

Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Dünyada, ilk uygarlıklardan bu yana her zaman sağlık hizmetleri var olmuştur. Uygarlıkların yükselip toplulukların ve devletlerin ortaya çıkışında da sağlık hizmetlerinin de sistemli bir şekilde dönüştürülmesi çabaları olagelmıştır. Son birkaç yüzyılda hekim ve hemşire odaklı yürüyen hizmetlerin 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren değişim geçirerek sektörler arası ve meslekler arası bir boyut kazandığı görülmektedir.

Hizmetlerin sunumundaki bu değişim ihtiyacı aynı zamanda hizmetlerin finansmanı ile ilgili değişimleri de getirmiştir. Endüstri devriminden sonra sosyal sınıf ayrımları değişmiş, buna bağlı

ihtiyaçlar ve çözümler ortaya çıkmıştır. Sosyal sigorta yaklaşımı buna örnek gösterilebilir. Önceleri sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sistemler; vergilerden toplanan gelirlerle finansman ve sosyal sigorta anlayışıyla toplanan primlerden elde edilen gelirlerle finansman yaklaşımı olarak kabaca 2 sınıfa ayrılabilirken, bugün bu ayrımlardan daha ayrıntılı incelemelerle sağlık finansman sistemlerini incelemek gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında 4 yol vardır:

- Vergi gelirlerinden hükümet bütçesi
- Sosyal sigorta
- Özel aktüeryal sigorta

- Hastanın cepten ödemesi

Dördüncü yol hariç, diğer 3 yolun hepsi risk paylaşımı yaklaşımı ile bir çeşit sigorta mantığı barındırmaktadır. Kişiler veya gruplar, sağlık sisteminden yararlanmaya ihtiyaç duymadığı zamanlarda katkı yapmakta ve bu katkılar nedeniyle, ihtiyaç (hastalanma, yaralanma, çocuğunun aşılama, hamile kalınması vb.) zamanında hizmetler ya ücretsiz ya da maliyetinin altında sunulmaktadır. Hastalık durumunun riskinden korunmak için bir önlem alma söz konusudur. Yüksek risk taşıyanlar ve düşük gelirli olanlar bir ölçüye kadar yüksek gelirli ve düşük riskli tarafından desteklenmekte, böylelikle sağlık hizmeti finansman sistemlerinde karşılıklı dayanışma sergilenmiş olmaktadır.





Vergi gelirlerinden bütçe ile finansman hükümetin genel bütçesinden sağlığa ayırdığı payın dağıtılarak harcanması anlamına gelmektedir. Genel vergilerin yanında sağlığa özel vergiler (milli piyangodan, sigara ve alkolden vb.) de söz konusu olabilir ve bu durumda toplanacak paranın nereye kaynak olarak aktarılacağı önceden belirlidir.

Sosyal sigorta sistemlerinde gelirler bordrolara dayandırılır. Hem işverenden hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler, üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Sosyal sigorta mantığında kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise ihtiyaca göre belirlenmeye çalışılmaktadır.

Özel aktüeryal sigorta ise riske dayanırlıdır. Kişiler taşıdıkları sağlık riskleri ölçüsünde prim öderler. Yüksek risklilerden yüksek, düşük risklilerden düşük prim alınır. Böylece sosyal dayanışma özelliği minimuma indirilip, ödemeler ve kullanım mümkün olduğunca bireyselleştirilmektedir.

Hükümetlerin rolü ve ülkelerin kaynakları

Hükümetler görevleri ve sorumlulukları gereği sağlık alanından hiçbir zaman çekilemezler. Sağlıkla ilgili politikaları ortaya koymak, hizmetlerin sunumuyla ilgili ilke ve kuralları belirlemek, hedeflenen hizmet düzeyi için kaynakları öngörmek ve karşılamak, hedeflenenler doğrultusunda hizmetlerin sunulduğundan ve finansmanın doğru şekilde akışından sorumlu olarak izleme ve değerlendirme yapmak her zaman hükümetlerin görevidir. Sağlık hizmetlerinin tamamen pazar ekonomisi dinamiklerine bırakılmasının hiçbir zaman mümkün olmadığı birçok yazar tarafından vurgulanmaktadır.

Bir ülkede sağlık hizmetleri harcamaları ülkenin gelirleri ile sınırlıdır. Bundan başka bir ülkede var olan kaynakları harekete geçirip kullanabilmekle ilgili sorunlar da kısıtlılığı artırmış olabilir. Ülkelerin finansmanını teorik olarak karşılayabileceği sağlık hizmet düzeyi ile gerçekte finanse edebildiği düzey birbirinden farklı olabilir. Normand ve Weber bunun vergi toplamak ve özel sağlık sigortasıyla ilgili iki ana sebebe bağlı olabileceğini yazmaktadır:

1. Vergi koymak ve toplamakla ilgili politik kısıtlılıklar hükümetin sağlıkla ilgili bütçesinde kaynak kısıtlılığı oluşturur.

2. Özel sağlık sigortası nüfusun tamamını kapsamaktan çok uzak kalır. Özellikle yoksullar ve kronik sağlık bakım

hizmeti ihtiyacında olanlar özel sigorta mantığında sistem dışına itilme eğilimindedir.

Sosyal sigorta yaklaşımı bu iki duruma çözüm olabilecek seçenektir, ancak sosyal sigorta modelinin de dezavantajları bulunmaktadır.

Bu makalede, ülkelerin sağlık harcamaları için gelirlerini ne şekilde elde ettiklerinden çok, elde edilmiş gelir ne şekilde olursa olsun sağlık hizmet sunucuları ve kullanıcıları açısından ödeme modellerinin etkileri üstüne yoğunlaşmak amaçlanmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda görülen aksaklıkların hizmetin finansmanı ile yakın ilişkisi iyi anlaşılmalıdır. Birçok sağlık bakım hizmeti sorununda ödeme mekanizmalarında bir değişiklik yapmadan çözüm üretilemeyeceği bilinmektedir. Diğer yandan toplumların sağlık bilincinde oluşan değişimler ülke sistemlerinde sağlık hizmetleri sorunlarına bir çözüm bulunması konusunda büyük baskı oluşturmaktadır. En zengin ülkeler bile sağlık harcamalarında oluşan baş döndürücü artışa bakarak, kaynakların 20 - 30 yıl sonra yetersiz kalacağı endişesine kapılmış durumdadır.

Sağlık hizmetlerinin harcama düzeyi her ülkede genel enflasyon hızından çok daha yüksek bir artış göstermektedir. Genel enflasyon hızının üzerine eklenen bu artışa sağlık hizmetlerine özgü enflasyon hızı diyebilir ve nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Demografik: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Bundan 100 yıl önce beklenen ömür, dünyanın ancak sayılı ülkesinde 50'nin üzerinde iken bugün bu ortalamalar gelişmiş ülkeler için 80'i; orta düzeyde gelişmiş ülkeler için 70'i; gelişmekte olan ülkeler için 50'yi aşmıştır. Yaş, insan sağlığı için en önemli etki yaratan faktördür. İnsan sağlığı yaşlandıkça aşınmakta ve bir olumsuzluk durumunda kendini toparlama gücü giderek azalmaktadır.

2. Epidemiyolojik: Ülkelerin ölüm ve hastalık ile ilgili görüntüleri değişmiştir. Eskiden olsa ölümler sonuçlanacak birçok vaka yeni bilgi, kuruluş ve teknolojilerle yaşatılmakta ancak bu başarının mali bedeli yüksek olmaktadır. Ülkelerin on yıllar önce yalnızca bulaşıcı hastalıklar, kazalar, vb. ile çok büyük oranda bilinmeyen nedenlere bağlı olan (belki de hipertansiyon, diyabet, kanser, vb. altta yatan kronik nedenler ile) ölümler bugün bilinir, birçoğu önlenir, hastalık yerleşse bile kişiler hastalıkla beraber yaşatılabilir hale getirilmiştir.

3. Teknolojik: Sağlık alanında çalışan kişiler bilgiye ve beceriye daha kolay

Sağlık hizmetlerinin pazar ekonomisi dinamiklerine bırakılmasının hiçbir zaman mümkün olmadığı birçok yazarca vurgulanmaktadır. Bir ülkede sağlık hizmetleri harcamaları ülkenin gelirleri ile sınırlıdır. Ülkelerin finansmanını teorik olarak karşılayabileceği sağlık hizmet düzeyi ile gerçekte finanse edebildiği düzey birbirinden farklı olabilir.

ulaşabilmekte; yeni yeni uygulamalarla eskiden olsa müdahale etmeyi düşünmedikleri birçok vakaya el atmaktadır. Sağlık hizmetlerinde birçok yeni meslek ve uzmanlık alanı ortaya çıkmıştır. İleri teknoloji ürünü cihazların girişim olanaklarını çok genişletmesiyle birlikte bu işlemlerin maliyetleri hizmetlerin genel finansmanında önemli bir yükselişe sonuçlanmaktadır. Burada teknoloji terimi ile, bir ürünü ortaya koymada kullanılan insan kaynağı, uygulanan yöntem, prosedürler ve cihazların oluşturduğu genel bütün kastedilmektedir.

4. İletişim ve ulaşım olanakları: Tıbbi olanakların genişlemesinin yanı sıra talebi artıran önemli bir unsur olarak iletişim olanakları da sağlık hizmetlerinin kullanımını ve dolayısıyla maliyetlerini artıran bir rol oynamaktadır. Dünyanın bir ülkesinde görülen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve bununla ilgili talepleri yeniden şekillendirmektedir. Tam anlamıyla bir buluş olmasa bile medyada yer alan bir haber kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta, artan ulaşım olanaklarının da yardımıyla talep haline dönüşmektedir.

5. Felsefi: Sağlığın ve hastalığın kavram olarak algılanışında farklılaşma yaşanmaktadır. Önceleri 50 yaşını aşmış bir kişinin yaşlı bir kişi olarak köşesine çekilmesi beklenirken, 21. yüzyılda 80 yaşında kişilerin bile turizm, eğlence, kültür vb. etkinliklerden geri kalmaması



için çabalar görülmektedir. Sağlıkta meydana gelen her türlü kısıtlanma ve aşınmanın yok edilmesi veya en aza indirilmesi için hizmet arayışları doğmaktadır. Bu durum hizmetlerin kullanımını artıran bir unsurdur.

6. Sigorta uygulamasının yaygınlaşması: Sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaşması bireyleri fiyat-esnek hizmet kullanım anlayışından uzaklaştırmaktadır.

7. Üretkenlik (verimlilik – productivity) ile ilgili değişim: Ekonominin diğer alanlarına göre tıbbi hizmetlerin üretkenlik kazanımları daha düşüktür. Bu durum zamanla tıp hizmetlerinin fiyatının giderek yükselmesine yol açar. Talep esnek olmadığı için harcamalar artmaktadır.

8. Savunmacı tıp: Hukuki ve adli işlemlere karşı sağlık görevlilerinin kendisini tazminat açısından korumaya alması ve masrafları hizmet tutarlarına eklemesi, hizmetleri daha pahalı hale getirmektedir.

9. Gelir artışı: Sağlık hizmetleri kullanımı, her zaman kişilerin yeterince gelir elde ettiği durumlarda fiyatını ödemeye hazır olduğu hizmetler arasında sayılmaktadır.

İdeal Sistem

İdeal sistemde her şeyi çok iyi bilen ve asla kişisel çıkar gütmeyen yetenekli ve iyi bir yönetici için başındadır. Hangi kişiye ne ölçüde hangi kaynakları kullanarak en yüksek sağlık çıktısı elde edilecektir; her hastalık ve rahatsızlık için en ideal tedavi ve bakım yaklaşımı nedir, hangi kitlelerin ne gibi tıbbi hizmet ihtiyacı vardır; hangi yatırımları yapmak en verimli olacaktır gibi soruların cevabını ortaya açıkça koyabilen kişidir bu. İdeal yönetici aynı zamanda her bir hizmet tüketicisine (kullanıcısına) uygun bir düzeyde prim ödeme sistemini koyabilir ve prim miktarını hakkaniyetle belirleyebilir.

Ancak gerçekte bu sayılanları yapabilmek çok zordur ve belki de tam olarak mümkün değildir. Ülkelerin durmak bilmez çalışmaları ideal sisteme en yakınına erişebilmek uğrunadır. Neyin ideal sisteme en yakın olduğunu belirlemek çabaları "Sağlık Yönetimi" ve "Sağlık Ekonomisi" alanlarını doğurmuştur.

Ülkelerin ideal sistem ve yönetici gibi bir lüksü olmadığı için sistemler oluşturulmakta, yaşanan sıkıntılar incelemeye alınarak yeni çözümler üretilmekte ve

sistemde değişiklikler yapılmaktadır. Bu çabalar sonsuza kadar sürecektir ve genellikle birden çok modelin karması şeklinde çözümler üzerinde durulmaktadır.

Sunuculara ödeme modeli önemli midir?

Sunuculara ödeme modeli, sağlık hizmetlerinin ne miktarda ve ne şekilde kullanılacağını belirleyen, bu konuda hastasının yetkisini devralan kişilerin (ve kuruluşların) davranışlarını belirlemek açısından birinci derecede önemlidir. Ödeme mekanizmalarının verimlilik, kalite, harcamalar ve hizmete erişim üzerine büyük etkisi vardır. Harvard School of Public Health Profesörlerinden Marc Roberts'in sözü gerçeği yalın ama net olarak ortaya koymaktadır: "Neyin ödemesini yaparsanız onu alırsınız".

Ekonomistler ve hekimler ödeme yönteminin sağlık hizmetinin sunulmasını ve kullanımını ne ölçüde etkilediği konusunda büyük bir anlaşmazlık içindedir. Ekonomistler ödeme mekanizmalarının hastaları adına hizmetin ne ölçüde kullanılacağı kararını verme yetkisini elinde bulunduran hekimlerin tutum ve davranışları üzerinde çok etkili olduğunu savunur. Aynı şekilde hastane işletmecileri de ödeme mekanizmalarına göre gelirini en üst düzeye çıkaracak yöntemlerin yollarını arar. Kısaca sağlık hizmeti sunucuları da akılcı işletmeciler gibi iktisadi davranır. Tıbbi taraf buna karşı çıkarken; Hipokrat yemini, tıbbi etik öğretisi, vicdani tutum vb. ilke ve öğretilerin mesleki uygulamalarda iktisadi yaklaşımın önüne geçtiğini savunmaktadır. Burada sağlık hizmet sunucuları sözünüyle özellikle hekimler olmak üzere bütün sağlık profesyonelleri yanında sağlık hizmetini sunan kurum veya kuruluşlardır.

Bir ülkede sağlık hizmetleri ister kamu ister özel sektör ağırlıklı veriliyor olsun, sunuculara ödeme modellerinin etki dinamikleri benzer şekilde işlemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi yaklaşımıyla konuyu ele alırken ödeme modellerini incelemek hayati önem taşır. Aşağıda özetlenen bilgilerin ayrıntısına ulaşmak için 7, 9 ve 10 numaralı kaynaklara başvurulması önerilir.

Ödeme yöntemlerini değerlendirme kriterleri:

- Sunulan hizmetin kalitesine etkisi
- Maliyet azaltmaya etkisi (ülke çapında sağlık harcamalarını azaltma etkisi)
- Yönetim giderleri (idare, izleme, güçlendirme vb.)
- Teknik verimliliğe ve tahsisat verimliliğine etkisi

- Hakkaniyete etkisi

ÖDEME MEKANİZMALARI

Sağlık profesyonellerine ödeme mekanizmaları:

- Hizmet başına
- Maaş
- Kişi başına
- Hedef ödemeleri (bonus)
- Karma ödeme sistemleri
- Maaş + bonus
- Maaş + hizmet başına

Sağlık hizmet kuruluşlarına ödeme mekanizmaları

- Hizmet başına
- Vakaya dayalı ödemeler (mesela DRG)
- Günlük hesap ya da gün başına
- Blok kontratlar
- Maliyet ve hacim kontratları
- Kişi başına (capitation)
- Tahsisli bütçeler

MAAŞ YÖNTEMİ

Ne miktar iş yaptığından bağımsız olarak önceden belirlenen saat ve koşullarda, önceden belirlenen ücretin ödenmesine maaş yöntemi denir. Genel olarak her düzeydeki sağlık görevlilerine uygun bir yöntem olarak kabul görmektedir. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

Avantajlar

- Gereksiz hizmet üretirmek için çaba yaratmaz.
- Sağlık görevlilerinin adaletsiz dağılımını dengelemede kullanılabilir.
- Hekimler kendi kararlarını verirken bu yöntemi rahat sayarlar.
- Oynak değildir, harcamayı önceden bilirsiniz.
- Yönetim maliyetleri düşüktür.
- Az streslidir, bazı hekimlerde iş tatmininin artırıcı etkisi görülmektedir (gelir, çalışma saatleri).

Dezavantajlar:

- Daha yüksek kalitede hizmet üretmeye teşvik etmez.
- Tanımlanan işi üretmek için bile teşvik





edici değildir.

- Daha çok iş yüküne talip olmaya teşvik edici değildir.
- Verimliliği artırmaya teşvik edici değildir.
- Kendisinin değil başkalarının hizmetini kullanılmaya istek doğurur.
- Yüksek sevk oranları
- Reçete yazma
- Hekim hasta ilişkilerini minimuma indirir.
- Daha az riskli hastaları seçmeye çalışan kişiler oluşur.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hastanın yalnızca kendisine yararlı olan hizmetleri alma olasılığı artar. Gereksiz müdahaleler ve hizmetin körüklenmesi olasılığı azalır.
- İş güvencesi ve gelir tutarlılığı sağlık çalışanlarını sürekli iş değiştirmekten alıkoyar
- Hastalar hizmet almaya gidince önüne kullanım bariyerleri dikilmez.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Hekimden istediği ilgiyi görmeyebilir.
- Maaşa karşılık gelecek mesai saatleri erişimin kısıtlılığını oluşturur.
- Hekimler optimalden daha az hasta bakmaya meyledebilir.
- Hizmet kalitesi istenilenden düşük kalabilir.

KİŞİ BAŞINA ÖDEME

Belirli bir zaman diliminde kaç kişinin başvurduğuna ve ne gibi hizmet ürettiğine bakılmaksızın bu sisteme alınan kişi başına (nüfusa göre) belirli bir fiyatın ödendiği mekanizmadır. Bir ödeme biçimi olduğu gibi kaynak ayırma yöntemidir de. Belirli bir hizmet paketinin yerel yöneticilerce hazırlanıp bunun kapsanacak nüfusa genellenmesinde kullanılır. Amerika Birleşik Devletleri'nde HMO, PPO, MCO gibi finansman mekanizmalarının tipik ödeme modelidir. Avrupa'da ise yerel kuruluşlara kaynak ayırmada (İngiltere, İspanya), Temel Sağlık Hizmetleri'nde (İngiltere, Macaristan) kullanılmaktadır. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

Avantajlar

- Maaşa göre daha yüksek ama hizmet başına ödemeye göre daha düşük maliyet oluşur.
- Hizmet başına ödemeye göre sağlık görevlilerinin daha dengeli dağılımı söz konusudur.
- Maliyet-etkili olmayan ilaç ve tıbbi cihaz yazılmasını en aza indirir.
- Hekimler finansal maliyetleri azaltmaya büyük özen gösterir.
- Hekimler hizmet epizodunun bütününe verimli yapmaya çok isteklidir.
- Hastaları kabul etmeye ve elde tutmaya meyleder.
- Risk havuzu oluşturur ve kötü durumda olanlar arada eritilir.

Dezavantajlar

- Hekimler göreceli olarak daha iyi durumda olan hastalara talip olur ve komplikasyon ihtimali olan hastalardan uzak kalmaya çalışır.
- Hekimler veya kuruluşlar hastalara sunduğu hizmetin miktarını en aza indirerek faaliyet giderlerini en azda tutmak ister.
- Hekimler veya kuruluşlar yüksek kalite hizmetleri sınırlandırmak ister çünkü kalitenin yükselmesinin ek maliyetleri olur.
- Hekimler sağlık hizmet sistemi içinde kendi kuruluşlarının bir üst kuruluşuna hastaları sevk etme eğilimine girer.

Cazip hizmetlerin fazlaca verilmesi, gerekli ama pahalı hizmetlerin gereğinden az verilmesi eğilimi doğar.

- Erişim zorlukları ve uzayan bekleme süreleri belirir.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Birçok kişi başına ödeme sisteminde hastalar genellikle birçok hizmeti aynı hekimden alır.
- Bu hem rahat hem de hasta hekim ilişkisinin kuvvetli olduğu bir ortam oluşturur.
- Hasta yalnızca gerekli olan hizmetleri alacağı bir denge ortamında hizmet almaktadır.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Daha fazla ve daha karmaşık hizmet ihtiyacı içindeki hastalar bundan mahrum kalabilir.
- Hastalar ihtiyaç duyduğu miktardan

daha az hizmet alabilir.

- Birçok kişi başına ödeme modelinde hastanın hekimini istediği zaman değiştirmesi mümkün olmaz.

HİZMET BAŞINA ÖDEME

Bu sistemde sunulan hizmetin tür ve miktarına göre ödeme yapılır ve fatura esas alınır. Her hizmetin belirli veya değişken bir fiyatı vardır. Hizmeti sunan ve ödemeyi yapan her tür ve miktar için bir fiyatta uzlaşmıştır ve bu fiyatlar belirli aralıklarla gözden geçirilir. Değişken fiyatta hizmet sunucu herkese verdiği fiyat tarifesi üzerinden faturasını keser. İzleme maliyetleri yüksektir. Hükümetler ve ödeme kuruluşları bir takım önlemlerle başvuruları kontrol altına almaya çalışır. Bunun en tipik örnekleri arasında kullanıcı katkısı ile maliyet paylaşımı ve hizmetin kullanılmasında ödemeye üst sınır getirilmesi sayılabilir. Ödemenin zamanlaması geriye dönüktür.

Avantajlar

- Hekimler bu sistemde hizmetin hem üretimini hem de kalitesini artırmak ister.

Dezavantajlar

- Hekimler gereğinden çok hizmet üretme eğilimine girer .
- Bu durum sağlık hizmeti harcamalarını artırır.
- Hekimler veya kuruluşlar talebi körükleme eğilimine girer (supplier induced demand).

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hastanın optimal düzeyde ve kalitede hizmet alma olasılığı yüksektir.
- Karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların bunlara erişimi kolaydır.
- Diğer sistemlere göre hastanın hekimini seçme ve değiştirme fırsatı vardır.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Her zaman hizmetin fazladan kullanılması ve gereksiz müdahalelere maruz kalma ihtimali vardır ve bu en büyük risktir. Bu fenomen, "sunucunun kabarttığı talep (supplier induced demand)" olarak bilinir.

VAKA BAZLI GERİ ÖDEME

Bu yöntemde hekim ve diğer personele hastalık vakasının önceden belirlenmiş tüm hizmetlerini ve epizodunu kapsayacak masrafları ödenir. Ödenecek miktar vaka için üzerinde anlaşılmış bir hizmet protokolü baz alınarak hesaplanır. Tanı ilişkili gruplar (DRG – diagno-

sis related groups), yaş ilişkili gruplar vb. uygulamaları mevcuttur.

Yönetimi

Vaka bazlı geri ödeme sisteminin bilgi yönetim sistemi ve muhasebe sistemi pahalıdır. Tanıların değişik raporlanması en büyük farklılıktır:

- Yönetim enformasyonu,
- Maliyet muhasebesi,
- Finans akışının gösterilmesi,
- Maliyet azaltılması unsurları hastaların sağlık durumu, kalite, erişim veya kaynak kullanımındaki farklı yaklaşımlara bağlı olabilir.
- Hekimlerin istenmeyen teşviklerini önlemek üzere yönetimler bazı önlemler geliştirmiştir.
- Kategori sayısı "yönetilebilir" olmalıdır. Bunun optimal sayısı nedir denirse cevabı yoktur. Eldeki enformasyon sistemine göre, muhasebe becerilerine göre, genel anlamda veri toplama ve yönetme kapasitesine göre bu sayı değişebilir.
- Her kategori göreceli olarak homojen olmalıdır. Böylece kategori içinde maliyeti en düşük olanına hekimin sürekli tanı koymaya çalışması bir sorun yaratmamalıdır.

Avantajlar

- Hekimler maliyetleri azaltma yönünde güçlü bir etki altına girer.

Dezavantajlar

- Hekimler tanı koyarken ücreti yüksek olan kategorileri seçmeye çalışır.
- Hekimler daha az masraf açacak hastaları ele almaya uğraşır.
- Hekimler hizmet kantitesini ve kalitesini düşük tutmaya çalışır, çünkü ödeme tedaviyi göz önüne almaz, tanıyı göz önüne alır.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hasta yalnızca kendisine gereken tedaviyi ve uygulamaları almış olur, gereksiz müdahalelere maruz kalmaz.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Daha karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere hastanın erişimi kısıtlanır.
- Hastaların optimal hizmetten daha az hizmet alması olasılığı artar.

Karma sistemler

Birden çok yöntemin aynı anda kullanıldığı sağlık sistemleri karma ödeme sistemi olarak adlandırılır. Verimlilik, etkililik

ve hakkaniyeti sağlamak üzere birçok ülke yukarıda sayılan ödeme sistemlerinin karmalarını denemiştir. Karma sistemde mantık avantajı en çok istenen ve dezavantajlarına karşı önlem alınabilen bir ödeme modeli bulmaktır. Karma model başarılı olursa her yöntemin en avantajlı halini yakalar, tersi durumda hepsinin en kötü olma ihtimali vardır. Sözcüğü maaş ile hizmet başına ödemenin bir karması şimdilerde performans dayalı ödeme adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılmaktadır.

Başka ülkelerden karma sistem örnekleri:

- Kişi başına, maaş ve hizmet başına: İngiltere
- Kişi başına ve hizmet başına: Avusturya, Danimarka, İzlanda (sağlık ocakları hariç), Polonya (Suwalki hekim kontratları).
- Kişi başına ve maaş: İsrail, İspanya
- Maaş ve hizmet başına: İzlanda (sadece sağlık ocakları)
- Kişi başına ve vaka bazlı: Norveç

SONUÇ

Bir ülkede sağlık hizmeti sunanlara ödeme modeli belirlenirken sağlık hizmeti sunum sisteminin ne şekilde örgütlendiği iyice incelenmelidir. Sunum ve ödemenin örgütlenişi birbirine iyi uyumlandırılmalıdır. Birçok ülke deneyiminden elde edilmiş bazı genel geçer sonuçlar vardır. Sözcüğü:

- Hizmet başına ödeme sağlık harcamalarında büyük artışa neden olur.
- Maaş-artı-bonus metodu sadece maaş sisteminden iyidir. Bu özellikle uzman hekimlerde çok işe yarar.
- Temel sağlık hizmetlerinde kişi başına ödeme önerilen yoldur.
- Yüksek ve orta gelirli ülkeler için, başvuru başına ödeme ve sadeleştirilmiş DRG ödemesi hastanelere teşvik edici olabilir ama yönetim güçlükleri de vardır.
- Düşük gelirli ülkelerdeki hastaneler için global bütçe tercih edilebilir, çünkü bu modelde fazla yönetim güçlüğü yoktur.

Her ödeme sisteminin hükümet, ödeme kuruluşu, hizmet sunan kuruluş, hekim ve diğer sağlık görevlileri, hastalar açısından farklı görünüşü vardır. Her ödeme sisteminin avantaj ve dezavantajları sayılan taraflar için farklı şekildedir.

Bir ülkede hangi ödeme sisteminin seçileceğine karar verilirken;

- Sağlık yönetim sisteminin hazırlıklı ol-

Ülkelerin ideal sistem ve yönetici gibi bir lüksü olmadığı için sistemler oluşturulmakta, yaşanan sıkıntılar incelemeye alınarak yeni çözümler üretilmekte ve sistemde değişiklikler yapılmaktadır.

masını,

- Kurumsal destek durumunu,
- Gelişmeyi ve ilerlemeyi,
- Yönetim bilgi sistemlerinin bulunabilirliğini,
- Diğer reform bileşenlerinin durumunu,
- Ekonominin diğer alanlarındaki reform hareketlerini,
- Hükümetin sağlık hizmetlerindeki kısa ve uzun dönemli hedeflerini dikkate almalıdır.

Kaynaklar

Charles Normand, and Axel Weber. "Social Health Insurance", WHO, International Labour Office, 1994.

Charles Normand. Economics, Health and the Economics of Health. BMJ. Vol. 303, 1572-1577, 1991.

Alistair Mc. Guire, J. Henderson, Gavin Money. The Economics of Health Care, Routledge, London, 1992.

WHO. 2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva: 2000.

Marc J. Roberts. William Hsiao. Peter Berman and Michael R. Reich. Getting Health Reform Right: Oxford University. Press. 2002.

OECD. 2002. OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of Thirty Countries. Paris, France: OECD, 2002.

Howard Barnum, Joseph Kutzin and Hele Saxenian (1995): "Incentives and Provider Payment Methods", International Journal of Health Planning and Management, Vol. 10:23-45.

Marc Roberts, Sağlık Bakanlığı Flagship Eğitimi Notları, Bolu 2006.

Finn Diderichsen, Resource Allocation for Health Equity, Issues and Method: World Bank, 2004.

Hulki Uz, Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği, (Ed: Osman Hayran, Haydar Sur) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 1997.