

# Performansa göre ödeme sistemleri ve zorlukları

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimi Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

**S**ağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılacak, ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığı tecrübelerle sabittir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına

itecek model arayışlarının, sağlık politikacılarının gündemini ne denli işgal ettiği bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Hayata geçirilen bu yeni uygulamaların başında, hizmet sunularının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme

yapısını kurmayı amaçlayan performansa göre katkı payı ödemesi gelmektedir. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. İlk dönemi oluşturan bu



Bu alanda düşünen, çalışan ve uygulamada rol alanların, mevcut birikimi göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın, adım atmadan önce konuyu oldukça etraflı bir şekilde incelediğini, teorik alt yapısı üzerinde yayınlar yaptığını, uygulamada sahadan geri bildirim aldıkça sistemi revize ettiğini bilmem hatırlatmaya gerek var mı? Bu satırların yazarı, gerek Bakanlık kaynaklarında, gerek diğer yayınlarda bu modelin uygulanması esnasında elde edilecek kazanımlar kadar, zorluklar ve risklerine de dikkat çekmeye çalışmıştır.

uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumlarımızın yeni duruma uyumunu sağlamak, ölçülebilir parametreler geliştirmek ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamayı amaçlamıştır. Bireysel performanstaki farklılıkların ücret sistemine yansıtılması, örgütlerin temel amaçlarından biri haline gelmiş olmakla birlikte, uygulamada sorunlar ile karşılaşılması da kaçınılmazdır. 2005 yılından itibaren yumuşak geçişle kaliteli hizmet sunmaya yönelik bilinç geliştirilmesi ve altyapı oluşturulması teşvik edilerek "kurumsal performans ölçümü" adı altında bir model denemesi yapılmış ve nihayet 2007 yılı başında Bakanlığın kalite geliştirme mevzuatı ile birleştirilerek bütün devlet hastanelerinde uygulamaya konmuştur. Bir yandan bu uygulamanın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde oluşturduğu hızlı değişim takdir edilirken, diğer yandan uygulamanın etik dışı yolları teşvik ettiği, çalışanlar arasında barışı bozduğu ve sağlık harcamalarını artırdığı gibi yoğun eleştiriler yapılmaktadır. Günahı ve sevabıyla ortada analiz edilmesi gereken bir durum vardır. Bu durum hakkında bir yandan yerli yersiz, olumlu olumsuz görüşler serdedilirken, diğer yandan çok sayıda bitirme ödevi, yüksek lisans ve doktora tezine konu edilerek bilimsel ola-

rak ele alınmış olması kayde değer bir husustur (1-7).

Son günlerde üniversite hastanelerinde de benzer uygulamanın gündeme gelmiş olması, konuya tekrar odaklanmamıza vesile olmuştur. Artık olumlu ve olumsuz yönleriyle ülkenin önemli bir birikimi vardır. Bu alanda düşünen, çalışan ve uygulamada rol alanların, mevcut birikimi göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık Bakanlığının, adım atmadan önce konuyu oldukça etraflı bir şekilde incelediğini, teorik alt yapısı üzerinde yayınlar yaptığını, uygulamada sahadan geri bildirim aldıkça sistemi revize ettiğini bilmem hatırlatmaya gerek var mı? Bu satırların yazarı, gerek Bakanlık kaynaklarında, gerek diğer yayınlarda bu modelin uygulanması esnasında elde edilecek kazanımlar kadar, zorluklar ve risklerine de dikkat çekmeye çalışmıştır (8, 9). Bu vesileyle, kendi yazılarımdan alıntılarla konuyu tekrar dikkatinize sunmak isterim. Bunun, yeni tasarlayıcı ve uygulayıcılarla sistemin idamesinde görev alanlara katkı sağlayacağını umuyorum.

#### Sağlıkta performans ölçümü

Hizmet sunan kişilerin veya organizasyonun bir bütün olarak daha iyisini yapması için bir sebep olmadıkça, beklenen ve ihtiyaca cevap verecek düzeyde gelişim olamayacaktır. Hâlbuki tanı ve tedavi araçlarının hızla geliştiği, sağlık hizmet talep türü ve miktarının hızla arttığı, ortalama ömür uzadıkça daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu ve insanların sağlık hizmetini artık daha kaliteli bir hayat için talep ettikleri bir çağda, sağlık hizmet sektöründe hızlı bir değişime ve gelişime ihtiyaç vardır. Hantal olan işletmeyi harekete geçirmenin etkili bir yolunun, finansmanın performansla ilişkilendirilmesi olduğu bilinen bir gerçektir. Böylece performansla göre ödeme sistemi diğer sektörlerde olduğundan çok daha fazla sağlık sektörünün gündeminde yer almaktadır.

Performansa göre ödemedi bahsedilince, ilk bakışta, hizmet veren sağlık kuruluşuna veya doktorlar başta olmak üzere sağlık personeline "üretkenlikleri" oranında ücret ödenmesi akla gelmektedir (10). Bu yüzden de girişimler hemen eleştirel yaklaşımlara muhatap olmaktadır. Burada üretkenlikten anlaşılan, verilen sağlık hizmetinin kalitesi değil, hacmidir. Üretkenlik olarak sadece niceliğin anlaşıldığı böyle bir sistem, sağlık hizmetine yönelik talep artışının doktorlar tarafından teşvik edilmesine neden olacaktır. Daha fazla hizmetin ödüllendirilmesi, doktorların ve hastanelerin gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açacaktır (11). Bu yüzden ekonomik öncelikli hasta profili oluşturmamak, sistemin öncelikleri arasında olmak zorundadır.

Arzın talebi karşılamaya yetmediği du-

rumlarda, böyle bir sistem kolayca tolere edilebilir ve sonuç alıcıdır. Bu tür sistemler, arzı sürekli artırıcı yönde teşvik oluşturur. Bu, başlangıçta istenen bir durumdur. Ancak arz, talebi yeterli derecede karşılar duruma geldiğinde sistemin kontrolsüzlüğü sorun oluşturacak ve kalite açısından istenmeyen durumlar ortaya çıkacaktır. Bu açıdan performansla göre ödeme sistemlerinde kalite unsurları mutlaka yer almalıdır.

Sağlık hizmetlerinde doğrudan üretkenliğin yanında,

- İnsanın mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti),
- Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (sağlık çıktıları),
- Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç ölçümü) ve
- Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi) gibi farklı performans ölçütleri tanımlanmaktadır (12). Bu performans ölçütlerinden hiç birinin mutlak doğru olduğuna dair kanıt dayalı bir veri yoktur. Genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanalım, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır.

Ampirik olmaktan öteye geçemeyen performans ölçütleri ne derece güvenilir? Yüksek kalitede sunulduğu gözlenen bir sağlık hizmetine karşılık, ödüllendirilecek kurum veya kişi tam olarak kim olacaktır? Bu kişilerin ödüllendirilmesinde, sınır nereye kadar genişletilebilir? Performans ölçümü rekabetçi ve yarışmacı mı olmalı, yoksa sabit rekabete açık olmayan bir düzey mi esas alınmalıdır? Kalite ölçütlerine göre düşük kalitede olduğu görülen hizmetler tamamen dışlanmalı ve bedeli ödenmemeli midir? Performansa göre ödeme yapılmasının enflasyonist etki riskine karşılık, bütçe kısıtlanması yapılmalı mıdır? Bu sorulara verilecek cevaplar performansla göre ödeme sistemlerinden beklenen etki düzeyinin kaderinde önemli derecede rol oynayacaktır. Şu da özellikle bilinmelidir ki, sağlık bakımında istenmeyen yan etkilere yol açmamanı hiç bir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir.

#### 1. Ampirik olan ölçütler ne derece güvenilir?

Farklı performans ölçütlerinin (çıkıtı, süreç, altyapı ve girdiler) hemen hepsinin güvenilirlik ve objektivite açısından tartışmalı, net ölçülemeyen, ampirik yöntemler olduğu bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinde kalite ve performansın ödüllendirilmesinin mutlak adaleti sağlamaya yetmeyeceği görülmektedir.

Mutlak adalet arayışının gerçekleştirilemeyecek olması, ödüllendirmeden vazgeçilmesi gibi bir sonuç doğurmamalıdır.



Zira bu, sözünü ettiğimiz bütün hedeflerden vazgeçmek anlamına gelecektir.

## 2. Kimler ödüllendirilmelidir?

Performans nedeniyle ödüllendirilmesi gereken hedefin, sağlık hizmetini sunanlar olduğu gibi basit bir cevap aklınıza gelebilir. Bu, bir hastane olarak kısmen kolay değerlendirilebilse de bunu çalışanlar düzeyinde ayırtırmak o kadar kolay değildir. Bir hizmette her türlü destek elemanından, hemşiresine, doktoruna ve hatta kurumun yöneticisine kadar birçok kişi pay sahibi olmaktadır. Bunlar arasındaki paylaşım zorluğu bir yana, yüksek kalitede bir sağlık hizmetinin ödüllendirilmesinde hastaların da hedef alınması görüşü yabana atılamaz. Daha iyi hizmet veren hastaneleri tercih etmesi, bunlar için daha az sağlık harcamasına sebep olabilmesi gibi nedenlerle hastaların ödüllendirilmesi de geri ödeme kuruluşlarının gündeminde yer almaktadır. Hiçbir performans ölçütü, hastanın bizzat tercihle-

riyle yönlendirdiği ekonomik dürtü kadar etkili olamamaktadır. Bu yüzden sağlık hizmet sunucularına doğrudan performans ölçütlerine göre ödeme yapmak yerine hasta üzerinden dolaylı olarak yapmanın daha etkili olacağı ileri sürülmektedir (12).

## 3. Ödüllendirmenin derecesi ne olmalıdır?

Her hizmetin bir bedeli vardır. Bu bedel, maliyetle ilgili olduğu kadar, arzu edilen hizmete, hizmet sunucuyu zorlayacak dürtüyü güçlendirecek yeterlikte bir teşvikle de ilgilidir. Kurumdan ziyade kişilerin performansı ödüllendirilirken bu husus daha fazla ortaya çıkar, zira emek ölçütleri daha fazla görecelidir. Performans karşılığında yapılan ödeme, aynı performansın daha ileriye götürülmesi ya da en azından korunmasını teşvik edecek düzeyde olmalıdır. Kıyaslayacak başka ölçütler yoksa tekrarlayan yüksek ödemeler kanıksanır ve performans için yeterli dürtü olma-

Sağlık bakımında istenmeyen yan etkilere yol açmayan hiç bir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir... Unutulmalıdır ki, sağlık harcamalarındaki aşırı tasarruf, bizzat "sağlığın tasarrufuna" yol açarsa, ödenmesi zor olan ağır bedeller karşımıza çıkabilir.

özelliğini kaybeder. Bu yüzden yüksek performansla ortaya çıkan kaliteli hizmetin ödüllendirilmesi, performansın değişkenliğinden etkilenmeli ve bu durum, hizmet sunanlara yansmalıdır. Ödüllendirme derecesinin motivasyona etki etmeyecek düşüklükte olması da sistemi iyileştirmek için yeterli olmayacaktır.

## 4. Rekabetçi olan ve rekabetçi olmayan ödüllendirmeler:

Finansal dürtülerin performans üzerindeki gücü, kısmen performansa göre yapılan ödemenin rekabetçi olup olmaması ile ilgilidir. Rekabetçi bir uygulamada, belirli sayıda hizmet sunucu, sabit ve az sayıdaki ödülü paylaşmak için yarışır ve sadece az bir kısmı kazanarak bunu elde eder. Rekabetçi olmayan bir uygulamada, hizmet sunanlar önceden tayin edilen bir performans sınırını aşmaları halinde ödüllendirilirler. Sabit bir ödeme bütçesi olduğunda, ne kadar fazla kişi çitayı aşarsa, kazanılan pay o derece küçük olacaktır. Bu da artan performans oranında, performansın finansal dürtüsünün azalması anlamına gelir (12) Artan performansla rağmen hastanelerimize geri ödeme kuruluşlarınca ödenen paranın kısılması ve hatta ödenmemesi, bu tehlikeli sonucu doğurmaktadır.

## 5. Düşük kalitede sunulan hizmetler tamamen dışlanmalı mıdır?

Yüksek performans gösteren, kaliteli sağlık hizmeti üreten kurum ve kişilerin ödüllendirilmesi tartışmasız kabul gören bir olgudur. Peki, bu duruma ayak uyduramayan kurum veya kişilerin cezalandırılması, göz ardı edilmesi, sistem dışına itilmesi mümkün müdür? Ya da böyle bir yaklaşım ne derece doğru olur? İlk bakışta bu durum mümkün gibi görüle de, tüm toplumun sağlık hizmeti almasını hedefleyen hiçbir sağlık sistemi bunu göze alamayacaktır. Bunun için; doktorların, hemşirelerin ve sağlık kuruluşlarının, toplumun

sağlık hizmeti talebini kaliteli bir şekilde tamamen karşılaması ve hatta yeterli kalite ve performansı sağlayamayanların sistem dışına çıkarılmasına fırsat tanıyacak bir hizmet fazlalığı olmalıdır. Bu ancak hastaların hizmet almak için beklediği bir sistemde değil, sağlık hizmeti sunanların bunun için hasta beklediği bir sistemde mümkün olabilecektir. Sınırlı sayıda kişinin sağlık güvencesini üstlenen özel sigorta kuruluşlarının, hizmet sunucular arasında ayırım yaparak bir kısmını dışlaması her zaman mümkündür. Ancak bütün bir toplumu şemsiyesi altına alan sosyal bir sağlık sigortacılığının sorumluluğu ile kıyaslandığında çok kolay olmayacağı görülecektir.

## 6. Bütçe kısıtlılığı:

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi ödeme yöntemi kullanılırsa kullanılsın, ayrılan bütçenin büyüklüğü sistemin ana çatısını oluşturmaktadır. Bütçe oluşturulurken yukarıda belirtilen temel prensipler göz ardı edilirse, ortaya çıkan sorunları ödeme yöntemleri ile ilişkilendirmek doğru bir yaklaşım olmaz. Eğer sağlık hizmeti sunan hemşire, doktor veya kurumlardan beklenen hizmetin belirlenen fiyatı, gerçekçi bir şekilde o hizmetin maliyetini karşılamazsa doğal olarak hizmet kayması olacaktır. Yani aynı hasta daha karşılanabilir maliyetli tanı ve tedavi uygulamalarına doğru yönlendirilecektir. Ya da tıbbi gereklilik kaçınılmaz ise, hizmet sunucu, açığı kapatacak yöntem arayışına girmek zorunda kalacaktır. Her iki durumda da, kaliteden, verimli hizmetten bahsetmek söz konusu değildir. Eğer bu tür sapmalar sağlık hizmet çıktısına olumsuz olarak yansarsa, sağlık harcamasındaki kısıtlama ironik bir şekilde sağlık harcamasının artışı ile sonuçlanabilir.

Sağlıkta, ödemenin, sistemi yöneten önemli kontrol düğmelerinden bir olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinde geri ödeme, sistemi kontrol eden önemli bir kontrol düğmesidir (13). Bu kontrol düğmesi, sistemin performansını yönetebilecek önemli bir araçtır. Özellikle ihtiyaç duyulan hizmet alanları, sağlık teşvikleri, koruyucu sağlık uygulamaları bu kontrol düğmesi ile cazip hale getirilerek hizmet sunucuları yönlendirilebilir. Bütçenin bilinçsiz kısılması veya dengesiz ödeme tarifelerinin uygulanması, sağlık hizmetlerini kontrol edilebilir ve yönetilebilir olaktan çıkarır.

Performansa dayalı ödeme sistemleri, bütçe kısıtlılığı açısından dirençle karşılaşmaktadır. Ortaya konan performans ölçütleri motivasyonu artıracak, tereddütleri giderecek gücü taşımazsa, politik olarak sistemi uygulamak zor olacaktır. Düşük kaliteli hizmet üreten performansı düşük kişi veya kurumlara ödeme kısılarak kısmen cezalandırma uygulamasının, sağlık harcamalarındaki yükü kısmen hafifle-

teceği düşünülebilir. Ancak bu durumda kuruma ayrılan bütçenin kısıtlılığının etkin güç olarak ortaya çıkması, o kurumdaki performans geliştirme sistemlerini baltalayacaktır. Bütçeye gelen yük ne oranda olursa olsun, bütçe sınırlamasının gücü yüksek performansla verilecek ödülün büyüklüğünü etkisiz hale getirecek düzeye ulaştığında sistem beklenen yararı sağlamayacaktır.

Sağlık harcamaları ile performans arasında tanımlanabilecek ilişkinin birkaç alternatifi vardır (13). Birinci alternatif, tasarrufu ön planda tutar. Sağlık hizmetlerinin geldiği noktada sonucu ne olursa olsun masraflar düşürülmelidir. Bunun için performansın düşük olması tercih edilir.

İkinci alternatif bu kadar acımasız değildir. Burada da sonuca çok önem verilmez ama düşük performans bir tercih de değildir. Sonuca bakılmaksızın mümkün olduğunca tasarruf hedeflenebilir. Bu ilk iki alternatif, genellikle ekonomik dar boğazda olan ülkelerde ekonomiyi düzeltme sorumluluğu üstlenmiş maliyecilerin yaklaşımıdır.

Üçüncü alternatif, hem performansı yükseltmek, hem de masrafları azaltmak için verimlilik yollarının aranmasıdır. Yani ekonomik kaygı ile sağlıkta performansın eşit ağırlıkta olmasıdır.

Dördüncü alternatifte göre ise mevcut bütçe sınırlarında performansı olabilecek maksimum düzeye getirmek istenmektedir. Yani bütçe sınırlılığı bir olgu olarak ortada durmakla birlikte sağlıkta performansı artırma hedefi ön plandadır. Bu iki alternatif ilişki, sağlık politikası yapımcıları ile sağlık ekonomistlerinin birlikte sınırlı ülke gerçeklerine rağmen sağlığı daha ileriye götürebilme uğraşında öne çıkan yaklaşımlardır.

Beşinci alternatif olarak ekonomik kaygı bir yana bırakılır ve performansı artırmak için belirlenenenden daha fazla harcama yapmaya razı olunabilir. Bu durum, sağlığı tamamen ön plana alan, önceleyen, bunun için bir bedel ödemek gerekiyorsa bunu üstlenmeyi göze alan bir yaklaşımı gösterir.

Bu alternatiflerden tercih edilen ya da edilenler, sistemin kaderi ile yakından ilgilidir. Unutulmamalıdır ki, sağlık harcamalarındaki aşırı tasarruf, bizzat "sağlığın tasarrufuna" yol açarsa, ödenmesi zor olan ağır bedeller karşımıza çıkabilir.

## Kaynaklar

1) Ergin G. Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2009.

2) Şimşir I. Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2009.

3) Gazi A. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2006.

4) Taşkaya S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

5) Görgün H. Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerindeki Etkileri. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale 2009.

6) Memiş G. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesinde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 2010.

7) Bostan S. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Programı, Doktora Tezi, Trabzon 2009.

8) Aydın S, Demir M: Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2. Basım, 2007

9) Aydın S: Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Anlayışına Geçiş. In: Ateş H, Kırılmaz H, Aydın S (editörler): Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi, s.252-77, Asil Yayınları, 2007

10) Chang Hong-Jen: Taiwan's National Health Insurance: Current Development and Performance, paper presented at the 10th Anniversary of the National Health Insurance International Symposium, Taipei, Taiwan

11) May Tsung-Mei Cheng: Quality of Health Care in Taiwan in the 21st Century: Challenges and Opportunities. International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Quality National Health Insurance. March 18-19, 2005, Taipei, Taiwan

12) Reinhardt UE: Paying the Providers of Health Care: Rewarding Superior Quality, International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Quality National Health Insurance, March 18-19, 2005. Taipei, Taiwan

13) Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR: Getting Health Reform Right (Draft), October 2001