerçekleştirilen yatırım harcamalarının onlarca katına ulaşan yatırım harcamaları yapılmıştır. 2004-2007 yılları arasında yapılan toplam yatırım harcamalarının %38'i özel sektör tarafından gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, 2007 yılında, sağlıkta yapılan toplam yatırım harcamaları içinde özel sektörün payı %42'lik bir orana ulaşmıştır. Bu veriler, özel sektörün önceki yılların aksine sağlık sektöründe daha kapsamlı olarak yer almaya

başladığının hatta kamunun özel sektörle ikame edilmekte olduğunun göstergesidir (TTB, 2010).

Ülkemizde kişi başına yıllık hemodiyaliz maliyeti 22 759 dolar olarak hesaplanmıştır (Erek, 2004). Bu durumda 2010 hasta sayısı üzerinden yapılacak kaba bir hesaplamayla toplam yıllık hemodiyaliz maliyeti 1 milyar doları geçmektedir.

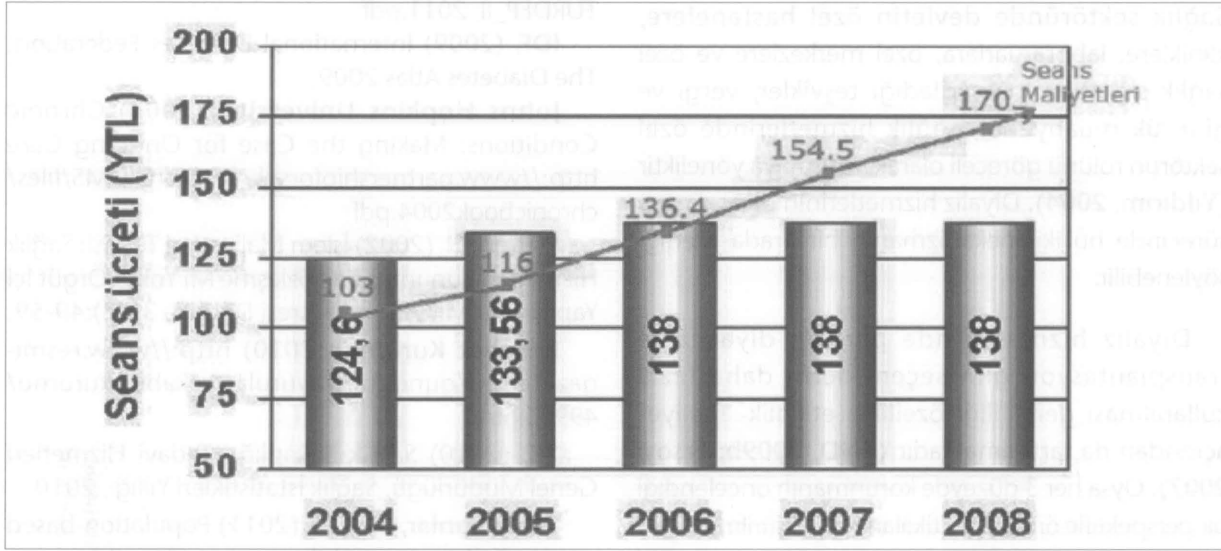
Özel hemodiyaliz merkezlerinde yapılan bir çalışmada (Tablo 3) görüldüğü üzere toplam gider içindeki en büyük gider kalemi % 35,1'lik bir payla işçi ve ücret giderleri olmuş, bunu %27,2 ile ilk madde ve malzeme giderleri izlemektedir. İşçi ücret ve giderleri kaleminde, tüm çalışanlara ait ödenen ücretler, sigorta primleri, sosyal yardımlar ve benzeri gider kalemleri yer almaktadır (Tatar, 2011).

Tablo 3. Hemodiyaliz gider kalemleri ve toplam maliyet içindeki yüzdeleri

Gider çeşidi	Tutar
İlk madde ve malzeme giderleri	27,2
İşçi ücret ve giderleri	35,1
Dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetler	17,4
Çeşitli giderler	8,9
Vergi resim ve harçlar	4,2
Amortismanlar ve tükenme payları	6,0
Finansman giderleri	1,3
Toplam gider	100,0

Yapılan güncel maliyet çalışmalarına göre bir diyaliz seansının maliyeti 160-170 TL kadardır (DİADER 2011; Tatar 2011). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ise her bir seans için 149 TL ödeme yapmaktadır. Kar amacı güden bu merkezlerin ayakta kalabilmesinin koşulu bazı maliyetleri düşürmekten geçecektir. Azaltılabilecek maliyet kalemlerinin başında ilk madde ve malzeme

Şekil 8. Yıllar içinde seans maliyetleri ve SGK'nın geri ödediği miktarlar (TL)



Kaynak: DİADER, 2010

giderleri ve hekim ve diğer çalışanların ücret giderleri gelmektedir. Bu bağlamda hem merkez işleten hem de sarf malzemeleri üreten firmaların pazardaki şansı daha fazla olacaktır. Küresel piyasalarda diyaliz filtresi üretiminin %40'tan fazlasına sahip olan Fresenius gibi şirketlerin 2006 yılından sonra piyasada var olma şansı daha da artmaktadır. DİADER verilerinde gösterildiği üzere seans başı 29,05 TL doktor personel giderleri mevcuttur. Aylık ortalama 1.000 Seans gerçekleştirildiği göz önüne alındığında; her bir merkezde aylık toplam 30.000 TL maliyet hekim emeğinin karşılığıdır (DİHED, 2010). Büyük şehirlerde özel sektörde tam gün görev yapan Sorumlu Hekimlerinin net ücretlerinin 5.000 TL civarında olduğu göz önüne alındığında "Tam Gün" yasasının özel şirketlere personel maliyetini düşürmede etkili olacağı söylenebilir.

SONUÇ

Hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların hızla artmasına paralel olarak diyaliz hizmetlerine olan ihtiyacın da hızla arttığı ve artacağı görülmektedir. Giderek daha fazla sayıda hastanın özel sektörden hizmet aldığı bir piyasalaşma söz konusudur. Bu süreç önce devletin teşviki ile özel merkezlerin sayısının arttığı daha sonra da birkaç büyük merkezlerin piyasaya hakim olduğu bir tekelleşmeye doğru gitmektedir.

Türkiye genelinde birçok sağlık bakanlığı hastanesi bünyesinde hemodiyaliz hizmetini, Almanya merkezli Fresenius Medical Care şirketi sağlamaktadır. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü de kamu-özel sektör işbirliğini tavsiye ederek özelleştirme eğilimine girmiştir (TTB, 2011b). Teorik olarak baktığımızda Muschell özelleştirmeyi aktif ve pasif olarak ikiye ayırmaktadır. Aktif özelleştirmede hükümet kamu sağlık kurumlarını bilinçli ve özel stratejilerle çökertir, elinden çıkarır. Pasif olanında ise özel sektör kamu yatırımlarının azaltılmasıyla ortaya çıkan boşluğu "kendiliğinden" doldurur (Muschell, 1995). Türkiye'de son yıllarda gözlenen olgu, sağlık hizmeti üretimine giderek daha çok dahil olan özel sağlık kurumlarının kamusal fonlarla beslenmesidir. Kamusal fonların özel sağlık kurumlarının çoğalmasını sağladığı da söylenebilir. Türkiye'de kamusal sağlık fonları özel sağlık hizmeti üreten sektörü büyütme amacıyla kullanılmakta, bu arada gereksinim duyulan kamusal kurumlar açılmamakta, var olanlar da yatırımsız bırakılmaktadır (Belek 2004).

Dahili piyasa yani hizmet üretiminin özelleştirilmesi, hizmet sunumunun genellikle özelden, hizmet finansmanının ise genelde kamu tarafından yapılarak birbirinden ayrıldığı ve bu iki taraf arasındaki hizmet alışverişinin sözleşmelere dayandırıldığı bir sistemdir. Türkiye'deki 'reform'

çalışmalarının temellendiği ana felsefelerden biridir. Sağlık sektöründe devletin özel hastanelere, kliniklere, laboratuvarlara, özel merkezlere ve özel sağlık sigortalarına sağladığı teşvikler, vergi ve gümrük muafiyetleri sağlık hizmetlerinde özel sektörün rolünü göreceli olarak arttırmaya yöneliktir (Yıldırım, 2004). Diyaliz hizmetlerinin piyasalaşma sürecinde bu iki mekanizmanın bir arada işlediği söylenebilir.

Diyaliz hizmetlerinde periton diyalizi ve transplantasyon gibi seçeneklerin daha fazla kullanılması gerekliliği özellikle etkinlik- maliyet açısından da tartışılmaktadır (TND, 2009b; Ersoy, 2007). Oysa her 3 düzeyde korunmanın öncelendiği bir perspektifle önlem politikalarının geliştirilmesi halk sağlığı açısından daha doğrudur.

KAYNAKLAR

Akpolat T, Cengiz K, (2001) Diyaliz Tedavisini Maliyeti, Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği, s:322-324.

CREDIT study. Gültekin Süleymanlar et al, Nephrol Dial Transplant 26: 1862-1871.

CREDIT, (2009) www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf.

DIADER, (2009) Türkiye'de hemodiyaliz hizmetlerinde özel diyaliz merkezlerinin rolü, kalite maliyet ilişkisi, diyaliz maliyet ve geri ödemeleri, kamu maliyetinin düşürülmesi

DIADER, (2011) Özel Diyaliz Merkezleri Derneği Diyaliz İstatistik Yıllığı, 2011 http://www.diader.org.tr/diader.php?s=istatistik_yilligi

DIHED, (2010) Diyaliz Hekimleri Derneği, Tam Gün Kanununun Diyaliz Sektörüne Etkileri ve Çözüm Önerileri www.dihed.org.tr/depo/TAM_GUN.doc

Erek (2004) Total RRT expenses in Turkey, France, Germany, Japan and USA: Nephrology 2004;9:33-38.

Ersoy F., (2007) Periton Diyalizi ve Böbrek Transplantasyonu, Türkiye Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 16/68-72

Fields R, (2010) In Dialysis Life Saving at Great Risk and Cost, ProPublica November.

Himmelfarb J, (2007) Berns A, Szczech L, Wesson D. Cost, Quality, and Value: The Changing Political Economy of Dialysis Care J Am Soc Nephrol 18: 2021-

2027. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf

IDF, (2009) International Diabetes Federation, The Diabetes Atlas 2009.

Johns Hopkins University, (2004) Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/chronicbook2004.pdf

Özgen, H. (2002) İşlem Maliyetleri Teorisi: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sözleşme Mi Yoksa Örgüt İçi Yapılanma Mı? Amme İdaresi Dergisi, 35(2):49-59.

Rekabet Kurumu, (2010) http://www.resmigazete.org/gundem/duyurular/rekabet-kurumu/49906.html

SB, (2010) Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010

Süleymanlar, G et al. (2011) Population-based survey of chronic renal disease in turkey-the

Tatar, (2011) Özel Hemodiyaliz Merkezleri Maliyet Analizi Çalışması, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara.

TEKHARF, (2005) Türk erişkin kalp hastalıkları çalışması TEKHARF, Türk kardiyoloji derneği http://tekharf.org/images/2005/05.pdf

TND, (2009a) Türkiye'de Nefroloji Diyaliz ve transplantasyon, Türk Nefroloji Derneği Yayınları İstanbul.

TND, (2009b) Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Özet Raporu http://www.tsn.org.tr/pdf/Registymakalesi-2009.pdf

TTB, (2011) Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme, 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık, TTB Yayınları 2011.

TTB, (2011b) Sağlık Reformu Pandemisi ve Türkiye, 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık, TTB Yayınları 2011

TURDEP, (2010) Satman İ ve TURDEP-II Çalışma Grubu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı ve Sağlıkta Özelleştirme, Hastane Yaşam Dergisi. Ekim-Aralık 2004 Yıl 1, Sayı 3-4: 23-29.

WKD, (2011) World kidney day, Figures and Statistics http://www.worldkidneyday.org/page/the-cost-of-disease-1

Yıldırım HH, (2004) En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları