

Sağlık hizmet sunucularına ödeme modelleri ve sorunlar

Doç. Dr. Naci Karacaoğlan



1961 yılında Yozgat'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı oldu. 1992-98 yılları arasında On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak görev yaptı. 1997 yılında doçent olan Karacaoğlan, 1999-2003 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi plastik cerrahi kliniğinde görev yaptı. Aralık 2003'te Özel Medipol Hastanesi estetik ve plastik cerrahi kliniğinde çalışmaya başladı. Halen aynı hastanede başhekimlik görevini de yürüten Karacaoğlan'ın, ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış pek çok makalesi bulunmaktadır. Dr. Karacaoğlan, evli iki çocuk babasıdır.

Sağlık sektörü, ülke ekonomisinden sağladığı kıt kaynakları etkili bir biçimde kullanmak, verimli ve ekonomik sağlık hizmeti üretmek zorunda olan bir sektördür. Sağlık hizmeti sunucularına verdikleri sağlık hizmeti karşılığında yapılacak ödemelerde her ülkenin kendi sağlık sistemine uygun ödeme şekli veya şekilleri bir arada kullanılmaktadır. Sağlık hizmetini kurum ve kuruluşlar verebildiği gibi bi-

reysel olarak da hekimler ve diğer sağlık personelleri vermektedir (1, 2).

Sağlık hizmeti sunulara temel olarak iki şekilde ödeme yapılır. Doğrudan ve dolaylı ödeme. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler ödemeyi kamu veya özel sektördeki hizmet sunucusuna doğrudan yapar. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet "üçüncü şa-

hıs" olarak hizmet sunan kişi, kurum veya kuruluşlara ödeme yapar (2, 3, 4).

Ödeme ileriye dönük veya geriye dönük olarak yapılabilir. İleriye dönük ödemede sağlık hizmetinin sunum bedeli bu hizmetin sunulmasından önce ödenmektedir. Bu ödeme şeklinin finansal riski düşük olup sağlık hizmeti sunumunda verimliliği artırıcı etkisi vardır. Geriye dönük ödeme yönteminde sağlık hizmetinin sunum bedeli hizmetin sunulmasından sonra ödenmektedir. Bu yöntemde finansal risk yüksek







olup verimliliği kısıtlayıcı yönü vardır.

A- Bireysel sağlık hizmeti sunanlara yapılan ödeme yöntemleri

Bireysel sağlık hizmeti sunucuları herhangi bir hastane veya sağlık kuruluşunda ücret karşılığında sağlık hizmeti sunanlar ile kendi adına ve kendi hesabına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşur. Hekimler dış hekimler, eczacılar hemşire ve sağlık memurları örnek verilebilir. Bireysel sağlık sunucularına mükemmel olabilecek bir ödeme modeli yoktur. Fakat uygun olabilecek bir model şu özellikleri taşımaktadır (1, 2).

- Hekimlerin işlerinden tatmin olmalarını sağlamalı,
- Hasta tatminini sağlamalı,
- Etkili ve verimli tıbbi bakım verilmesini sağlamalı,
- Hekimlerin ihtiyaç duyulan bilim dallarında ve coğrafik bölgelerde çalışmasını teşvik etmeli,
- Hizmet sunumu sistemine uygun olmalı,
- Parasal teşviklerle maliyet kontrolü arasındaki dengeyi korumalı,
- Hekimlerin klinik özgürlüğünü kısıtlamamalı,
- Hem hekimlerin hem de işverenin karşılıklı pazarlık gücünü azaltmamalıdır.

Bireysel sağlık sunucularının ücretlendirilmesinde başlıca 6 ana yöntem kullanılmaktadır (3, 4, 5, 6, 7).

- Maaş
- Kişi başına ödeme
- Hizmet başına ödeme
- Vaka başına ödeme
- Prim ödeme
- Karma ödeme

1- Maaş:

Maaş esasıyla tam veya yarım gün çalışan sağlık sunucuları belli bir süre için sabit bir ücret alır. Bu süre genellikle bir aydır. Hekime ürettiği hizmetin nicel veya nitel büyüklüğü ile orantılı olma-

yan bir ödeme yapılır. Maaş yönteminde ödemenin tutarı hasta miktarına veya muayene miktarına bağlı değildir. Bu nedenle hekimler kendilerini daha nitelikli, kaliteli ve daha fazla hizmet üretmek amacıyla verimli ve daha etkili çalışmak zorunda hissetmezler. Finansman modeli olarak kamu kaynaklarını benimseyen sağlık hizmeti sistemlerinde hizmeti doğrudan sunan kurumlar genellikle maaşla ödeme yoluyla hekimleri ücretlendirmektedirler. Maaş şeklindeki ödemede hekimlerin motivasyonları düşük olmaktadır.

a) Avantajları:

- Hizmeti sunanın hiçbir hastayı çevirmesi söz konusu değildir.
- Hizmet kalitesi kolayca takip edilebilir
- Koruyucu hizmetlere daha fazla önem verilmektedir
- Ekip çalışması hakimdir..
- Yönetilmesi daha kolaydır ve daha düşük yönetim maliyeti vardır.
- Hizmet sunumunda aşırı hizmet talebi yaratılmamaktadır.
- Geleceğe dönük bütçelemeye kolaylık sağlamaktadır.
- Hastaların hizmete ulaşma şansı yüksektir.
- Hizmet sunucusunun aşırı süre çalışmasına engel olduğu için iş güvenliği açısından olumlu bir özellik taşır.

b) Dezavantajları

- Uzun bekleme zamanı ve kuyrukların olması.
- Kolaylıkla verim azalması ve gerekenden daha az hizmet üretilmesi.
- Ücretler çok değişmediğinden özendirici olmaması.
- Hekimlerin maddi sebeplerden dolayı motivasyonlarının bozuk olması.
- Hekimlerin zamanlarını iyi kullanmamaları.
- Hizmette sürekliliğin olmaması.

Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (genellikle bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için finans kuruluşundan blok olarak bir ödeme almaktadır. Sıklıkla aylık sabit bir ücret alır.

Hizmet sunucularının hasta memnuniyeti ve bakım kalitesine yönelik özel bir çaba göstermemeleri ve hastaya daha az nazik davranılması.

2- Kişi başına ödeme

Hizmet sunucusuna coğrafi bir bölgede kayıtlı kişilerin tamamına veya kendisine kayıtlı belirli bir nüfusa belirli bir zaman diliminde tanımlanmış sağlık hizmetlerini sunması karşılığında kayıtlı kişi başına ödeme yapılmasını içermektedir. Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (genellikle bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için finans kuruluşundan blok olarak bir ödeme almaktadır. Sıklıkla aylık sabit bir ücret alır. Kişi başı ödeme yöntemi faturaya dayanmadığından uygulaması kolay bir yöntemdir. Sağlık harcamalarının tahmini ve maliyet kontrolü açısından avantaj sağlamaktadır.

Kişi başına ödeme modeline eklenecek ve verilen bazı hizmetlerin karşılığı olarak belirlenecek maddi teşviklerle hekimlerin gelirlerini artırmaları sağlanırken, aynı zamanda öncelikli olarak verilmesi gereken hizmetlerin

üretimi de sağlanabilir. Ayrıca yine bu model ile hekimin çalışma ortamını ve mesleki bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmesi, mahrumiyet bölgelerinde daha istekli çalışması da mümkün kılınabilir.

a) Avantajları (8)

Hizmetin sürekli olması.

Aşırı hizmet üretimine yol açmaması.

Pahalı bakım yerine koruyucu bakıma öncelik verilmesi

Klinik değerlendirme ve karar verme özgürlüğünün daha az kısıtlanması.

Belli oranda ekip çalışması.

Hizmet sunum maliyetinin aşağı çekilmesine yönelik özendiriciliğin olması

Hastaya daha nazik davranılması.

Hekimlerin coğrafik olarak daha dengeli dağılması.

Hekimlerin daha yüksek morale sahip olması.

Muayene sürelerinin uygun uzunlukta olması.

Yönetiminin basit olması.

Hizmet maliyetlerinin önceden daha kolay tahmin edilebilmesi.

b) Dezavantajı

Uzun bekleme süresi ve kuyrukların olması.

Hizmet sunucularının bakım maliyeti daha düşük hastaları listeye almak istemeleri

Hastalara gerekenden daha az hizmet sunulması.

Maliyetleri düşürmek için hastalara sunulan hizmetlerde kısıtlama yapılması

Diğer hizmet basamaklarına sevklerin aşırı olması.

Hekimin daha fazla zaman harcaması gereken hastalara (özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olanlar) daha az zaman ayrılması ya da böyle hastaların listeye alınmaması.

Hekimin yaşlanmasıyla daha az kazanmaya başlaması.

Hekim uygulamalarının takibinin zor olması.

Hekimin, listesindeki kişilerin rapor ve

sevk gibi gereksiz isteklerine karşı savunmasız olması.

3- Hizmet başına ödeme

Hekim kendisine başvuran kişiye verdiği her türlü teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerin her biri için ücret alır. Hizmet sunucusuna hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin türüne ve sayısına bağlı olarak ödeme yapılmaktadır. Bu özel muayenehane hekimliği veya özel sektörde çalışan bireysel sağlık hizmeti sunucularına ödemede kullanılan yöntemdir. Maaş ve kişi başına ödemeye göre, hastaya daha saygılı davranmayı gerektiren bu modelin hekim ve hasta tarafından suistimal edilmesi çok kolay olduğundan özellikle sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunda yüksek maliyetler söz konusu olabilir.

a) Avantajları

Hastanın doktoru seçme ve değiştirme özgürlüğü vardır.

Hekimlerin moralinin yüksek olması.

Hastaya daha nazik davranılması.

Hizmet sunucuları sağlık hizmetinin kalitesi ve üretimini artırmak için yeterli özendiriciliğe sahip olması

Diğer basamaklara aşırı sevklenmemesi.

Hizmet sunucularının kendilerine talep yaratma çabası içinde olmaları

Hekim uygulamalarının kolayca takip edilebilmesi.

b) Dezavantajları

Hekimlerin coğrafi dağılımının dengeli olmaması ve sosyal adaletsizliğe yol açması.

Koruyucu hizmetlere daha az önem verilmesi.

Hizmetin sürekliliğinin olmaması.

Daha az ekip çalışması.

Gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının aşırı düzeylere ulaşması.

Daha pahalı uygulamaların tercih edilmesi.

Yönetim maliyetlerinin yüksek olması.

Önceden tahmin edilemeyen maliyetler.

4- Vaka başına ödeme

Maliyet kontrolünün maaş ve hizmet başı ödemede zayıf olmasına rağmen kişi başı

ödemede maliyet kontrolü çok daha iyidir. Hizmet başı ve vaka başı ödeme

yönteminde verilen sağlık hizmetinin kalitesi çok iyi iken diğerlerinde zayıftır.

Sağlık hizmetini sunanların tatmini hizmet başı ödeme yönteminde çok iyi, kişi başı ve vaka başı ödeme

yöntemlerinde iyidir.

Diğerlerinde ise hekim tatmini zayıftır.

Önceden belirlenen ve taraflarca uzlaşılan protokollere dayalı olarak yapılır. Ödemeler hizmetin kapsamından ziyade vakanın tanısına göre yapılır. Hekim hastasına koyduğu teşhise göre para alır. Bu, yapılan her türlü müdahalenin tümü için sabit bir ücrettir ve teşhis farklılaştıkça ücret de değişir. Hizmet sunucusunun maliyeti azaltmaya yönelik eğilimi hastanın istenen bakımı almasını engelleyebilir. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesi düşebilir. Diğer taraftan maliyet azaltmak için tedavi maliyeti düşük vakalara yönelebilir.

5- Pirim ödeme:

Önceden belirlenen bazı sağlık politikası hedeflerine ulaşılması halinde sağlık hizmeti sunana yapılan bir ödeme biçimidir. Hem bireysel hem de kurumsal kullanım alanı bulunan bu yöntem daha çok bireysel sağlık hizmeti sunucuları için kullanılmaktadır. Bu yöntemde ilaç gibi belli girdilerin tüketim miktarını kısıtlaması söz konusudur.

a) Avantajları

Bazı sağlık hizmeti üretim girdilerinin miktarının ve hizmet maliyetlerinin azaltılması

Bazı sağlık politikalarının yaygınlaştırılmasında etkili kullanım alanı bulması

b) Dezavantajları

Etkili bir denetim uygulanmadığı zaman kötü kullanıma ve haksız kazanç-

Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiçbiri mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği, verimliliği ve hasta tatmini göz önünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır.

lara yol açabilmektedir. Bu nedenle yönetsel maliyeti yüksektir.

6- Karma ödeme:

Yukarıda bahsedilen ödeme yöntemlerinin dezavantajlarını azaltmak ve etkinliklerini artırmak için ödeme yöntemlerinin karma uygulanmasıdır. Kişi başı ödeme ile birlikte maaş, maaşla birlikte hizmet başı ödeme, kişi başı ödemeyle birlikte hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme ile birlikte vaka başı ödeme şeklinde olabilir.

Bu yöntemleri birbirleriyle karşılaştırsak; maliyet kontrolünün maaş ve hizmet başı ödemede zayıf olmasına rağmen kişi başı ödemede maliyet kontrolü çok daha iyidir. Hizmet başı ve vaka başı ödeme yönteminde verilen sağlık hizmetinin kalitesi çok iyi iken diğerlerinde zayıftır. Sağlık hizmetini sunanların tatmini hizmet başı ödeme yönteminde çok iyi, kişi başı ve vaka başı ödeme yöntemlerinde iyidir. Diğerlerinde ise hekim tatmini zayıftır. Buna karşın hizmeti alanların tatmin oranı kişi başı ödeme yönteminde çok iyi, vaka başı ve hizmet başı ödeme yönteminde iyi, diğerlerinde ise zayıftır. Modellerin yönetimi hizmet başı ödemede ve vaka başı ödemede çok zordur. Buna karşın kişi başı ödemede ve maaş ödemesinde ise kolaydır.

Maaş şeklindeki ödeme yönteminde bireysel sağlık sunucularının motivasyonlarının düşük olması, hizmet başına ödemede ise maliyet kısıtlamasındaki

problemler, kişi başına ödemede gerekenden daha az hizmet üretilmesi ve sevk etme eğiliminin fazla olması modellerin önemli birer dezavantajı olarak göze çarpmaktadır.

Kişi başına ve hizmet başına ödemelerde daha kaliteli bir hizmet sunumu için her hangi bir mali ödüllendirme bulunmamaktadır. Diğer taraftan yaş ilerlemiş hekimler, gelirlerini artırmak amacıyla gençlere göre fazladan çalışma performansını gösteremeyecekleri için daha az kazanma eğiliminde olacaktırlar (6).

Kayıt, izleme ve denetim, geri bildirim gibi idari işlerin daha yoğun olmasından dolayı idari maliyetler hizmet başına ödemede diğerlerine göre daha yüksektir (9). Hizmet sunumundan topluma karşı sorumlu olan ve verilen hizmetleri denetleyici konumundaki kurum ve kuruluşlara (örneğin sağlık bakanlıkları) göre maaşlı ve kişi başına ücretlendirmelerde hekimler gereken düzeylerin altında hizmet vermektedirler (6). Hekimlerin hizmet başına ödeme modellerinde, kişi başına ödemeye göre hastalarını daha az sıklıkla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettikleri bulunmuştur(9).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda hangi sistem kabul edilirse edilsin sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerde bazı noktaların gözden kaçırılmaması gerekir. Özellikle ödeme modelinin finansman sistemi üzerine aşırı bir maliyet yüklememesi gerekir.

Ödeme modeli bir taraftan hizmet sunucunun klinik özerkliğine saygı gösterirken diğer taraftan da sunulan hizmetin standartlara uygunluğu konusunda ödemeyi yapan kişi ve kuruluşa karşı sorumluluğunu da ihmal etmemelidir. Son olarak da gereksiz hizmet talebi ve sunumunu engellemelidir.

B- Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına, hastanelere ödeme yöntemleri

Hastaneler başta olmak üzere sağlık merkezleri, sağlık ocakları, tıbbi görüntüleme merkezleri, laboratuvarlar, poliklinikler, tıp merkezleri ve dispanserler gibi sunuculara yapılan ödemeleri içerir.

Bütçe tahsisi: Hazine veya hükümet tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Bütçe tahsisi hizmeti sunan kuruma global olarak tahsis edilebildiği gibi harcama kalemlerine özgü bütçe şeklinde de yapılmaktadır. Harcama kalemi bütçeler hangi hizmet için ayrılırsa ancak o hizmete harcanabildiğinden hükümetler tarafından tahsisi ve denetimi daha kolay olması nede-

niyle tercih edilmektedir. Diğer taraftan hem sağlık sunucusu hem de ödeyici için düşük finansal risk taşımaktadır.

1- Sabit Bütçe

Kamu sağlık işletmelerine yapılan bir ödeme biçimidir. Hükümetler tarafından veya hazine tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Bütçe tahsisi hizmeti sunan kuruma global olarak tahsis edildiği gibi harcama kalemine özgü bütçe tahsisi şeklinde de yapılmaktadır. Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilir. Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarda riske girer. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde ek bütçe yapma olanağı tanınır. Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadır.

a) Avantajları

Sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamu fonlarıyla finanse edildiği ülkelerde sağlık hizmetinin coğrafi ve sosyoekonomik yapıya uygun olarak dağıtılması.

Harcama kalemlerine dayalı bütçede gerçeğe uygun hazırlandıklarında maliyet azalması sağlarlar.

b) Dezavantajları

Eğer bütçe tahsisi gerçek verilere dayalı yapılmazsa gereksiz tahsislerle maliyet artışlarına yol açmaktadır.

Yetersiz bütçe tahsisinde ise hizmet kalitesinde düşüşe yol açmaktadır.

Sağlık hizmet sunucusuna kalitesini artırma konusunda yeterli teşviki sağlamaz.

2- Hizmet başı ödeme

Özel hastanelere hak edişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Spesifik hizmetler, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinin bedellerinin ödenmesinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Hastalara yapılan her hizmet için ayrı ödeme yapılmaktadır. Bu sağlık sunucuları açısından yüksek ödeyiciler açısından düşük finansal riskler taşımaktadır. Bu yöntem bireysel ödeme yöntemleri arasında olan hizmet başına ödeme yöntemindeki avantaj ve dezavantajları

taşımaktadır. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılır.

Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilir. Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucular tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir. Gereksiz tıbbi müdahaleler yapmak, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler istemek ve gereksiz ilaç reçete etmek buna örneklerdir. Bu ödeme yönteminde hizmet sunucuları ödemeni yapanlara göre daha güçlü durumdadırlar.

3- Gün başına ödeme

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksektir ve daha sonra giderek azalır. Yalnızca hastanelerde verilen hizmetlerin finansmanına yönelik bir ödeme şeklidir. Diğer taraftan evde sunulan hemşirelik hizmetlerin de ödeme yöntemi olarak kullanılmaktadır.

a) Avantajları

Ödemeler sabit günlük ödemeler şeklinde uygulanıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahiptir. Maliyet yöntemi göreceli olarak ucuzdur.

b) Dezavantajları

Ödemeler günlük değişken ödemeler şeklinde yapılıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahip değildir. Hastanın gereğinden fazla hastanede tutulma riski vardır.

4- Vaka başına veya teşhise göre ödeme:

Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için farklı ödeme yapılır. Bu yöntemde hizmet sunucusuna sunucu kuruma önceden belirlenmiş koşul ve tutarlara dayalı olarak vaka başına ödeme ya-

pılmaktadır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu model ilk önce ABD'de başlatılmıştır ve yaklaşık 470 teşhis grubu geliştirilmiştir (DRG - Diagnosis Related Groups) (6, 7, 9). Uygulamada kolaylık sağlamak üzere paket fiyat uygulamalarına ilişkin tedavi yöntemleri standart hale getirilerek ödemeler hasta günü üzerinden yapılmaktadır. Bu yöntem hem sağlık sunan kuruma hem de ödeyiciye eşit ve orta düzeyde finansal risk getirmektedir. Bireysel ödeme yönteminde olan vaka başına ödeme yönteminin benzer avantaj ve dezavantajlarını taşır.

Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır. Fakat erken taburcu olaylarını hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir. Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır.

5- Kişi başına ödeme

Ödemeyi yapan üçüncü tarafla hasta arasında yapılan anlaşmaya göre, belli sayıda kişinin belli bir süre için hastanedeki hizmetleri kullanın veya kullanmasın, hastanede olabilecek tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere kişi başına belli bir ödeme yapılır. Sağlıkla ilgili kişilerin hastaneyi daha az kullandığı göz önünde tutulursa hastanenin kar edeceği açıktır. Ancak kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar hastane hizmetlerini daha uzun süreli ve daha sık olarak kullanacağı için hastanenin maliyetleri artacaktır. Bu nedenle ödemeler ya her birey için aynı miktar üzerinden veya yaş, cinsiyet, yaşadığı bölge, mesleği gibi parametreler göz önünde tutularak farklı miktarlar üzerinden hesaplanır. Bu yöntemde bireysel ödeme yöntemlerinden kişi başına ödeme yönteminin avantaj ve dezavantajlarını taşımaktadır.

Bu ödeme yöntemlerini birbirleriyle karşılaştırsak; maliyet kontrolü bütçe ve kişi başına ödemede çok iyi iken fatura bedeli ödemesinde maliyet kontrolü zayıftır. Buna karşın hizmet kalitesi çok iyidir. Vaka başı ve gün başına ödemede ise maliyet kontrolü fena değildir. Gün başı ödemesinde hizmet kalitesi düşük olabilirken diğer ödeme seçeneklerinde ise hizmet kalitesi kabul edilebilir seviyededir. Hizmet ve ödemelerin kontrolü fatura bedelinde ve fatura başı ödeme yönteminde güç olmasına karşın diğer ödeme yöntem-

lerinde daha kolaydır. Her ne kadar bazı modellerin diğerlerine göre açık avantajları olsa da belli bir modelin daha verimli olduğunu söylemek oldukça güçtür. Her bir ülke veya sağlık sistemi kendi yerel şartlarını göz önünde tutarak en uygun modeli seçmelidir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yapılan doğrudan veya dolaylı ödeme şekilleri, hizmetten yararlanan kişilerin talep düzeylerini etkileyebilmektedir.

Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiçbiri mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakkaniyet, bir kısmının hasta ve/veya hizmet sunucu tarafından kötüye kullanımı gibi dezavantajları vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği, verimliliği ve hasta tatmini göz önünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Abel-Smith B. *Value For Money*. Heinemann Educational Books Ltd. London. 1976.
- 2) Uz M H. *A Comparative Evaluation of the Payment System for Family Practitioners in the Turkish Health Care Reform*, Health Policy Report. London, 1994.
- 3) Normand C, Weber A. *Social Health Insurance. A Guidebook For Planning*. WHO/ILO. 1994.
- 4) OECD. *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries*. Health Policy Studies No:2. Paris, 1992.
- 5) Glaser W A. *Paying the doctor: Systems of remuneration and their effects*, 1970.
- 6) Uz M H. *Hekimlerin Ücretlendirilme Modelleri: Karşılaştırmalar ve Avrupa'daki Uygulamalar*. Doktor. 3(1): 56-58. 1995.
- 7) Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health insurance in developing countries : The social security approach*. ILO, Geneva, 1990.
- 8) UZ, H., (1998), *Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmeti sunanlara ödeme modelleri, Sağlık hizmetleri el kitabı (Edit; O. Hayran ve H. Sur), Yüce yayım, Çevik matbaası, İstanbul*
- 9) Shimmura K. *Effects of different remuneration methods on general medical practice: A comparison of capitation and fee-for-service payment*. International Journal of Health Planning and Management. Vol 3, 245-258, 1988.