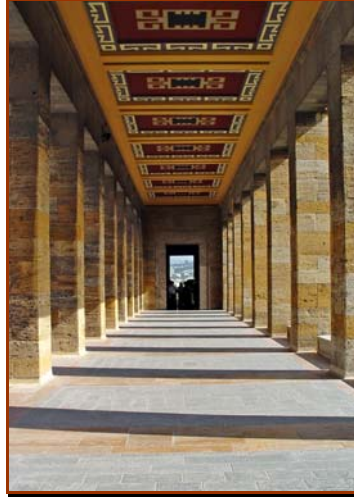




HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YAPISININ GÜÇLENDİRİLMESİ VE
YENİDEN YAPILANDIRILMASI İÇİN ALTYAPI GELİŞTİRİLMESİ
PROJESİ**

**DRG'lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme
Modellerine Geçiş Planlaması (D.B.7.1)**



Australian Government
Health Insurance Commission



İÇİNDEKİLER

Sözlük	4
1 . Kapsam ve Bağlam.....	9
1.1 Kapsam	9
1.2 Bağlam	9
2. Sağlık Finansman Stratejisi	12
2.1 Sağlık Finansman Çerçevesi	12
2.1.1 Sigortalılık ihtiyacı.....	12
2.1.2 Genel sigorta ve sosyal havuz.....	13
2.1.3 Devlet tarafından işletilen sigorta.....	13
2.1.4 Sosyal havuza yapılan katkılar	14
2.1.5 Sosyal sağlık sigortası kapsamındaki teminatlar	15
2.1.5 İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası.....	16
2.2 Sağlık Harcamalarının Etkililik Yönetimi	19
2.2.1 Sağlığa yönelik kamu harcamasının belirlenmesi.....	19
2.2.2 İhtiyaçlara dayalı ödeme.....	20
2.2.3 Sevk sistemi.....	20
2.2.4 Kullanımın idaresi	21
2.2.5 Eş ödemeler.....	22
2.3 Sağlık hizmeti bilgi sistemleri.....	24
2.3.1 Optimum dış raporlama gereklilikleri	24
2.3.2 Hasta bakımın bir yan ürünü olarak yönetim bilgileri	24
2.3.3 Düşük maliyetli, doğru klinik kodlama	25
2.3.4 Hasar bilgilerinin etkili kullanımı.....	25
2.4 Halkın ve Tüketicinin Katılımı	26
2.5 Sağlık hizmeti yönetimi süreci ve planlama	26
2.6. Sağlık Finansman Stratejisine ilişkin Öneriler.....	27
3. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Ödeme Yapılmasına İlişkin Esaslar	29
3.1 Çıktıların Sınıflandırılması	29
1. büyük çıktı grubu: Halk sağlığı hizmetleri.....	29
2. büyük çıktı grubu: Hastane dışı kişisel sağlık hizmetleri	29
3. büyük çıktı grubu: Hastanede sunulan ayakta tedavi.....	31
4. büyük çıktı grubu: Hastanede sunulan yataklı hasta hizmetleri	31
5. büyük çıktı grubu: Üçüncü basamak sağlık hizmetleri	32
3.2 Sağlık hizmeti çıktılarının maliyetlendirilmesi	33
3.2.1 Standart maliyetlendirme	33
3.2.2 Ortalama fiili maliyetler	34
3.2.3 Piyasada belirlenen fiyatlar.....	34
3.2.4 Ürün maliyeti etütleri	34
3.3 Hizmet sunucuya ödeme yapılması.....	35
3.3.1 Ödeme ve masrafların geri ödenmesi.....	35
3.3.2 Hizmetlerin hesaplanması – epizodik veya zamana dayalı	36
3.3.3 Çıktıya dayalı ödeme	36
3.3.4 Hizmet ‘demetleri’ için ödeme.....	36
3.3.5 Belirli sağlık hizmeti ürünleri ile ilgili ödemeler.....	37
3.3.6 Daha komplike yataklı hastalar için adil ödeme.....	38
3.3.7 Koordineli hizmetin özendirilmesi	38
3.3.8 İyi sonuçların ödüllendirilmesi.....	39
3.3.9 Sağlık işgücü teşvikleri	39
3.4 Seçici sözleşme ve mülkiyet.....	39
3.4.1 Hizmet sunucunun performansı	40

3.4.2	Toplum yararına dayalı rekabet	40
3.4.3	Hizmet sunucu kuruluşlarda uzmanlaşma	41
3.4.4	Sigortacının tercihi, hastanın tercihi	41
3.5	Bakım kalitesinin desteklenmesi	42
3.5.1	Periyodik örneklem denetimi	42
3.5.2	İleriye dönük olarak tanımlanan bakım yöntemleri	43
3.6	Hizmet Sunucuya Ödeme Yapılmasının Genel Yönlerine İlişkin Öneriler	43
4.	Sağlık Hizmeti Satın Alma Yöntemleri	45
4.1	Genel Satın Alma Yaklaşımları	45
4.1.1	Satın Alma Hedefleri	45
4.1.2	Birinci basamak sağlık (genel tıp hekimliği) hizmetleri	47
4.1.3	Yatan hasta akut bakım için vaka bileşimi	49
4.2	Hastane Bakımının Satın Alınması	51
4.2.1	Yönlendirici ilkeler ve sistemin bütünü yaklaşımı	51
4.2.2	Ödeme ve Ödeme Modelleri	51
4.2.3	Sağlık hizmeti satın alma seçenekleri	54
4.2.4	Ödeme ve Bütçeleme Sistemi	56
	Sağlık Hizmeti Satın Almaya İlişkin Öneriler	58
5.	Türkiye için Hastane Finansman Politikası	59
5.1	Reform Süreci	59
5.2	Tasarım İlkeleri	60
5.2.1	Hizmet NEREDE sunulmalıdır?	60
5.2.2	HANGİ hastalar bakım hizmeti almalıdır?	63
5.2.3	Hastalar ne tür bir bakım hizmeti almalıdır?	64
5.2.4	Hizmet NE ZAMAN sunulmalıdır?	66
5.2.5	Hizmetin fiyatı NE KADAR olmalıdır?	68
5.3	Ödeme sisteminin uygulanmasına ilişkin konuların özeti	73

Sözlük

Türkçe	Tanımı
Akut bakım	Acil ve ciddi risk taşıyan bir sağlık durumuna yönelik olarak sunulan kısa süreli bakım.
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System (Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirme Sistemi) - kritik bakım gerektiren hastaların hastalığının ciddiyetini değerlendirmek için kullanılan prognostik puanlama sistemleri
Kişi başına ödeme (Capitation)	Sağlık hizmeti sunucusuna, hizmeti sunduğu her bir kişi için ödeme yapılan bir ödeme yöntemi. Bu ödemenin tutarı genelde zamana dayalı olarak belirlenir (örneğin, hizmet sunulan yıl başına önceden belirlenen bir ödeme tutarı). Ayrıca bkz. ihtiyaca dayalı ödeme.
Vaka başına ödeme	Genelde, ödeme oranlarının, tedavinin bütün epizotlarını kapsayacak şekilde önceden belirlendiği bir ödeme sistemini açıklamak için kullanılan bir terim. Bu yaklaşımla yüksek birleştirme düzeyleri elde edilmesi amaçlanır. Vaka başına ödeme olarak da adlandırılır.
Vaka Bileşimi (Casemiks)	Hasta bakımı epizotlarını sınıflandırmak ve bu sınıflandırmaları kullanmak üzere bilimsel yöntemlerden yararlanılmasını içeren bir bilgi aracı. Yaygın kullanımıyla, bir hastanede veya bir başka sağlık merkezinde tedavi edilen benzer nitelikteki hastaların birleştirilmesi.
Vaka Bileşimine uyarlanmış	Bağdaşık bir hasta kategorisi ile ilgili kuralları kullanma.
Vaka bileşimi sınıflandırması	Sınıfların HEM klinik uyum bakımından HEM bir dizi genel konu açısından (maliyet, bakım kalitesi veya sonuç gibi) homojen olacak şekilde tasarlandığı klinik sınıflandırma.
Vaka bileşimine dayalı ödeme	Çıktıya dayalı ödeme ile benzer olan (bazı durumlarda ise aynı olan) bir ödeme yöntemi. Bu ödeme yönteminin kapsamına, ürünlerin vaka bileşimi sınıflandırmaları kullanılarak gruplara ayrıldığı sağlık hizmeti birimlerindeki sağlık hizmeti ürünleri için yapılan ödeme girer. Daha dar ifade edersek, bu ödeme yöntemi, vaka bileşimi sınıflandırmaları kullanılarak gruplara ayrılmadıklarından, öğretim ve araştırma gibi ürünleri dışarıda tutar. Hasta bakımının yanı sıra araştırma ve öğretimi kapsayan daha geniş bir terim, çıktıya dayalı ödeme yöntemidir.
Kronik bakım	Görece değişken olmayan, bir başka deyişle genellikle hemen kötüleşme riski taşımayan, bir sağlık durumuna yönelik olarak sunulan uzun süreli bakım.
Klinik yol	Belirli bir hasta türü için sunulacak normal bakım şablonunu tanımlayan, her bir hastaya sunulan fiili bakımı kaydetmekte kullanılan bir belge. Normal bakımdan sapmaların (değişikliklerin) bildirilmesini ve daha sonra analiz edilmesini gerektirir.
Eş ödeme	Genelde, hasta tarafından ödenen, fatura edilen tutar ile sigorta ödeneği arasındaki farkı gösteren bir tutar. Hırvatistan'da 'katılım ücreti' olarak kullanılmaktadır.
Rekabet	Tedarikçilerin mal ve hizmetleri satmak, alıcıların da bu mal ve

Tamamlayıcı sigorta	<p>hizmetleri almak için rekabet ettiği bir süreç.</p> <p>Zorunlu sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin dışındaki hizmetleri kapsayan sigorta. Örneğin, diş tedavileri bu sigorta kapsamında düşünülebilir (diş tedavilerinin zorunlu sigorta kapsamında olmadığı varsayılarak).</p>
Maliyet-fayda analizi	<p>Hem maliyet hem faydanın parasal olarak ifade edildiği bir ekonomik değerlendirme biçimi.</p>
Talep	<p>Talep, tüketicilerin almak istediği belirli bir malın (veya hizmetin) miktarıdır ve tüketicilerin bu mala yüklediği değeri gösterir. Belirli bir ürüne ilişkin talep seviyesi sıklıkla, söz konusu ürünün arz fiyatı üzerinden belirlenir.</p> <p>‘Talep fazlası’ ibaresi, cari fiyatlarla, arzdan büyük olan talebi ifade eder. Bunun aksine, ‘arz fazlası’ ise arzdan küçük olan talebi gösterir. Çoğu mal ve hizmet için, talep ile arz arasındaki dengesizlik, arz ve/veya fiyatın uyarlanması suretiyle giderilir.</p> <p>Sağlık hizmeti talebi gerçekte ‘sağlığa’ olan talepten elde edilmiş bir ‘türetilmiş talep’dir. Bir başka deyişle, kişiler sağlık hizmetlerini, ‘sağlığa’ yönelik bir talepleri oldukça talep ederler (bazı zamanlar bu hizmetler rahatsızlık veya acı verse bile).</p> <p>Ayrıca ‘ihtiyaç’ ile karşılaştırınız.</p>
Talep yönlü sağlık reformları	<p>Bunlar, talebi etkileyen durumların değiştirilmesine odaklanan, performansı iyileştirmeye yönelik değişikliklerdir (bir başka deyişle, mal ve hizmet alma isteği).</p> <p>Örneğin, alımların miktarını düşürmek için bir sağlık hizmeti türünün fiyatını yükseltmek (örneğin, eş ödemeler aracılığıyla) suretiyle veya reklam kampanyaları (hizmetin algılanan faydasını artırır) aracılığıyla performansı iyileştirmek mümkün olabilecektir.</p>
Tanı ilişkili Gruplar (DRG’ler)	<p>1970’lerin başlarında, akut yatarak tedavi epizotlarını gruplara ayırmak için geliştirilen bir vaka bileşimi sınıflandırması sistemi. En yaygın kullanılan vaka bileşimi sınıflandırması, birçok ülkede birtakım yollarla geliştirilmiştir. Örneğin, Avustralya örneğinde 667 sınıf oluşturulmuşken, ABD federal hükümetinin oluşturduğu sınıf sayısı yaklaşık 500’dür.</p>
Hakkaniyet	<p>Çoğu sağlık sisteminin doğruluk ve sosyal adalet kavramlarına dayalı olan ortak hedefi. Sağlık hizmetinde, hakkaniyet sık sık sağlık hizmetlerine eşit erişimi ifade etmekte; ancak, daha çok eşit sağlık durumu açısından ölçülmektedir.</p>
Bakım epizodu	<p>Yalnızca bir ortamdaki bakımı içeren bir birim bakım ürünü. Çoğu vaka bileşimi sınıflandırması, bakım epizoduna (EoC) dayanır.</p> <p>Yatarak tedavi bağlamında, bir bakım epizodu hastanın kabulünden taburcu edilmesine kadar geçen sürede yapılan bakımın tamamını ve tanısal görüntüleme, patoloji testleri, ilaç tedavileri, cerrahi prosedürler, hemşire bakımı, fizik tedavi, vb. yi kapsayabilir. Ancak, hastanın kabul edildiği tarih ile taburcu edildiği tarih arasında geçen sürede birden fazla bakım epizodu bulunabilir (bir hastanın akut kabulü alınan bir hasta olarak tedavi edilmesi ve rehabilitasyon için hastanede kalması gibi).</p> <p>Bkz. istatistiksel kabul.</p>
Harcama tavanı	<p>Sağlık hizmeti finansmanı bağlamında, toplam harcama için önceden bir harcama tavanının belirlenmesi halinde kullanılan terim; bu yüzden hastaların sayısındaki değişikliklerden veya hastaların birleştirilmesinden (vaka bileşimi) etkilenmez.</p>
Hizmet başına ödeme	<p>Sağlık hizmetlerini, sunulan her bir kalem, hizmet veya</p>

	prosedürün ödenmesi temelinde satın alma yöntemi.
Gatekeeping	
Sağlık hizmeti finansmanı	Sağlık hizmeti finansmanı için ne kadar para ayrılması gerektiği ve bu paranın hangi yollardan (vergilendirme, isteğe bağlı özel sigorta, kullanıcı ödemesi, vb. aracılığıyla) karşılanacağını belirlediği süreç.
Sağlık hizmeti ödemesi	Normalde hem sağlık hizmeti finansmanı hem sağlık hizmeti satın almayı tanımlamak için kullanılır.
Sağlık hizmeti satın alma	Belirlenen miktarlarda, tanımlanan nitelikte ve kararlaştırılan fiyatlar üzerinden sağlık hizmetleri alma. Alıcılar arasında hükümetler, özel sigortacılar ve bireyler bulunmaktadır.
Sağlık hizmeti bütçelemesi	Her bir hastaneye veya sağlık hizmeti sunucusuna toplam ne kadar para tahsis edildiği ile ilgilidir.
Yatan hasta (kabul edilen hasta)	Avustralya’da, bir hastaneye resmi olarak kabul edilmiş olan hasta. Son zamanlarda bunun yerine, kabul edilen hasta terimi kullanılmaya başlamıştır. Bir gece kalma ile aynı gün bakım durumlarının alt kategorileri tanımlanır. Bir gece kalan yatan hastalar ayrıca akutluk (akut, sub-akut, akut olmayan) durumuna göre bakım epizotlarına ayrılır.
Ayrıntılı ödeme	Her bir hizmet türü (veya kalemi) için önceden belirlenen bir tutarın ödendiği bir ödeme yöntemi. Örneğin, kalınan her gün, her prosedür ve her ilaç için ödeme.
İhtiyaç	Sağlık sektörü bağlamında ‘ihtiyaçlar’, karşılanabilirliğine, maliyet etkililiğine ve hizmetin uygunluğuna bakılmaksızın bir nüfus kesiminin faydalanacağı sağlık hizmetini gösterir. Ayrıca bakınız: <i>Talep</i>
İhtiyaçlara dayalı ödeme	Bir sağlık hizmeti sunucusuna ödenen tutarın birincil tayin edici öğesinin, sağlık tesisi tarafından hizmet sunulan nüfus kesimindeki hizmete duyulan tahmini ihtiyaç olduğu bir ödeme yöntemi. Nüfusa dayalı ödeme (veya kimi zaman “adam başı ücret”) olarak da adlandırılır.
Gündelik	Yatarak tedavinin her günü için önceden belirlenen bir tutarın ödendiği bir ödeme yöntemi.
Taburcu ödemesi	Hastaneden taburcu edilen her hasta için ödemenin yapıldığı, sağlık hizmeti satın alma yöntemi.
Prosedür	Genelde, terapötik bir girişim. Avustralya’da, prosedürler ICD-9-CM (veya yakın zamanda ICD-10-AM) veya CMBS ile kodlanmaktadır. Bu, DRG sınıflarını tanımlamada kullanılan en önemli iki değişkenden biridir.
Fiyat (piyasa fiyatı)	Bir alıcının bir mal veya hizmet karşılığında tedarikçiye ödediği tutar. Piyasa fiyatı, normal piyasa koşulları altında ödenecek olan fiyattır.
Fiyat Katılığı ve fiyat belirleyiciler	Fiyat Katılığı, bir tarafın diğer tarafın sunduğu fiyatları kabul etmek dışında çok az seçeneğe sahip olduğu durumdur. Örneğin, rekabet eden tedarikçilerin bulunduğu bir ortamda bir tedarikçi fiyat belirleyicidir; bu tedarikçi, kullanıcılar tarafından teklif edilen fiyatı kabul etmezse, kullanıcılar işlerini herhangi bir yerde görebilirler. Bir alıcı ise yalnızca bir tedarikçinin olması ve alıcının alım yapmak zorunda kalması halinde bir fiyat belirleyici olabilmektedir.

Verimlilik	Bir mal veya hizmeti üretmek için belirli bir girdiden elde edilen çıktı miktarının bir ifadesi.
Satın alma	Satın alma, sağlık hizmetlerinin ödeyen tarafından nasıl alındığı ile ilgilidir. Alan, sağlık hizmetini hizmet sunuculardan 'satın alır' ve bir dizi farklı yöntem kullanabilir.
Alıcı-hizmet sunucu ayrımı	Genellikle, kamu sağlık kurumlarının sağlık hizmeti ödemesi, planlaması ve sağlık hizmeti satın alma işlevlerinin hizmet sunma işlevlerinden ayrıldığı bir düzenleme ile ilgilidir. Tipik bir düzenlemede, finansman sağlayan devlettir ve hastane ve sağlık merkezleri gibi hizmet sunuculardan sağlık hizmeti planlamak ve satın almak için ayrıca bölgesel satın alma kurumları oluşturulur. Temel amaç, alıcılar tarafından vaka bileşimi üzerinden belirtilen hizmetler için sözleşme yapabilmek amacıyla rekabet edebilecek hizmet sunucular arasında rekabeti özendirmeektir.
Kaliteye uyarlanmış yaşam yılları (QALYs)	Gerek ömrün uzamasını gerekse uzayan ömürde yaşam kalitesini dikkate alan bir ölçüm. Teoride, QALYs, 0 (ölüm) ile 1 (normal sağlık) aralığındaki tek bir indekste hem yaşam süresini hem yaşam kalitesini ifade eder. Önemli olan ise, anılan aralıktaki herhangi iki sağlık durumu arasındaki uzaklığın, bu sağlık durumları arasında hastanın yaptığı tercihin gücünü göstermesidir.
ve Yaşam yıllarına uyarlanan maluliyet (DALYs)	Yaşam yıllarına uyarlanan maluliyet (DALYs) de kavramsal olarak benzerdir. DALYs daha dar alandaki ölçüme yöneliktir; ancak, kullanımı daha kolaydır.
Bakım kalitesi	Bir hastaya kaynakların ne ölçüde tahsis edildiğinin bir ölçümü ile bu kaynakların hastaya uygulandığı, makul olarak beklenebilir sonuçlar vermiş olan süreçler.
Maaş	Hekimlere, ürettikleri ürünlere bakılmaksızın, çalışma süreleri temelinde bir ödemenin yapıldığı sağlık hizmeti satın alma yöntemi.
Bütünleyici sigorta	Zorunlu sigorta kapsamında sunulan hizmetlere, "ekstra" hizmetleri ilave eden sigorta. Örneğin, bu sigorta kapsamına, daha hızlı erişim, daha çok hekim tercihi ve daha iyi barınma girebilir.
Sunucunun kabarttığı talep	Hekimlerin, sağlık hizmetine ilişkin tavsiye isteyen hastalar için güvenilir kaynaklar olarak hareket etmek suretiyle, bu konumlarını sağlık hizmeti kullanımının artırılmasını teşvik yönünde kullanmaları ile ilgilidir. Sunucunun kabarttığı talebe (SID) teşvik, hizmet sunucuya, hizmet başına ücret sistemi ile ödeme yapılmasında ortaya çıkar. Önemli olan ise, bu kavramın, belki de hekimin sunduğu hizmetteki artışla, kişi başına sağlık hizmeti kullanımının arttığı ancak sağlık kazancının artmadığı durumlarla ilgili olmasıdır.
İsteğe bağlı sigorta	Sigortalılığın kişilerin isteğine bağlı olduğu sigorta. İsteğe bağlı sigortanın karşıtı, zorunlu sigortadır.

Kısaltmalar

APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System (Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirme Sistemi)
ADL	Activities of Daily Living (Günlük Yaşam Faaliyetleri)

1 .Kapsam ve Bağlam

1.1 Kapsam

Bu raporun amacı, “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” projesi için genel bir bağlam sunmak ve hizmet sunucularına yönelik yeni ödeme mekanizmalarını içeren sağlık finansman reformunun uygulanması sırasında dikkate alınması gereken kilit konuları ele almaktır.

Rapor şu beş ana bölümden oluşmaktadır:

1. Raporun *Kapsam ve Bağlamını* içeren bu bölüm
2. Sağlık finansman çerçevesi, sağlık fonlarının etkili kullanımı ve sağlık bilgi sistemi hedeflerini içeren *Sağlık Finansman Stratejisi* ile ilgili konulara ilişkin tartışma
3. Sağlık hizmeti yönetiminin süreçleri, çıktıların sınıflandırılması ve maliyetlendirilmesi, ödeme stratejileri, seçici sözleşme ve kalite konularını kapsayan *Sağlık Hizmeti Sunucusuna Ödeme Yapılmasına İlişkin Esasların Özeti*.
4. Hizmet sunucusuna ödeme yapılmasına ilişkin bir tartışma ile uluslararası ölçekte kullanılan satın alma yöntemleri dahil olmak üzere, ağırlığı hastanelere vermek suretiyle *Sağlık Hizmetleri Satın Alma Yöntemlerinin Tanımı*.
5. Hastane sistemi üzerinde yoğunlaşmak suretiyle, *Türkiye için Sağlık Finansman Politikası*'na ilişkin öneri.

Raporda özellikle strateji ve politika konuları ele alınmaktadır. Ele alınan hususlar arasında kamu sektörünün rolü, yasal sağlık sigortası sistemi ve bu sistemin özel sektörle ilişkisi yer almaktadır. Rapor, başlangıçta, aşağıdaki hususları dikkate alan, üzerinde uzlaşmaya varılmış bir sağlık finansman sistemine yönelik çalışma yapılmasının önemini ortaya koymaktadır: hakkaniyete dayalı hizmet finansmanı ve hizmet erişimi; hizmet sunucusuna ödeme yapılmasına yönelik sistemler ve satın alma ile oluşturulan özendirmeler; terminoloji ve veri toplamada tutarlılığa olan ihtiyaç ve bakım kalitesinin izlenmesi.

Rapor, hastane hizmetlerinin satın alınması ile ilgili olarak hiçbir yöntemin “en iyi” yöntem olmadığını ve her yöntemin kendi özendirici ve engelleyici unsurları ile avantaj ve dezavantajlarıyla birlikte ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Son olarak, rapor, gelecekte Türkiye’de vaka bileşimi (case-mix) yönteminin nasıl uygulanabileceğine ilişkin birtakım alternatifler sunmaktadır.

1.2 Bağlam

Türk Hükümeti, sağlık finansman çerçevesinin yeniden düzenlenmesini içeren bir sağlık reformu sürecini başlatmıştır. Hükümet, çeşitli projelere kendi fonlarını uygulayarak ve Dünya Bankası'nın da desteğini alarak bu reform programına olan bağlılığını göstermiştir.

Mevcut “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” projesinin bir sonraki aşamasının, Türkiye için yeni yasal sağlık sigorta çerçevesinin uygulamasının desteklenmesi olacağı anlaşılmaktadır. Bu çerçeve, sektörün genelini dikkate alacak ve sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunda kamu ile özel sektörün rollerini açıklayacaktır. Bununla birlikte, reform öncelikli olarak mevcut yasal fonların sağlık sigortası faaliyetlerini tek bir kurumsal şemsiye altında birleştirecektir.

Birleştirilmiş yasal sağlık sigortası işlevi, yeni oluşturulan ve sağlık sigortasına ek olarak ulusal sosyal sigorta sisteminin idaresini de gerçekleştirecek olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından üstlenilecektir.

SGK'nın sağlık sigorta işlevi yönetimine, hem gelir hem giderlerin mali planlaması ve yönetimi dahil olacaktır.

Gelirlerin mali planlaması SGK'nın, işveren ve işçi katkı payları, devlet tahsisatı ve yatırım gelirini (hükümetin kamu sektörü yatırım yönergelerine uygun olarak) içerecek olan gelir akışı tahminlerinde bulunmasını gerektirecektir. SGK'nın gelir akışı, büyük ölçüde iki etkene dayanacaktır: işveren ve işçilerin katkı oranları ile katkıda bulunanların sayısı. Ancak, birçok durumda, katkı oranlarının düzeyini, fonlar değil hükümetin aldığı sosyo-ekonomik karar belirlemektedir.

Giderlerin mali planlaması, uygun kişilerce sağlık hizmeti kullanımının beklenen maliyetini kapsayacak bir gider bütçesi geliştirilmesini ve uygun kişilere sunulacak olan ve bütçeden finanse edilen sağlık hizmetlerini tanımlayacak maliyeti karşılanabilir bir teminat paketi formülasyonunu içerecektir.

Gelir akışının mali yönetimi, bütçelenmiş finansman akışını sağlayacak tahsilat ve yatırım süreçlerinin idaresini kapsayacaktır. SGK'nın yasal katkı tahsilat sistemine ilişkin sorumluluk derecesi, işlevsel sorumlulukların sistem ve SGK'nın tabi olduğu yasal çerçeve içinde tahsisine bağlı olacaktır. Örneğin, SGK tahsilatı kendisi yapıyorsa, esas olarak gelir toplama sisteminin etkinliğinden sorumlu olacaktır.

Sağlık finansman reformu projelerinde en büyük ilgiyi **giderlerin mali yönetimi** çekmektedir. Basitçe ifade edersek, fonun, üyeleri adına etkili bir sağlık hizmeti (ürünü) alıcısı olması gerekmektedir. Sağlık ürününün birim maliyeti azaldıkça, karşılanabilir sağlık ürünü miktarı artmakta, bir başka deyişle fonun üyeleri için daha fazla teminat sağlanabilmektedir. Ancak, hizmetlerin maliyeti, etkili satın almanın tek kriteri değildir. Eşit derecede önemli olan bir başka konu, uygun bakım (klinik olarak etkili olan ve müsrif olmayan) ve kaliteli bakım (hastaya zarar vermeyen, teknik açıdan yeterli bakım) sunma gerekliliğidir. Etkili satın alma bir dizi özelliği kapsamakta ve şunları içermektedir:

- Gerek kamu gerek özel sektörlerde satın alınacak sağlık ürünlerinin net olarak tanımlanması
- Sağlık hizmeti sunum ağının, sağlık hizmetlerinin hem klinik hem ekonomik açıdan uygun ortamlarda sunulabilmesini sağlayacak şekilde rasyonelleştirilmesine destek verilmesi
- Hizmet sunucusuna yönelik ödeme mekanizmaları aracılığıyla verimlilik, etkililik ve kaliteye ilişkin özendirilmelerin hayata geçirilmesi
- Sağlık ürünlerinin kullanım şekli ile hangi şartlar altında kullanılabileceğini düzenleyen ücret tarifeleri ile kurallarının (örneğin, klinik kılavuzu) geliştirilmesi ve bu kuralların hizmet sunucusuna yönelik ödeme sistemi aracılığıyla uygulanmasının sağlanması

- Sözcüşmeli hizmetler ile bunların kalitesi, hizmet hacmi, hizmet fiyatları, ödeme kuralları, izleme sistemleri ve uygunsuzluğu giderme yollarını tanımlayan hizmet sunucu sözleşmelerinin hazırlanması ve etkin idaresi
- Hizmet sunucunun faaliyetleri hakkında gerek klinik gerekse iş uygulamaları açısından veri toplayan ve bu verilerin analizini yapan izleme ve denetim sistemlerinin işletilmesi
- Sağlık sisteminde kullanılmak üzere gerek idari gerekse klinik verileri toplayan, bütünleştiren ve analiz eden bilgi sistemlerinin geliştirilmesi.

Tek yasal sağlık sigorta fonu olarak GSS her türlü olasılıkla, sağlık sektöründe faaliyet gösteren çeşitli paydaşlara ek olarak, özel kesim ile kamu kesimi hizmet sunucularını ve isteğe bağlı sağlık sigortası sistemini içerecek olan karmaşık bir ortamda faaliyet gösterecektir. Bu yüzden, ulusal sağlık finansman stratejisinin böyle karmaşık bir sistemde işleyebilecek farklı özendirmeleri dikkate alması ve ilgi alanlarının bu çeşitliliğini olabildiğince düzenlemeye ve yönetmeye yönelik olması önemlidir.

2. Sağlık Finansman Stratejisi

2.1 Sağlık Finansman Çerçevesi

Etkili bir ulusal sağlık finansman sistemine ilişkin birinci temel gereklilik, temel sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit derecede ulaştırılmasının finanse edilmesidir. İkinci olarak, kamunun bütün harcama kalemlerinde olduğu gibi, sağlık sektörünün kullanabileceği kamu kaynakları sınırlıdır ve bu nedenle mevcut sağlık fonunun en etkili biçimde kullanılması hayati önemdedir. Bu ilkelerin uygulanması, kamu sistemi tarafından finanse edilen teminat paketinin bir bütün olarak toplum için en yüksek düzeyde sağlık sonucu sunmasını ifade etmektedir. Bu iki ilke, sık sık sağlık finansmanı açısından geçerli ilkeler olarak ele alınmaktadır. Bu ilkeler birlikte, teminat paketinin, satın alma değeri yüksek ve öncelikli hizmetleri kapsamı gerektiğini ima etmektedir.

Paranın karşılığının alınabilmesi için, halka sunulan hizmetlerin mümkün olduğunca verimli bir biçimde sunulması da önemlidir. Sağlık hizmeti üretiminde elde edilebilecek verimlilik arttıkça, aynı kaynak girdileri ile daha fazla hizmet sunulabileceği açıktır; bir başka deyişle, aynı paraya daha fazla sağlık hizmeti sunulabilmektedir.

Bütün dünyada devletler sağlık sistemlerinin hakkaniyete dayalılığı, verimliliği ve etkililiğini nasıl artıracakları konusunda süregelen güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu devletlerin, vatandaşlarına sağlık hizmeti sundukları sistemi iyileştirmek için sıkça başvurduğu girişimler arasında şunlar yer almaktadır:

- Sağlık hizmeti sunumunun, en yüksek maliyet etkililiği ve en uygun klinik ortamda doğru hizmet sunulacak şekilde rasyonelleştirilmesi
- Hem kişiler hem kuruluşlar olarak hizmet sunucularını, kıt sağlık kaynaklarını mümkün olduğunca verimli kullanma yönünde motive edecek özendirmeleri hayata geçirmek amacıyla, hizmet sunucusuna yönelik ödeme sistemlerinin yeniden şekillendirilmesi
- Karşılabilir olmalarını sağlamak ve toplumun en büyük sağlık gereksinimi duyduğu alanlara hitap etmek için, kamu sistemi tarafından finanse edilen teminatların gözden geçirilmesi

Dünyadaki örnekler, maliyet etkili ve hakkaniyete dayalı bir sağlık hizmeti geliştirmek için en iyi ortamı oluşturan sağlık finansman çerçevesinin, devlet tarafından işletilen zorunlu sağlık sigortasına dayanan bir yapı olduğunu göstermektedir. Bu sistemlerde, bütün vatandaşlar sağlık sigortalısı olup, bu sağlık sigortası planı halkın sağlık hizmeti ihtiyaçlarının çoğunu, toplanan gelirler veya devlet bütçesinden tahsis edilebilecek fonlar aracılığıyla sigorta kapsamına almaktadır. Türkiye'deki son Genel Sağlık Sigortası reform teklifleri, sistemi anılan sağlık sigorta sigortası planına yaklaştırmayı amaçlamaktadır.

2.1.1 Sigortalılık ihtiyacı

Dünyada, vatandaşlarının çoğu gerek devlet gerekse özel sağlık sigortalarından sağlık sigortalısı olmayan çok az ülke bulunmaktadır. Bunun nedeni, kullanıcı ödemesi yaklaşımlarının sahip olduğu dezavantajların iyi biliniyor olmasıdır. Bu dezavantajlardan biri, kullanıcı ödemesi yaklaşımlarının yoksullar için adil olamayabileceğidir. Birçok ülkede, düşük gelir grubundaki kişilerin sağlık durumları da kötü olabilmektedir ve bu durumun Türkiye için

de geçerli olduğu kabul edilebilir. Yoksul kesim, sağlık hizmetlerine diğer kesimlerden daha fazla ihtiyaç duymaktadır ve kullanıcı ödemesi yaklaşımı söz konusu olduğunda, bu kesim diğer kesimlerden daha az sağlık hizmeti alacaktır.

Bununla ilişkili bir sorun, bazı kişilerin kendileri için sağlık hizmeti alıp almama konusunda tercih hakkına sahip olmamasıdır. Örneğin, çocuklar sağlık hizmeti masraflarını kendileri karşılayamamakta, bu hizmetlere ihtiyaç duyup duymadıklarının kararını ailelerine bırakmak durumunda kalmaktadırlar. Bu da açık bir şekilde, anne ve babaları sağlık hizmetlerini karşılayamazsa, çocukların bundan zarar göreceği anlamına gelmektedir. Bazı toplumlarda, kullanıcı ödemesi sistemi, mevcut eşitsizlikleri artırmaktadır.

Kullanıcı ödemesi sistemiyle ilişkili bir başka sorun, bazı kişilerin kendi sağlıklarına yatırım yapma konusunda uygun olmayan tercihlerde bulunabilmesidir. Özellikle, bu kişiler sağlık harcamalarından kaçınma eğilimi gösterecek, rahatsızlıklarının kendi kendine iyileşmesini bekleyeceklerdir. Bunun ortaya çıkardığı yaygın bir sonuç, bu kişilerin hastalıktan kaçamaması ve uzun vadede tedavi için daha fazla para ödemesidir. Bu, önemli bir toplumsal sorundur. Sonuç olarak, sağlık sorunları bertaraf edilemediğinden toplumun tamamı zarar görecektir ve bu sorunların çözümünün maliyeti çok daha yüksek olacaktır.

2.1.2 Genel sigorta ve sosyal havuz

Göstergeler, toplumun tamamına yönelik zorunlu sigortalılığın genel olarak daha iyi bir sağlık durumu elde edilmesini sağladığı ve hakkaniyete dayalı sağlık hizmeti erişimini artırdığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, zorunlu sigorta birçok yönden daha verimlidir.

Genel sağlık sigortasının zorunlu yapısı, şu iki kilit nedenden dolayı sosyal sağlık sigortasının temel unsurunu oluşturmaktadır: İlk olarak, sigortalılığın kişilerin tercihine bırakılması, isteğe bağlı sigortanın önemli bir zayıf yönünü oluşturmaktadır – isteğe bağlı sigortalılar, sağlık hizmetlerine ödedikleri tutar arttığından, daha sonraları isteğe bağlı sigortalılıktan zarar görmektedir. Ayrıca, tercih yapma konusunda herkes aynı fırsatlara sahip değildir. Örneğin, düşük gelir grubunda yer alan veya eğitim düzeyi düşük olan kişilerin iyi bir tercih yapma konusundaki becerileri azdır. Bunun bir sonucu olarak, bu kesimde bulunan anne ve babaların çocukları olasılıkla zarar görecektir.

İkinci olarak, zorunlu sigorta, varlıklı ve sağlığı iyi olan kişilerin, yoksul ve hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini karşılayacağı sosyal havuzun oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Bir toplumun bireyleri, kötü sağlık risklerini ve bu risklerin doğurduğu yüksek sağlık hizmeti maliyetlerini paylaşır (veya havuzda toplar). Elbette, kişiler yaşamlarının ileriki evrelerinde düşük risk grubundan yüksek risk grubuna geçebilir; dolayısıyla, başkalarına sunulan sağlık hizmetlerini ödeyen kişi konumunda iken, başkaları tarafından ödenen sağlık hizmetinin alıcısı konumuna gelebilirler.

Riskler, bir havuzda birçok düzeyde toplanabilmektedir. Örneğin, bütün vatandaşlar tek bir sigorta havuzunda toplanabilmektedir (Avustralya ile birçok Avrupa ülkesinde sürdürülen yaklaşım). Rusya ve Çin gibi bazı ülkeler, bölgesel havuzlar oluşturmaktadır. Pek çok yoksul ülkede, bireyler küçük köyler düzeyinde kendi sigorta planlarını oluşturabilmektedir.

2.1.3 Devlet tarafından işletilen sigorta

Ayrıcalıktan ziyade hakkaniyete inanan birçok ülke (Kanada, Avustralya ve İsveç gibi), sağlık hizmeti sorumluluğunu bir kamu kurumuna bırakmaktadır. Çünkü, adaleti sağlamak bir kamu kurumu için daha kolay olmaktadır.

Piyasa ekonomisine yüzü daha fazla dönük olan bazı ülkeler (ABD, Çin ve Rusya gibi) ise daha çok özelleştirmeden yana olabilmektedir. Bu ülkeler, piyasada rekabet eden birçok sigorta şirketi bulunması gerektiğine inanmakta ve bu şekilde müşterilere daha iyi ve verimli hizmet götürüleceğini ileri sürmektedir. Aslında, bunun doğru olduğuna ilişkin bir kanıt olmaması, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi durumunu desteklemektedir.

Sağlık sigortası sunmanın bir yöntemi, "kar amaçlı" sigorta şirketlerini kullanmaktır. Böyle bir yapının doğuracağı dezavantajlar ise, olasılıkla bu şirketlerin yönetim giderlerinin artması ve şirketlerin, sağlık hizmeti alımında kullanılması gereken paranın yönünü maliklere bir yatırım getirisi olarak ödeme biçiminde saptırmalarıdır.

Kar amacı gütmeyen sigorta şirketleri, toplum menfaatine daha fazla hizmet edebilir. Ancak, bu şirketler geleneksel olarak daha sınırlı bir büyüklükte ve daha sınırlı bir pazar payına sahip olduklarından, kamuya ait büyük şirketler kadar verimli olamamaktadır. Buna ek olarak, bu şirketler pazarlamaya ve devlet tarafından işletilen sigorta planlarıncı gerçekleştirilmek zorunda olmayan faaliyetlere para harcama gereği duymaktadırlar.

2.1.4 Sosyal havuza yapılan katkılar

Hakkaniyet, kişilerin sağlık hizmeti finansmanına katkı payının, ödeme güçleri oranında belirlenmesini ifade etmektedir. Varlıklı olan veya yüksek gelir grubundaki kişilerin (veya her ikisi birden) yapacağı katkı daha fazla olacak, böylece yoksul insanların hizmetlerini destekleyebileceklerdir.

Bir başka şekilde ifade edersek, hakkaniyet ilkesi kapsamında, sağlık hizmetlerine erişim, katkı düzeyinden bağımsızdır; yani, önemli olan, klinik ihtiyaca dayalı erişim eşitliğidir. Hizmet erişimi neredeyse bütünüyle hizmet ihtiyacına dayanmalıdır.

Her bir bireyin bir sağlık sigortası planına ne kadar katkıda bulunacağını belirlemenin iki temel yolu vardır: Birincisi, katkılar gelire oranlı olabilmektedir; bir başka deyişle, her bir birey geliri veya varlığı oranında katkı yapmaktadır. Böylece, daha yüksek maaş alan kişilerin her hafta yaptığı katkı daha fazla olmaktadır. Bu, sağlık hizmetini devletin genel vergi gelirlerinden karşılayan ülkeler için de geçerlidir.

İkincisi, katkılar riske oranlı olabilmektedir; bir başka deyişle, her bir birey ihtiyaç duyabileceği sağlık hizmeti ile orantılı olarak katkı yapmaktadır. Örneğin, Amerika'daki bazı sigorta planlarında oran, sigara içenler için yaklaşık %10 daha yüksektir (çünkü, sigara tiryakileri olasılıkla daha pahalı sağlık hizmetine ihtiyaç duyacaktır). Bu tür risk oranlaması, sağlıklarına zarar veren tercihleri sebebiyle kişileri cezalandırmanın mantıklı olduğunu varsaymaktadır. Örneğin, böyle bir durum bir kişinin sigara tiryakisi olup olmama yönünde tercih yapması gerektiğini ortaya çıkaracaktır.

Ancak, diyabet hastaları veya böbrek hastası olan kişilerden daha yüksek katkı payı almanın adil olmadığı ortadadır. Bu rahatsızlıklar, daha pahalı sağlık hizmeti ihtiyacını beraberinde getiren tercihler gibi, yaşam tarzı ile açıkça bağlantılı değildir. Çıkış nedeni ne olursa olsun, kronik veya yüksek maliyetli sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler, katkıları riske oranlı ise, olasılıkla karşılayabileceklerinden daha yüksek ödeme yapmak zorunda kalacaklardır. Bu, söz konusu kişilerin, çok fazla ihtiyaç duymalarına rağmen herhangi bir sağlık hizmetinden neredeyse hiç yararlanamamaları sonucunu ortaya çıkarabilmektedir.

Üçüncü bir yaklaşım ise düz oranlamadır: geliri veya sağlık durumuna bakılmaksızın herkes aynı tutarı ödemektedir. Düz oranlama nadiren kullanılmaktadır; bu, risk oranlaması ile gelir oranlaması arasındaki bir uzlaşma olarak görülebilir. Düz oranlamanın gelir oranlamasından

daha geride olduğu; ancak, sağlığı ktu olan kişilere risk oranlaması kadar zarar vermediği açıktır.

Yukarıda belirtilen yaklaşımlar, farklı kişileri farklı şekilde etkilemektedir. Zengin ve sağlıklı olan kişiler için risk oranlaması en düşük maliyetli yaklaşım olacakken, kişisel sağlık ihtiyaçları bakımından gelir oranlaması en ktu yaklaşım olmaktadır. Yoksul ve hastaysanız bu durum tersine dönmektedir. Sizin için en uygun olan, gelir oranlaması olacaktır.

Birçok Batılı demokrasi, sosyal korumanın ve refahın korunması ve geliştirilmesinde temel önemde olduğuna inandıklarından, gelir oranlaması yaklaşımını kullanmayı seçmişlerdir. Aralarındaki tek farklılık, oranlılık derecesi açısından ortaya çıkmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerini genel kamu gelirlerinden karşılayan Avrupa lkeleri, büyük ölçüde gelir vergilerine dayanmaları halinde daha yüksek oranlılık göstermektedir.

2.1.5 Sosyal sağlık sigortası kapsamındaki teminatlar

Hiçbir lke bütün hizmet türlerini zorunlu ve genel sigortadan karşılayamamaktadır. Bu yüzden, kısıtlamaya gitmek gerekli olmaktadır. Bütün sistemler sigortalılığı şu veya bu şekilde kısıtlamaktadır.

En iyi yaklaşım, parasal değer temelinde biçimsel ve şeffaf kısıtlamaya gitmektir. Bir başka deyişle, sigortalılara sunulan hizmetler maliyet-sağlık teminatı oranına göre seçilmelidir.

Satın alınan değer

Yalnızca düşük maliyetli hizmetleri sigorta kapsamına alan birkaç ülke vardır. Bu lkeler, etkili bakım yöntemleri olsalar da kalp ameliyatı veya organ nakli gibi hizmetleri sigorta kapsamına almanın çok pahalı olduğunu ileri sürmektedirler. Yüksek maliyetli bazı hizmetler hayat kurtarıcı olduğundan veya sağlık yönünden büyük kazançlar sağladığından, bu zayıf bir yaklaşımdır.

Bunun tersi bir durumda ise, bazı ülkeler, düşük maliyetli hizmetleri kişilerin kendilerinin karşılayabileceği temelinden hareketle yalnızca yüksek maliyetli hizmetleri sigorta kapsamına almaktadır. Bu çok tehlikeli bir düşüncedir; çünkü, düşük maliyetli birçok hizmetin (ocukluk döneminde uygulanan bağışıklama gibi) değerı yüksektir. Kişiler bağışıklama bedelini kendileri karşılamak zorunda kalırsa, yoksul olan birçok kişi bu masrafı stlenmemeyi tercih edebilir; bu da birçok çocuğun zarar görmesine neden olacak, salgın hastalık riskini artıracaktır.

Bu yaklaşım, maliyetin kendisinin sınırlı bir ilgisinin bulunduğu düşüncesine dayanmaktadır. Tek mantıklı yaklaşım hizmetlerin hizmet maliyeti - sağlık teminatı oranı temelinde seçilmesidir.

Değerin değerlendirilmesi

Değer tahmininin, bilimsel yolla ve kamuoyunun bilgisi dahilinde yapılması gerektiği yaygın kabul görmektedir. Genelde, son zamanlarda sarf edilen çabalar, kaliteye uyarlanmış yaşam yılları veya yaşam yıllarına uyarlanan maluliyet gibi küresel ölçekteki sağlık kazancı tedbirlerinin kullanımına odaklanmıştır. Sağlık hizmeti çabalarının etkililiğine ilişkin farklı ve ayrı göstergeleri kullanılmak suretiyle, maluliyet ve mortalite düzeylerini ölçmek de mümkün olmaktadır.

Bu durumda, çocukluk dönemindeki bağışıklama uygulamaları gibi hizmetlerin satın aldığı değerler yüksek olduğundan sigorta kapsamına alınması, satın aldığı değer düşük olan hizmetlerin (örneğin kozmetik cerrahinin bazı şekilleri gibi) ise sigorta kapsamına alınmaması mümkün hale gelmektedir.

Bekleme süreleri

Bir kısıtlama örneği, kalça replasmanı gibi hayati tehlike arz etmeyen, acil olmayan bir tedavi olan elektif cerrahiye ilişkin bekleme sürelerinin hayata geçirilmesidir. Bir başka deyişle, ameliyat, yasal devlet planı kapsamında sağlanan bir teminat olabilir; ancak, istendiğinde kullanılabilir değildir ve hastanın bu ameliyatı olabilmesi için bir bekleme listesinde önünün açılmasını gerekir. Bekleme süreleri, ihtiyaca göre zamanında hizmet sunmanın bir göstergesidir. Örneğin, Avustralya'da elektif cerrahi için ortalama bekleme süresi medyanı, 27 gündür (AIHW 2002).

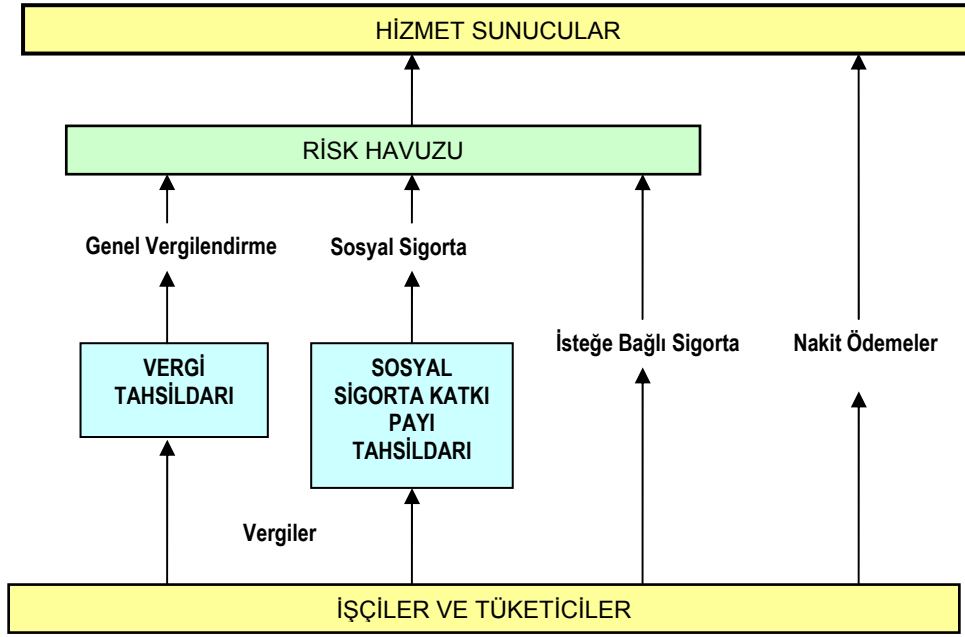
2.1.5 İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortası arasındaki fark

İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası (İBSS) geleneksel olarak kar amaçlı ticari sigorta olarak nitelendirilmiştir; ancak, birçok düzenleme sık sık İBSS kategorisine dahil edilmektedir.

İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) sigortanın, yasal sigorta ile İBSS arasında ayırım yapmak üzere kilit ölçüt olarak, finanse ediliş biçimini kullanmaktadır; ancak, bir nokta açıkça ortadadır: ister vergi katkıları ister tamamen doğrudan ödemeler yoluyla olsun, sağlık finansmanının tamamı hane halkları ve/veya işçiler aracılığıyla karşılanmaktadır. Bu ilke Şekil 1'de gösterilmektedir.

Şekil 1: Sağlık finansmanı mekanizmaları



Yasal sağlık sigortası sistemlerinde, ister genel bir vergi ister işçi katkı paylı sigortalar aracılığıyla olsun para devlet kanalıyla yönlendirilir. Bununla birlikte, İBSS'de, para sigorta primleri aracılığıyla doğrudan risk havuzuna - İBSS fonu - ödenir.

Yukarıda belirtildiği gibi, İBSS düzenlemeleri tamamen özel, ticari sigortadan tamamen kamu tarafından finanse edilen ve kamu yönetiminde olan sigortaya kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Çeşitli seçenekler şu üç boyuta göre kategorilere ayrılabilir:

1. Sigortalılık zorunlu mu yoksa isteğe mi bağlı;
2. Katkılar riske mi (asgari risk aktarımı), topluma mı (riskin sağlıklı olan ile hasta olan arasında aktarımı), yoksa gelire mi oranlı (riskin sağlıklı olan ile hasta olan arasında ve yüksek ve düşük gelir arasında aktarımı);
3. Planın yönetimi kar amaçlı mı, özel mi, kar amacı gütmeyen bir plan mı yoksa sosyal/ yarı sosyal plan mı.

İsteğe bağlı sigortadan sağlanan faydalar

İBSS'den sağlanan faydalar altı başlık altında sınıflandırılabilir:

Yasal sağlık sigortası kapsamına alınmayan sağlık hizmetleri – Yasal sağlık hizmeti sistemi kapsamına alınmayan veyahut kısmen alınan hizmetler tamamen veya kısmen İBSS kapsamında sunulabilir. Genelde, buradaki amaç, yasal planla rekabet etmek değil, bu planı tamamlamaktır. İsteğe bağlı sigorta kapsamına, daha az öncelikli olan plastik cerrahi gibi yatarak tedaviler ile diş tedavisi, fizik tedavi, kontakt lensler, ilaçlar ve alternatif tedaviyi içeren ayakta tedaviler girebilmektedir.

Sigorta eş ödemeleri – Birçok yasal plan, sağlanan haklar kapsamına tamamen alınmayan hizmetler için eş ödeme yapılmasını gerektirmektedir ve bazı durumlarda eş ödeme için İBSS kullanılmıştır. Belçika, Danimarka, Slovenya, Hırvatistan ve Fransa gibi bazı ülkeler eş ödemeli İBSS'ye müsaade etmekte; Slovenya ve Hırvatistan'da ise eş ödemeli sigorta, yasal sağlık sigortası fonunun kendisi tarafından yönetilen İBSS kurumları aracılığıyla sağlanmaktadır.

Daha iyi olanaklara erişim – İBSS, kamu hastanelerinde daha iyi barınma ve konfor sunabilmekte veya birçok ülkede olduğu gibi özel hastane sistemine erişim sağlayabilmektedir; özel hastane sistemi hastaya bakımda İBSS'yi kullanacaktır.

Hizmete çabuk erişim – Tedavi için bekleme listeleri veya uzun bekleme süreleri ile karakterize olan sağlık hizmeti sistemlerinde, bütünüleyici İBSS, kişilere “kuyruğa girmeden”, yasal sistem kapsamında bulunan sigortalılara göre tedaviye öncelikli erişim imkanı tanıyabilmektedir.

Hizmet sunucu seçimi – Birçok durumda, İBSS, hastaların kendi hekim ve hastanelerini seçebildiği özel hizmet sunucu sektörüne erişim sağlayarak, kişilerin tercihlerinde artış sağlayacaktır.

Nakdi yararlar – Hastaların doğrudan hizmet sunuculara ödeme yapmasını gerektiren sistemlerde, İBSS nakdi yararlar sunabilmektedir. Böyle durumlarda, İBSS sigortalısı, sigortalılığı kapsamındaki bir sağlık durumunu (örneğin, kanser) kanıtlayabilirse belirlenen bir ödemeyi toptan almaktadır.

Kanada gibi bazı ülkelerde zorunlu devlet planı kapsamına alınan hizmetlerin - bu hizmetlerin en yüksek “satın alınan değere” sahip hizmetler olması amaçlanmaktadır - İBSS kapsamına da alınması yasaklanmıştır. Böylece, isteğe bağlı sigortanın rolü, zorunlu plandan geriye kalan boşlukları doldurmak olacaktır.

Diğer ülkelerde (Yeni Zelanda, İngiltere ve Avustralya) ise İBSS, yasal plandan sağlanan teminatlara ek ve bunları tamamlayıcı olan teminatları sunabilmektedir. İsteğe bağlı sigorta ürününün katma değeri aşağıdakiler açısından oluşturulmaktadır:

- Hekim ve hastaneye yönelik daha fazla tercih hakkı
- Bekleme listesine takılmama
- Klinik olmayan hizmetlerin daha iyi verilmesi (örneğin, daha iyi yemek ve barınma).

Bu tür hizmetlerin bazı kişiler için, yüksek bir değer satın aldığı söylenebilir. Genelde kabul gördüğü üzere, değer yalnızca klinik açıdan ölçülmeli; hizmet, sağlık sigortası olanlara toplumun geneli için hakkaniyete dayalı erişimi zedeleyecek ölçüde öncelikli erişim hakkı verilmemek suretiyle alınmalıdır.

İsteğe sağlık sigortası politikası geliştirilmesi

Kapsamlı bir teminat paketine hakkaniyete dayalı erişim sağlayan, güçlü ve ihtiyaca cevap veren bir yasal planın oluşturulması, sağlık finansman reformunun vazgeçilmez bir unsurudur. Bu plan oluşturulmaz, isteğe bağlı sağlık sigortası, yasal teminatlarla rekabet etmekten ziyade bu teminatları tamamlayan ve bütünüleyen bir sigorta konumuna getirilmelidir. Bu zorlu dengeyi sağlamaya çalışırken, şu etmenler göz önüne alınmalıdır:

- Yasal sağlık sigortası dahilinde bulunan teminat paketinin kapsamı ile bu paketin vatandaşların ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığı: İBSS, yasal planla rekabet etmemeli veya ilk etapta eş ödeme uygulamasının nedeni olabilecek talebin yönetimine zarar verdiğinden, yasal sistemle sunulan teminatlara getirilen eş ödeme sistemini içermemelidir.
- Sosyal korumaya ve vatandaşların sağlık sistemindeki hakları ile ilgili mevzuata ve ulusal dayanışmaya ilişkin sosyo-kültürel değer sistemleri: örneğin, İBSS kapsamında

sigortalı olmayı özendirici vergi sübvansiyonu, yüksek gelir grubunda bulunan kesime olasılıkla daha fazla fayda sağlayacağından; bu vergi sübvansiyonu terk edilmelidir.

- İBSS, yasal plandan ayrıdır ve İBSS, yasal fonların etkili bir kamu idaresi yürütmesini önlediğinden, bu fonlar tarafından işletilmemelidir.
- Özel sektörün, yasal fonlar tarafından finanse edilen hizmetlerin sunumu üzerinde olumsuz etki yapmaksızın, İBSS tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerini sunma kapasitesi: özellikle, İBSS'nin, yasal sistem tarafından kullanılan hizmet sunucu ağına erişiminin sağlanmasına özen gösterilmelidir; örneğin, kamu hastanelerinde özel yatak kullanımı sınırlandırılmalı veya caydırılmalı, klinik tedavi uzmanlarının hem yasal sigorta hem İBSS ortamında tedavi kabiliyeti yakından izlenmelidir.
- İBSS kapsamında sunulabilecek teminatlar için olası kullanıcı taleplerinin idraki – bu talep, prim ödeme kabiliyetine ve İBSS ürününün halka sunacağı değere dayanır.

İBSS'nin uygulanmasına yönelik herhangi bir politikanın temelini, sosyal dayanışma ve hakkaniyet ilkesi (kişilerin katkı paylarının gelirlerine göre belirlenmesi ve ihtiyaçlarına göre hizmet alması) oluşturmalıdır; böylece, en azından, kamu tarafından finanse edilen sağlık kaynaklarının adil kullanımı sağlanır ve yasal sistemle hastaya sunulan bakım hizmeti, bu sisteme yatırılan kamu fonları için iyi bir getiri sağlar.

2.2 Sağlık Harcamalarının Etkililik Yönetimi

2.2.1 Sağlığa yönelik kamu harcamasının belirlenmesi

Sağlığa harcanan paranın, hizmet sunmaya yönelik ek fırsatlar bulmak için hizmet sunucuların vereceği karardan ziyade toplumu da içine alan bir karara dayanması temel önemdedir. Gelişmiş ekonomiler GSYH'lerinin yaklaşık %9'unu, gelişmekte olan ekonomiler ise GSYH'lerinin daha az bir oranını sağlığa ayırma eğilimi gösterebilir de açıkça doğru bir yanıt yoktur. Türkiye GSYH'sinin yaklaşık %7.4'ünü sağlığa ayırmaktadır (Health At A Glance, OECD Indicators 2005 – ISBN 92-64-01262-1 – © OECD 2005); ancak, konu, ne kadar paranın harcandığı değil, bu paranın nasıl harcandığı ile ilgilidir.

Her bir durumda, sağlık fonları tahsis edildikten ve bütçe tavanı belirlendikten hemen sonra, harcamanın izlenmesi ve yönetimi yönünde çaba sarf edilmesi gerekmektedir. Bütçe tavanı birkaç yolla belirlenebilmektedir. Bu yollardan birinde, yalnızca toplam ödemeler belirlenir. Bir başkasında ise, belirli sağlık hizmeti türlerinin miktarları ile ilgili birçok tavan belirlenir. Genelde, sağlık hizmeti sisteminin bileşenlerine ilişkin tavanları belirlemek daha iyidir.

Bu süreç, İngiltere ve ABD'deki en son değişikliklerde daha net ortaya konulmaktadır. İngiliz hükümeti, sağlık hizmeti harcamalarına yıllardır GSYH'nin %7'sinin altında bir oran ayırmıştır. Son zamanlarda, halk arasında, sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapılması gerektiği ifade edilmekteydi. Bu nedenle, Blair hükümeti bu konudaki harcamanın gelecek iki veya üç yılda GSYH'nin yaklaşık %9'una yükseltileceğini açıklamıştır.

Aksine, ABD hükümeti, sağlık hizmeti harcamalarını etkili bir biçimde kontrol edememektedir. Piyasa güçleri harcamaları en azından 20 yıldır GSYH'nin %14'ü oranında muhafaza etmiştir. Bu konudaki tek önemli baskı, işçilerine yönelik yüksek sağlık sigortası maliyetlerinin uluslararası alanda rekabet güçlerini zayıflattığını ileri süren büyük işverenlerden gelmiştir.

2.2.2 İhtiyaçlara dayalı ödeme

Kıt sağlık kaynaklarının, bunlara en çok ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirilmesi önemlidir. Bu yüzden, bir kaynak tahsisi modeli için temel gereklilik, mevcut bütçenin bölgeler arasında ihtiyaç ağırlıklı nüfus formüllerine göre (veya diğer alt nüfus tanımları) paylaşılmasıdır. Kişi başına düşen farklı ihtiyaçlar yaş ve cinsiyet grupları, refah göstergeleri, izolasyon göstergeleri, vb. gibi etmenler kullanılmak suretiyle ölçülebilmektedir.

Bu yaklaşım ile, ödeme, fiili olarak sunulan hizmetlere veya mevcut hizmet sunucuların üstlenebileceği mali taahhütlere dayanmaktan ziyade, kişilerin hizmete olan ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Bu sistem ayrıca, hizmet sunucuları, hizmet ihtiyaçlarını tanımlamaya ve bireyi (hizmet sunucudan ziyade) merkez almaya teşvik etmektedir.

İhtiyaçlara dayalı ödeme yöntemi, uygulanabilir olduğu ölçüde kullanılmalıdır; ancak, bölgelerin farklı ihtiyaçlarını belirlemenin zor olabileceği de kabul edilmelidir. Bu yaklaşım ayrıca, hizmet sundukları alanların çakışması halinde her bir hizmet sunucuya yapılacak ödemelerin belirlenmesi için uygun olmamakta, verimliliği veya bakım kalitesini artırmada ideal bir temel teşkil etmemektedir. Bu nedenle, hizmet sunucu düzeyinde, ihtiyaçlara dayalı ödeme yöntemi, çıktıya dayalı ve sonuca dayalı ödeme ile birlikte uygulanmalıdır.

2.2.3 Sevk sistemi

Sağlık hizmeti, maliyet etkili bir yolla sunulacaksa; iyi tasarlanmış sevk sistemleri temel önem arz eder. Sağlık hizmeti finansmanı ve kaynak tahsisinde yapılan değişikliklerin sevk sisteminde sürekli iyileştirmeye gidilmesini desteklemesi ve özendirilmesini sağlanması gerekmektedir. Buna, hizmet sunucuların hastaları doğru zamanlarda uygun yerlere sevk etmeleri yönünde teşvik edilmelerinin ve olasılıkla sevk edilen hastaların tedavisini yapacak olan hizmet sunucuların daha karmaşık vakaları tedavide uygun bir biçimde tazmin edilmelerinin sağlanması dahildir.

Hizmet sunumu, maliyet etkili olacaksa, belli ölçüde uzmanlaşmaya ihtiyaç duyacaktır. Ayrıca, diğer hizmet biçimlerine erişmek için kullanılması gereken giriş ve yolların dikkatli bir şekilde tasarlanması gerekmektedir. Bu düşünceler, sevk sisteminin gelişimini beraberinde getirmiştir; bu sistem Türkiye'de daha çok yenidir.

Etkili bir sevk sisteminin temel ögesi, sevk kurallarının belirlenmesidir. Bu kurallar sevki yapan kurumlar için yönlendirici olmakla kalmayıp, aynı zamanda sevk yapılan kurumlarca sunulacak hizmetin denetimini de sağlar. Örneğin, hastanelere, uygun olduğu hallerde yatarak tedavi hizmeti sunulması dahil sorumlulukları ile ilgili bilgi verilmelidir.

Ödeme sistemleri, doğru sevkler mali kazanım sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu sistemler ayrıca, uygun olmayan sevk hallerinde (bir pratisyen hekimin bir hastayı, kendisi tedavi edebileceği halde hastayı bir hastaneye sevk etmesi gibi) uygulanacak cezaların yanı sıra gerekli olduğunda sevk yapılmamasına ilişkin cezaları da içermektedir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiği ve işletilebilir bir sevk sisteminin bu amaca ulaşmak için gerekli araçları sağlayacağı, yaygın kabul görmektedir. Türk sağlık sistemi için bir başka stratejik yönlendirme, yeni kaynakların iyileştirmeye dönük hizmetlerden ziyade hastalığın önlenmesine ve sağlığı geliştirme faaliyetlerine yönlendirilmesine önem verilmesi yönündedir.

2.2.4 Kullanımın idaresi

Sağlık hizmetlerinin sayısında her yıl bir artış eğilimi gözlenmektedir. Örneğin; daha fazla kişi hastaneye gitmekte, daha fazla ilaç reçete edilmekte ve daha fazla kişi ultrasound gibi tanısal testleri yaptırmaktadır. Gereksiz kullanımı denetlemek amacıyla özendirme yapılması gereği vardır ve bu gereksinim, arz yönlü teşvikler ile talep yönlü teşvikler vasıtasıyla karşılanabilir.

Arz yönlü teşvikler ile, hizmet kullanımı ve maliyetlerinin hizmet sunucuları gereksiz hizmet vermekten kaçınmaları için teşvik etmek suretiyle denetlenmesi ifade edilmektedir. Buna alternatif yöntem ise (talep yönlü), eş ödemeler gibi önlemlerle tüketicileri (hastalar) itidalli kullanıma teşvik etmektir. Genel ifadeyle, esas olarak hizmet sunucular hangi bakım seçeneklerinin daha etkili olduğu ve bunları kısıtlamanın en iyi yolunun ne olduğu konusunda daha fazla bilgiye sahip olduklarından, arz yönlü hizmet sunucu teşvikleri daha iyidir.

Talep yönlü tüketici teşvikleri

Sağlık hizmetleri kullanım düzeyini ve sonuç olarak toplam maliyeti denetlemenin iki temel yolu vardır. Birçok ülkede yaygın olarak kullanılan bir yöntem, tüketici talebini azaltmaktır. Bu, şu yollarla sağlanabilir:

- Tüketicilerin, aldıkları hizmetin tamamını veya bir bölümünü ödemesini sağlamak (aşağıda ele alındığı üzere, sigorta kapsamına giren hizmetler için eş ödemeler)
- Tüketicilerin, gereksiz hizmetler konusunda eğitilmesi (normalde kendi kendine iyileşen üst solunum yolu enfeksiyonları ile ishal gibi yaygın görülen rahatsızlıklarda genellikle ilaç kullanmanın gerekli olmadığı konusunda tüketicilere eğitim vermek gibi)
- Tüketicilerin, hastalıktan korunma ve sağlıklı yaşam tarzları konusunda eğitilmesi.

Sağlığı geliştirme programları ile bireylerin kendi sağlıklarını daha etkili yönetmeleri için özendirilmesi, gerek sağlık hizmeti talebinin yönetimi için bir ekonomik strateji gerekse halk sağlık hizmeti teknolojisi ile ilgili bilgilere IT araçları sayesinde daha çok ulaşmaya başladığından bireysel hak konuları olarak yaygınlık kazanmaktadır.

Kullanıcı ödemesi düzenlemeleri ile, değeri düşük bakımın caydırılması amaçlanmaktadır; ancak, bu düzenlemeler aslında çoğunlukla düşük gelir grubundaki kişileri caydırmaktadır.

Tüketicilerin eğitilmesi, mantıklı bir düşüncedir ve çok etkili olabilir. Ancak, bu eğitsel mesajlara herkes yanıt vermemektedir. Özellikle, çocuklar kendi başlarına yanıt verememekte, dezavantajlı grupları (eğitim düzeyi ve gelir seviyesi düşük olanlar gibi) ikna etmek daha güç olabilmektedir.

Tüketicilere mali teşvik verilmesi, sağlık hizmetlerinde genelde çok başarısız olmaktadır. Bununla ilgili bir sorun, yoksulların zenginlere göre çok daha fazla etkilenmesidir. Kullanıcı ödemesi düzenlemeleri, düşük değer üreten bakımı azaltmayı amaçlamaktadır; ancak, aslında bu düzenlemeler çoğunlukla düşük gelir grubundaki kişiler için cesaret kırıcı olmaktadır. Eş ödeme konusu, ilerleyen bölümlerde ele alınmaktadır.

Arz yönlü hizmet sunucu teşvikleri

İkinci yaygın yöntem, gereksiz hizmet sunmaktan kaçınmaları için sağlık hizmeti sunucularının teşvik edilmesi yöntemidir. Bu, şu yöntemlere sağlanabilir:

- Yatarak tedavi için vaka başına ödeme yöntemini kullanmak (bu yöntemle, hastanın hastanede bulunduğu sürede ne kadar hizmet sunulursa sunulsun, bunlar için sabit bir ödeme yapılır)
- Birinci basamak sağlık hizmetleri için adam başı ücret yöntemini kullanmak (bu yöntemle, hastaya sunulan hizmetlere bakılmaksızın her bakım yılı için sabit bir ödeme yapılır)
- Hizmet sunucuların protokolleri (klinik yollar gibi) takip etmesini sağlamak; bu yöntem, iyi klinik uygulamaları tanımladığından ve özendirdiğinden ilave bir avantaja sahiptir)
- Kötü uygulamaları tespit etmek ve bunları ortadan kaldırmak için denetim yapmak
- Satın aldığı değer yüksek olduğu düşünülen bağışıklama gibi faaliyetler için teşvik ödemeleri.

Bu ikinci yaklaşımın bir başka biçimi, sağlık hizmetleri arzının kısıtlanmasını içermektedir. Sıklıkla kısıtlanan arzlar arasında hastane yatak sayısı, hekim, ilaç ve tanı tesisi sayıları yer almaktadır. Arzlar kısıtlanır ve hizmet sunucular öncelikli sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yanıt verirlerse; bunlar önceliği, kısıtlanan sağlık hizmeti kaynaklarından en çok faydalanacak olan hastaların tedavisine verecektir.

Birçok ülkede örnekler, hizmet sunucuların iyi tasarlanmış özendirmelere daha zekice ve çabuk yanıt verdiklerini göstermektedir. Örneğin, 1990'dan sonra Avustralya devlet hastanelerinde vaka başına ödeme yöntemine geçilmesi, verimlilikte önemli gelişmeler kaydedilmesini ve hizmetlere öncelik tanıma yöntemlerinin büyük oranda iyileştirilmesini beraberinde getirmiştir.

Kimileri arz yönlü teşvikleri, özellikle de uzun süredir devam eden uygulamalar ile aşılması gereken inanışların bulunduğu Türkiye'deki gibi bir sağlık hizmeti sisteminde, uygulamanın çok zor olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle de, kısa vadede maliyetleri ve kullanımı kontrol etmek için talep yönlü teşviklerin gerekli olduğunu ifade etmektedirler.

2.2.5 Eş ödemeler

Eş ödemelerin gerekçesi

Yukarıda ele alındığı üzere, yasal sağlık sigortasından sağlanan teminatlara, bunların satın aldığı değere - sağlık kazançları olarak ifade edilen değer - göre öncelik tanınmalıdır. Sonuçta, öncelikli hizmetler ideal olarak ücretsiz sunulmaktadır. Bu, yıllardır Türk sağlık hizmeti politikasının bir köşe taşıını oluşturmakta ve Türk toplumunun değerleriyle çakışmaktadır.

Kimileri, eş ödeme yönteminin hiç uygulanmamasını gerektiğini güçlü bir şekilde ifade etmektedir. Daha fazla paraya ihtiyaç varsa, bu para sigorta katkı payları artırılmak suretiyle herkesten toplanmalıdır. Artırılmış eş ödemelere bağımlılık, hastaların ilave ödeme yapması anlamına gelmektedir.

Buna karşı bir itiraz, eş ödemeleri uygulamanın katkı paylarını artırmaya göre siyasi bakımdan çoğunlukla daha kolay bir yol olduğudur. Bu, kısmen eş ödemededen en olumsuz etkilenen kişilerin daha güçsüz ve daha sessiz olması nedeniyledir.

Ayrıca, eş ödemelerin yüksek sağlık hizmeti maliyetleri hakkında net bir mesaj verdiği dile getirilmektedir. Bununla birlikte, bir başka iddia, eş ödemelerin yararlı olduğu, çünkü bunların gereksiz kullanımı ve makul olmayan hizmet beklentilerini azalttığı yönündedir. Elbette, eş ödemeler, özellikle yoksullar ve hastalar için de gerekli ve önemli hizmetleri azaltmaktadır.

Dikkate alınması gereken bir başka etmen daha vardır. Eş ödemeler, bireylerin sigorta katkı paylarını artırmaktan ziyade, olasılıkla daha yüksek bir idari gider ortaya çıkaracaktır.

Genel ifadeyle, özellikle değeri yüksek olan hizmetlere uygulanırlarsa, eş ödemeler istenmemektedir. Kişiler, tedavilerini kendileri karşılamak zorunda olurlarsa; tedavi, sağlık durumlarındaki ciddi bir bozulmayı önlemek için gerekli olsa bile sağlık hizmeti kullanımından vazgeçebilirler. Sonuç olarak, sağlıktaki bozulmanın artması, uzun vadede çok daha pahalı tedaviye ihtiyaç duyulmasına yol açtığından, sağlık hizmeti sisteminin genel verimliliği etkilenmektedir.

Dahası, eş ödemeler yükselmekte ve kronik hastalığı olan ve isteğe bağlı sağlık hizmeti ihtiyaçları azalan kişiler, özellikle yoksullarsa, mali açıdan çok ciddi bir biçimde etkilenmektedirler.

Öte yandan, yüksek gelir grubundaki kişiler için eş ödemeler herhangi bir sorun teşkil etmemektedir; sonuçta, bu kişiler yoksullara göre daha fazla ve daha iyi sağlık hizmetine erişebileceklerdir.

Eş ödemelere ilişkin yaklaşım

Eş ödemelerin üç temel şekli vardır. Ön ödemeli muafiyet (front-end deductible) yöntemi, hastanın, fiyatına bakılmaksızın her hizmet için sabit bir ödeme yapması gereken bir yöntemdir. Örneğin, hasta toplam fiyat ister 100 YTL ister 500 YTL olsun, ilk 10 YTL'yi ödemek zorunda kalabilecektir.

Tavan eş ödemesi yönteminde, hasta, fiyatın sabit bir tutarın üstündeki kalan miktarını öder. Örneğin, sigorta 500 YTL'ye kadarını ödeyebilir. Fiyat bu tutarın altında ise hasta herhangi bir ücret ödemez. Fiyat 700 YTL ise, hasta bunun 200 YTL'sini ödeyecektir.

Son olarak, oransal eş ödeme yönteminde ise, hasta sabit bir oranı öder. Örneğin, oran %10 ise, hasta, 400 YTL'lik bir fiyatın 40 YTL'sini ödeyecektir.

Bu yöntemlerin her biri zengin ile yoksulu, hasta olan ile sağlıklı olanı farklı şekillerde etkilemektedir. Örneğin, sık bakıma ihtiyaç duyan yoksul bir kişi, hizmetlere düzenli olarak ihtiyaç duyuyorsa tavan eş ödemesini tercih edecektir ve her bir hizmetin bedeli tavan tutarın altında olacaktır. Ancak, genelde sağlıklı olan ve kalça replasmanı gibi tek, çok pahalı bir ameliyata ihtiyaç duyan zengin bir kişi ise ön ödemeli muafiyet yöntemini tercih edecektir.

Buradan, her bir hizmet türünün kendi dayanak noktalarına göre dikkate alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Satın alınan değer, ne tür kişilerin (zengin veya yoksul, genç veya yaşlı, vb.) hizmete ihtiyaç duyduğu ve ne tür sağlık sorunlarının (akut veya kronik, yaşamı tehdit edici olan ve olmayan, vb.) mevcut olduğu gibi hususların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Tasarımı en iyi sistem, eş ödeme modellerinin dikkatli bir biçimde seçilmiş bir karmasını kullanacaktır.

Eş ödemeler ve teminat paketi

Yukarıda ele alındığı üzere, sağlık bütçeleri hiçbir zaman sağlık hizmeti talebini karşılamaya yeterli olmamıştır ve hükümetlerin mevcut fonları en iyi nasıl kullanacaklarını belirlemeleri gerekmektedir. Bu tartışma bağlamında, SGK'nın mevcut bütçe limitleri dahilinde bir teminat paketi hazırlaması gerekecektir. Bu paketin hazırlanması sırasında SGK'nın önünde bir dizi seçenek olacaktır; ancak, SGK'nın kilit kararı, eş ödemeyi içermeyen daha sınırlı bir hizmet paketi mi yoksa paketin kapsamını genişleterek, bu genişletme sonucunda ortaya çıkan ek hizmetlerin maliyetlerini karşılamaya yardımcı olacak ve olasılıkla bunların kullanımını sınırlandıracak olan eş ödemelerin uygulanması mı gerektiği yönünde olacaktır.

Daha önce değinildiği üzere, eş ödemelerin zenginlere göre yoksullar üzerindeki etkisi çok daha fazla olabilecektir ve bu ödemelerin zarar verici niteliğini hafifletmek için politika belirleyiciler, sosyal güvenlik ağlarının uygulanmasını gerekli görmüşlerdir. Bu tür tedbirler, eş ödeme yükünden ciddi ölçüde etkilenen kişileri, bu ödemeleri yapma gerekliliğinden kurtararak korumayı amaçlamaktadır.

2.3 Sağlık hizmeti bilgi sistemleri

Sağlık hizmeti sunumu, en bilgi yoğun endüstrilerden biridir. Bütün bilgi türlerini kaydetmek, saklamak, işlemek ve raporlamak çok pahalı olacaktır. Dahası, klinik tedavi uzmanları hiçbir açık değeri bulunmayan raporlama gerekliliklerine tamamen uygun hareket etmeyecektir.

Türkiye'deki hedef, hem kullanımları hem bilgi maliyetlerini dikkate alacak şekilde tasarlanmış, maliyet etkili bilgi sistemlerine sahip olmak olmalıdır. Bu sistemler uzun vadeli bilgi planları, ulusal veri tanımları ve ilgili diğer araçlarla desteklenmelidir.

Diğerlerine bakıldığında, veri toplama veya analizinde hiçbir fazlalık olmamalıdır. Bu yüzden, sigortacılar, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve hizmet sunucuların kendilerinin rol ve bilgi ihtiyaçlarının net bir şekilde tanımlanması temel önem arz etmektedir.

2.3.1 Optimum dış raporlama gereklilikleri

Yukarıda belirtildiği üzere, bilgileri toplamak, işlemek ve iletmek pahalıdır ve klinik tedavi uzmanları kendileri için hiçbir açık değer ifade etmeyen bilgileri kaydetmekte gönülsüz davranmaktadırlar. Bu nedenle, yalnızca yüksek bir değer satın alan bilgilerin toplanması ve sağlık sigortacıları ile sağlık sektörü merkezi kurumları gibi dış kurumlara iletilmesi gerekmektedir.

Mevcut raporlama gerekliliklerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve bu gerekliliklerin, devam ettirilmeleri için güçlü mantıksal nedenler bulunmuyorsa terk edilmeleri şarttır. Ayrıca, tam araştırma yapılmadan hiçbir bilgi ögesinin eklenmemesi veya değiştirilmemesi ve hizmet sunuculara, toplama ve işleme sistemlerinin etkili bir biçimde değiştirilmesine imkan tanımak için yeterli uzun süreler verilmesi gerekmektedir.

2.3.2 Hasta bakımın bir yan ürünü olarak yönetim bilgileri

Birçok ülkede, basitçe bir dış gerekliliği karşılamak, bir başka deyişle hizmet sunucu kurumun bünyesindeki klinik tedavi uzmanlarının dışındaki kişiler veya hizmet sunucu kurumun kendisi dışındaki organlara ilişkin yönetim amaçlarını yerine getirmek üzere, toplanması ve işlenmesi

gereken çok fazla bilgi bulunmaktadır. Sıklıkla, hizmet sunucular üzerinde sonuç olarak ortaya çıkan yük veya sunulan bilgilerin potansiyel zayıf yönlerine ilişkin anlayış güçlü olmamaktadır.

Mümkün olduğunca, sağlık hizmeti sisteminin herhangi bir düzeyindeki yönetim amaçlı bilgiler, klinik ekiplerin bireysel hastaların bakımını idare etmek için ihtiyaç duyduğu bilgilerin analizi ile elde edilmelidir. Odak noktasını, klinik ekiplerin kendi amaçları için topladıkları bilgilerin geliştirilmesi ile bu ekiplerin söz konusu bilgileri daha sonra nasıl sakladıkları, analiz ettikleri ve ilettikleri konusu oluşturmaktadır.

Diğer kurumlar, potansiyel olarak yararlı olabilecek ek bilgileri oluşturabilirler. Örneğin, sağlık sigortacıları, üyelerinin sosyo-ekonomik özellikleri ile ilgili bilgileri oluşturabilirler. Ancak, şu konuya ilişkin genel itiraz geçerliliğini sürdürmektedir: Sigortacıların, hasta bakımın yan ürünleri olan bilgilere güvenmesi gerekmektedir.

2.3.3 Düşük maliyetli, doğru klinik kodlama

Hastaların klinik özelliklerinin bilgisayar ortamında oluşturulan kayıtları, iyi klinik uygulamasının temel önem arz eden bir parçasını oluşturmaktadır. Bu kayıtların önemi yalnızca her bir hastanın iyi olma durumuna ilişkin değildir. Bunlar ayrıca, devam eden araştırma ve değerlendirme için en önemli bilgi kaynaklarından biridir.

İlk etapta, Türkiye, klinik profesyonelleri, bilgisayar ortamında oluşturulmuş klinik kayıtların tasarımı, tekrar tasarımı, işletimi ve değerlendirmesi için sorumluluk almaya özendirmeli ve bu sorumluluğu almalarını kolaylaştırmalıdır. Sistem oturduktan hemen sonra, kodlamanın hizmet sunucu kuruluşlardaki görevli personel tarafından yapılmaya devam edilip edilmemesi gerektiğine karar verilebilir.

Bu proje ilerledikçe, ulusal kodlama kuralları ve süreci desteklemek için ulusal düzede geliştirilmiş ve muhafaza edilmiş araçlar (yazılım ve el kitapları gibi) ortaya çıkacaktır. Bu durumda, ödeme sistemleri, iyi klinik uygulamanın yan ürünleri olan bilgileri kullanabilecektir.

2.3.4 Hasar bilgilerinin etkili kullanımı

Sigorta fonları olasılıkla, üyeler, hizmet sunucular ve işlemleri izleyen kapsamlı idari sistemlere sahip olacaktır. Bu idari bilgiler, klinik kayıtlar ile birlikte, sektörde kapsamlı bir sağlık bilgi yönetim sistemi için temel oluşturacaktır.

İdari işlemlerinin bir parçası olarak sigorta fonları, tazminatları ve ödemeleri dikkatle tetkik edeceklerinden, hizmet sunucunun performansını uygunluk ve bakım kalitesi açısından izleyecekleri bir konumda olacaklardır.

Fonlar, hizmet sunucularla işbirliği içinde, şablon analizi, klinik yollara karşı örnek denetleme ve hastalar ile ailelerine yönelik anketleri içeren izleme ve geri bildirim programlarını yürütürler. İzlemenin amacı, şu bakımlardan herkes için net olmalıdır: Sağlık hizmeti sunumunda iyileştirme fırsatlarını belirlemek ve hizmet sunucuları iyileştirme yönünde teşvik etmek. Sansür ya da eleştiri, hedef olmamalıdır. Daha ziyade, hedef, sürekli öğrenme olmalı, sigortacılar ile hizmet sunucular denetim süreçleri için eşit girdilere sahip olmalıdır.

2.4 Halkın ve Tüketicinin Katılımı

Dünya genelindeki örnekler, halkın katılım oranının yüksek olduğu ülkelerin daha iyi sağlık hizmeti sistemlerine sahip olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, halkın topluca sağlık hizmetlerine ilişkin çok iyi kararlar alma eğilimi göstermesidir.

Ancak, halk iyi bilgilendirilmelidir. Sürekli etkili bilgilendirme yöntemleri olmak zorundadır ve sağlık kurumları, halkın düşüncelerini dinlemeye istekli olmak ve bu düşünceleri hayata geçirmek üzere hareket etmek zorundadırlar.

Tüketiciler lider bir rol üstlendiğinde daha iyi yönetilen birçok konu vardır. Sağlık hizmetlerine kaynaklarının ne kadarının aktarılacağı, sigorta aracılığıyla hangi hizmetlerin sunulabileceği ve hangi hizmet sunucuların kullanılacağına karar vermek, bu konular arasındadır.

Tüketicilerin katılımı iki temel nedenden ötürü önemlidir. Birincisi, tüketicilerin bilgi edinme, görüşlerine başvurulması ve toplu kararlarda yer alma hakkı vardır. İkincisi, tüketiciler hizmetlerin verimliliği ve etkililiğine katkıda bulunabilmektedir. Ancak, tüketici katılımı iyi tasarlanmalı ve sürekli mali desteğin verilmesi dahil olmak üzere desteklenmelidir.

Tüketicilerin bireysel olarak ve topluca aldığı kararları birbirinden ayırmak çok önemlidir. Topluca alınan kararlar, tüketicilerin iyi bilgilendirilmesi halinde neredeyse her zaman yararlı olmaktadır. Ancak, bireylerin kararları ile ilgili olarak, daha fazla dikkat sarf etmek gereklidir.

Bazı durumlarda, bireylerin kararları değerli olabilmektedir; hizmet alacakları pratisyen hekimi seçme özgürlükleri olduğunda olduğu gibi. Diğer durumlarda ise, bir grup bireyin tercihi kendilerine yararlı iken başkalarına zarar verebilmektedir. Örneğin, bireysel tüketicinin kıt sağlık hizmetlerine daha önce erişmek için daha fazla ödeme yapma özgürlüğü, daha dezavantajlı konumdaki kişilerin haklarının ihlalini doğurabilmektedir. Eşit derecede önemli olan bir başka yön ise, bireyler kendi sağlıklarına zarar veren kararları almakta özgür olmamalıdır; tarama hizmetleri veya profilaktik ilaç kullanımından kaçınmak gibi.

2.5 Sağlık hizmeti yönetimi süreci ve planlama

Yukarıda ele alındığı üzere, dünyadaki bir çok ülke aşağıda sıralanan ortak sağlık sistemi hedeflerini paylaşmaktadır:

- Maliyet bilincinin olduğu bir ortamda kaliteli sağlığa erişimi devam ettirmek/ iyileştirmek
- Sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının hizmet sunuculara tahsisinde tutarlılık ve adaleti özendirmek
- Sağlık hizmetleri planlaması ve yönetimi için kullanılan bilgilerin merkezi düzeyde ve hastane düzeyinde güvenilirliğini artırmak
- Tıbbi uygulamaların kalitesi ve uygunluğunu değerlendirmek

Sağlık hizmeti kaynaklarının seferber edilmesinde kullanılan yöntemlerin tanımlanmasına ek olarak, sağlık finansman çerçevesi etkili sağlık yönetimi ve sunumu konularına hitap etmelidir.

Başarılı bir sağlık hizmeti yönetimi süreci, dinamik bir süreçtir ve hem uzun vade hem kısa vadede iyileştirme olanaklarını dikkate alarak, sistem faaliyetlerini sürekli değerlendirir. Bu süreç, tüketiciler dahil olmak üzere ilgili bütün tarafları kapsar ve iyileştirmelerin gecikme olmaksızın uygulanmasında etkilidir.

Süreç, yönetimin birkaç düzeyde, değişen vurgularla gerçekleşmesi gerektiğini kabul etmekte ve bu yüzden, karar almayı desteklemek üzere uygun bilgilerin kullanılabilir olmasını sağlamaktadır. Ancak, süreç ayrıca, her klinik kararın kaynak tahsisine ilişkin bir karar olması ve kaynak tahsisine ilişkin her kararın klinik uygulamayı etkileyebilmesi gibi birbiriyle bağlantılı durumların farkındadır.

2.6. Sağlık Finansman Stratejisine İlişkin Öneriler

Türkiye için planlanan çeşitli sağlık finansman reformu girişimleri, reform sürecinde karar alma sürecini yönlendirecek temel ilkeleri oluşturan genel bir strateji bağlamında üstlenilmelidir. Böyle bir strateji için dikkate alınması gereken yönlendirici ilkeler şunlardan oluşmalıdır:

Genel sağlık sigortası: Göstergeler, toplumun tamamına yönelik zorunlu sigortalılığın genel olarak daha iyi bir sağlık durumu elde edilmesini sağladığını ve hakkaniyete dayalı sağlık hizmeti erişimini artırdığını ortaya koymaktadır; zorunlu sigorta ayrıca birçok açıdan daha verimli olma potansiyeline sahiptir.

Sağlık gelirleri tahsilatının kademelendirilmesi Birçok Batılı demokrasi, sosyal dayanışmanın korunması ve geliştirilmesinde temel önemde olduğuna inandıklarından, vergiler ile sağlık sigortası katkı paylarının tahsilatında gelir oranlaması yaklaşımını kullanmayı seçmişlerdir.

Sağlık sigortası çerçevesi: Bu yüzden, sağlık finansman reformu, önceliği, kapsamlı bir teminat paketine hakkaniyete dayalı erişim sağlayan, güçlü ve ihtiyaçlara cevap veren bir yasal sağlık sigortası planının oluşturulmasına vermektedir. Bu plan oluşturulmaz, isteğe bağlı sağlık sigortası, yasal teminatlarla rekabet etmekten ziyade bu teminatları tamamlayan ve bunlara ek olan bir sigorta konumuna getirilebilecektir.

İhtiyaçlara dayalı ödeme: Kıt sağlık kaynaklarını, bunlara en çok ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmek önemlidir; kullanılabilir bütçe, ihtiyaç ağırlıklı nüfus formüllerine göre bölgesel gruplamalar ile diğer nüfus gruplamaları arasında paylaştırılmalıdır.

Hizmet kullanımını yönetmeye ilişkin özendirmeler: Eş ödemeler yoluyla tüketicilere yönelik özendirmeler eşitsizlikler ortaya çıkarırken; hizmet sunucuya ödeme yapılmasına ilişkin tutarlı stratejiler ile güçlendirilen sınırlandırma kararlarının alınmasında hizmet sunucular daha iyi bilgilendirildiklerinden, arz yönlü hizmet sunucu teşvikleri, talep yönlü tüketici teşviklerine göre daha tercih edildir. İdeal olanı ise, hizmet kullanımını yönetmede her iki teşvikin de kullanılmasıdır.

Gatekeeping ve sevk: Sağlık hizmeti, maliyet etkili bir yolla sunulacaksa, iyi tasarlanmış sevk ve *gatekeeping* sistemi temel önem arz eder. Ödeme sistemleri, sevklerin doğru bir şekilde yapılması için mali özendirmeler sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır; hizmet sunucuların hastaları doğru zamanlarda uygun yerlere sevk etmeleri yönünde teşvik edilmelerinin ve olasılıkla sevk edilen hastaların tedavisini yapacak olan hizmet sunucuların daha karmaşık vakaları tedavilerinde uygun bir biçimde tazmin edilmelerinin sağlanması gerekir.

Eş ödemeler: Özellikle de değeri yüksek hizmetlere uygulanmaları halinde zorunlu eş ödemeler istenmemektedir; kişiler tedavinin maliyetini büyük ölçüde kendileri karşılamak zorunda kalırlarsa, sağlık hizmetini kullanmaktan vazgeçebilirler; bu da bir bütün olarak toplumun zararına olan bir durum ortaya çıkarabilir; eş ödemeler uygulanırsa, düşük gelir grubunda bulunanları ve kronik hastaları koruyacak bir güvenlik ağı oluşturulmalıdır.

Karşılanabilir teminat paketi: Sağlık bütçeleri hiçbir zaman sağlık hizmeti talebini karşılamaya yeterli olmamıştır ve hükümetler mevcut fonları en iyi nasıl kullanacaklarına ilişkin kararlar almak zorundadır; Sağlık Bakanlığı ile SGK'nın mevcut bütçenin limitleri dahilinde bir teminat paketi hazırlaması gerekecektir ve önlerinde bir dizi seçenek olacaktır; değeri yüksek hizmetlerden oluşan ve eş ödemeyi içermeyen daha sınırlı bir hizmet paketi mi yoksa paketin kapsamını genişleterek, bu genişletme sonucunda ortaya çıkan ek hizmetlerin maliyetlere yardımcı olacak ve bunları karşılayacak olan eş ödemelerin uygulanması mı gerektiği yönünde kilit bir karar alınacaktır.

Sağlık bilgi sistemi: Maliyet etkili bir bilgi sisteminin (HIS) geliştirilmesinde bilgilerin hem kullanımı hem maliyeti dikkate alınmalıdır; HIS, uzun vadeli bilgi stratejileri ile ulusal veri tanımları gibi standartlar ve ilgili diğer araçlarla desteklenmek suretiyle geliştirilmelidir; sektör genelinde kapsamlı bir sağlık bilgi yönetim sistemi hem sağlık fonu idari verilerine hem hizmet sunucunun klinik kayıtlarına dayanmalıdır.

Tüketici katılımı: Dünyadaki örnekler, halkın katılım oranının yüksek olduğu ülkelerin daha iyi sağlık hizmeti sistemlerine sahip olduğunu göstermektedir; tüketici katılımı iki nedenden ötürü önemlidir – birincisi, tüketicilerin bilgi edinme, görüşlerine başvurulması ve toplu kararlarda yer alma hakkı vardır; ikincisi, tüketiciler hizmetlerin verimliliği ve etkililiğine katkıda bulunabilmektedir; bununla birlikte, tüketici katılımı iyi tasarlanmalı ve sürekli mali desteğin verilmesi dahil olmak üzere desteklenmelidir.

3. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Ödeme Yapılmasına İlişkin Esaslar

3.1 Çıktıların Sınıflandırılması

Alıcı kurumlar ile hizmet sunucu kurumlar, çıktıları (sağlık hizmeti kategorileri) standart bir biçimde tanımlamalıdır. Aksi halde, adil ödeme sağlanamayacak veya sağlık sistemindeki performans karşılaştırılmayacaktır.

5 büyük çıktı grubu tanımlıyoruz. Bu gruplar da 18 büyük alt çıktı grubuna ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla çıktı sınıflarına – ödemeye esas çıktılar – ayrılmaktadır.

Her bir çıktı sınıfı için tanımlanmış bir çıktı, bir başka deyişle kullanılacak nicelik ölçüsü, bulunmalıdır. Örneğin, akut yatan hastalar, hastaneye kabullerinden taburcu edilmelerine kadar geçen sürede komple epizotlar olarak kabul edilecek ve olasılıkla vaka bileşimi üzerinden ödenecektir; ayakta tedavi klinikleri ise hizmet karşılığı ödemeye tabi olabilecek konsültasyonlar olarak kabul edilecektir.

Beş büyük çıktı grubu ile 18 büyük alt çıktı grubu Şekil 2'de listelenmektedir. Hizmet sunucu kurumların bütün çıktıları, bu kategorilerden birine (yalnızca birine) tahsis edilebilmektedir.

1. büyük çıktı grubu: Halk sağlığı hizmetleri

Bunlar, bireylerden ziyade nüfus kesimlerinin sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetleri gruplara ayırmanın birçok yolu vardır; ancak, aşağıdaki yaklaşım en yaygın kullanılanıdır.

1.1 Gıda ve ilaç güvenliği – Politika ve düzenlemeler, anlayış ve bağlılığı artırmak, politika ve düzenlemelere bağlılığı denetlemek.

1.2 Çevre güvenliği – Bu kategori, çevrenin genel toplum sağlığına yönelik risklerine ilişkindir. Bu riskler hava, su ve fiziksel atıkla ilgilidir. Eylemler arasında düzenleme, anlayışı geliştirme ve denetim bulunmaktadır.

1.3 Sağlık Eğitimi ve diğer halk sağlığı hizmetleri – Halk sağlığı ile ilgili diğer bütün çıktıları kapsayan bir yedek sınıftır. Örneğin, bu sınıfın kapsamına konut alanındaki iyileştirmeler, sigara bıraktırma programları ile egzersiz kampanyaları girebilmektedir.

2. büyük çıktı grubu: Hastane dışı kişisel sağlık hizmetleri

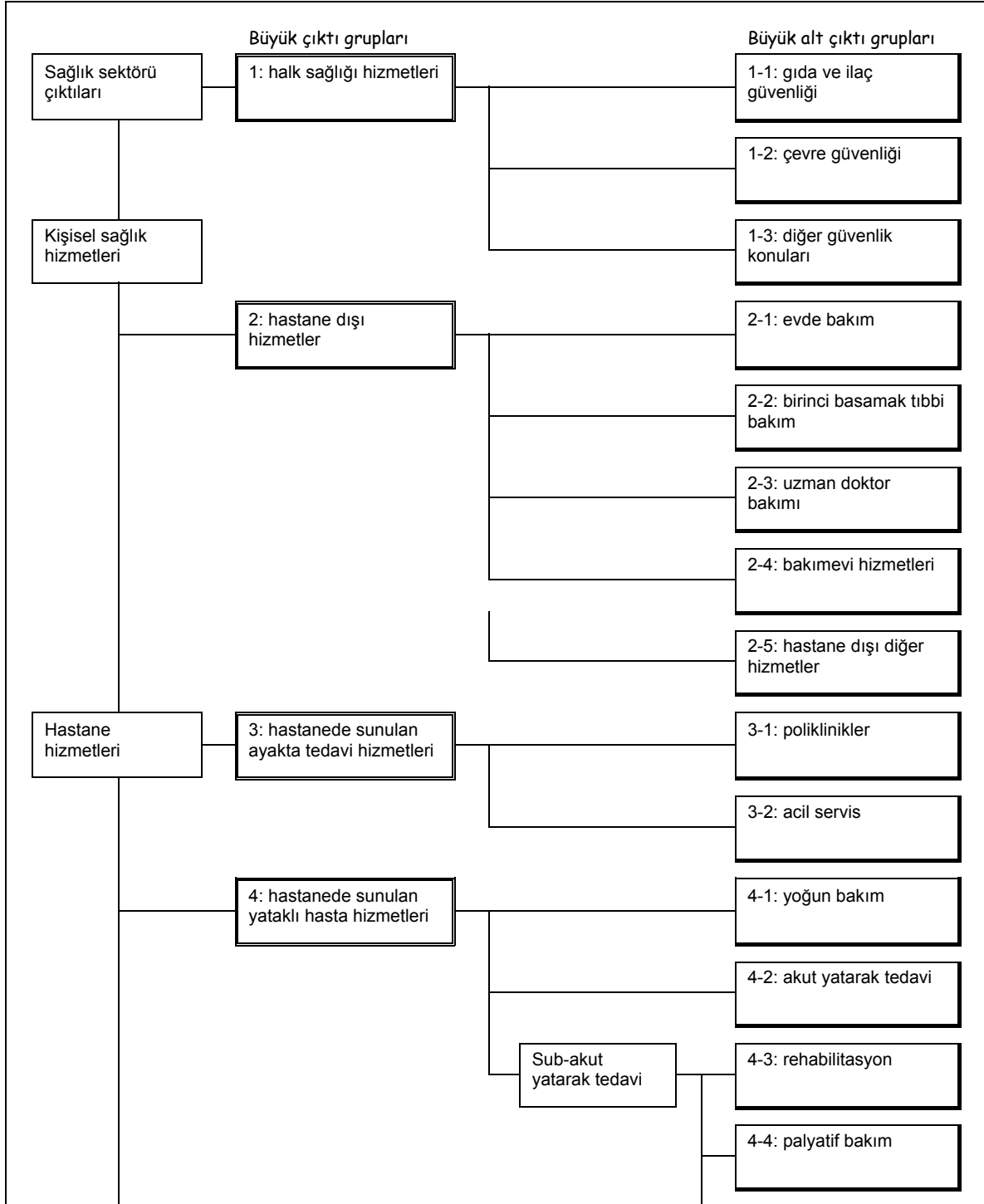
Bunlar, halk sağlığı hizmetlerinden ziyade bireylere verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, hastane dışında, sağlık merkezleri, özel doktor klinikleri veya hastaların kendi evinde sunulur. Bu hizmetlere bakımevi hizmetlerinin dahil olmadığını unutmayınız.

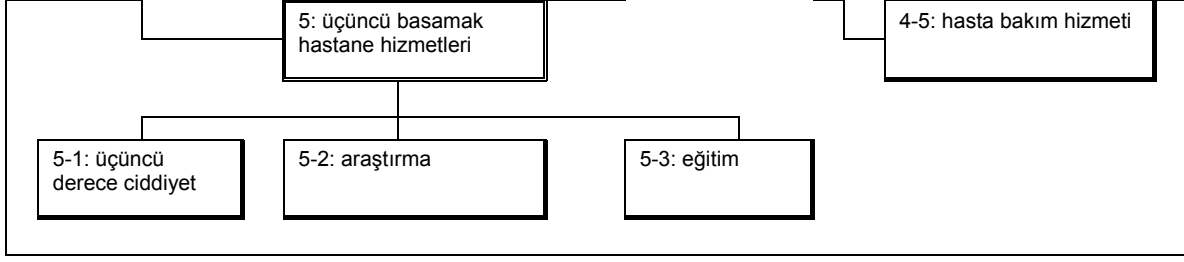
2.1 Evde bakım hizmetleri – Evde bakım hizmetleri, hastanın kendi evinde verilir. Bir grup evinde, bir başka deyişle günlük yaşam faaliyetleri (ADL) desteği ile diğer desteklerin barınma paketinin bir parçası olarak sunulduğu (bakınız bölüm 2-4) grup konut tesisleri, verilen

hizmetler evde bakım hizmetlerinin dışındadır. Bir aile hekiminin sunulan birinci basamak tıbbi hizmetler (2-2) de evde bakım hizmetlerinin dışındadır.

2.2 Birinci basamak tıbbi hizmetler (aile grup uygulaması) – Bunlar, bir birinci basamak pratisyen hekimin kendi kliniğinde, bir sağlık merkezi veya kliniğinde ya da hastanın evinde bulunduğu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler genellikle birinci basamak tıbbi bakım, bakım koordinasyonu ile *gatekeeping*'den (daha yüksek bakım düzeylerine erişimin kontrolü) oluşacaktır.

Şekil 2: 5 büyük çıktı grubu ile 18 büyük alt çıktı grubu





Birinci basamak tıbbi hizmetler başlığı altında verilen tipik hizmetler küçük yaralanmaların tedavisi, sağlık check-up'ları ile bağışıklama gibi koruyucu hizmetleri içerir.

2.3 Hastane dışında uzman doktorca sunulan tıbbi bakım – Bu bakım, bir uzman doktorun hastane dışında sunduğu hizmetleri kapsar. Bunlar, hastane sözleşmeleri kapsamında bulunmayan bir sözleşmeli uzman doktorun sunduğu hizmetlerdir.

2.4 Bakımevi hizmetleri – Bunlar, günlük yaşam faaliyetlerini (giyinme, yeme, yıkanma, vb.) sürdürmek için bir hastabakıcının bakımı ve desteğine ihtiyaç duydıklarından kendi evlerinde yaşayamayan kişiler için kurulan bir bakımevinde sunulan hizmetleri içerir. Hastaların bakım ihtiyaçları 4. ve 5. büyük alt çıktı grubunda bulunan hastalarinkine benzerdir. Ancak, bu kategoride tesis (bakım evi) özellikle bu hastalara yönelikken, bir hastane diğer hastaların da ihtiyaçlarını karşılamaktadır.

2.5 Diğer toplum sağlığı hizmetleri – Bu yedek bir kategoridir: bir başka deyişle, bu kategoriye, diğer kategorilere konulamayan hizmetler ile hizmet sunucuları girer. Bu yedek kategorilerin bir bölümü normalde ayrıca tanımlanabilmektedir; ancak, şu anda bu bir öncelik değildir.

3. büyük çıktı grubu: Hastanede sunulan ayakta tedavi

3.1 Hastanede sunulan ayakta tedavi (ayakta tedavi kliniği) – Ayakta tedavi kliniğinde yapılan bakım, resmi olarak bir hastanede veya hastane personeli tarafından gerçekleştirilir; yatarak tedavi veya acil serviste yapılan ayakta tedavi bu kapsamda değildir. Bu kategori kapsamına, birçok türde klinik tedavi uzmanı - yalnızca uzman doktorlar değil aynı zamanda hemşireler, fizyoterapistler, vb. - tarafından verilen hizmetler girer.

3.2 Acil serviste yapılan ayakta tedavi – Acil serviste yapılan ayakta tedavi hizmeti, resmi olarak bir hastanede, onaylanmış bir acil serviste sunulur. Bu hizmet yalnızca ayakta tedaviyi (hastanın hastaneye kabul edilmediği hallerde) içeriyor olup, yatarak tedavi bu hizmet kapsamında değildir. Bir yatarak tedavi epizodundan hemen önce gelen, acil serviste yapılan bakım da bu hizmet kapsamına girmez. Hastanın viziti, planlanmamıştır.

4. büyük çıktı grubu: Hastanede sunulan yataklı hasta hizmetleri

4.1 Yoğun bakım – Yoğun bakım, genellikle APACHE-2 benzeri bir sistemle ölçülen çok yüksek yaralanma veya ölüm riski taşıyan hastalara sunulan bakım hizmeti olarak tanımlanır. Bu hizmet, hastanenin, uygun tesisleri (örneğin, ventilasyon tesisleri) ve yoğun bakım konusunda eğitim almış uzman klinik personeli olan bir yoğun bakım ünitesinde sunulur.

4.2 Akut yatarak tedavi – Akut yatarak tedavi hizmeti, hastaneye, acil yaralanma veya ölüm riski ile gelen veya tedavileri riskli olan hastalara sunulur. Sonuç olarak, bu hastalara yönelik bakımın uzman personel ve özel ekipmanla gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Klinik bakımdan gerekli olduğundan, hasta en az dört saatlik bir süre ile yatırılır. Esas amaç rehabilitasyon

veya palyatif bakım değildir; hasta, bakımdan ve ADL desteğinden fazlasına ihtiyaç duymaktadır (aşağıda bölüm 4.3, 4.4 ve 4.5'te olduğu gibi). Bu proje için geliştirilmekte olan vaka bileşimi araçları, bu bakım kategorisine ilişkin çıktı birimlerini tanımlar.

4.3 Yataklı hasta rehabilitasyonu – Yataklı hasta rehabilitasyon hizmeti, bir yatan hastaya sunulur (burada, yatan hasta, klinik bakımdan gerekli olduğundan en az dört saatlik bir süre ile yatırılan hasta tanımına girmektedir). Hastanın fiziksel, sosyal veya psikolojik bir yoksunluğu bulunmaktadır VE işlerlik artırılabilir veya hastanın bu yoksunluğa uyumu sağlanabilecektir. Yoksunluk, aniden (örneğin, bir trafik kazası) veya uzun bir süreye yayılmak suretiyle yavaş yavaş ortaya çıkmış olabilir. Hatta doğumdan kaynaklanmış olabilir. Rehabilitasyon olarak tanımlanabilmesi için bakımın odak noktasını işlevin iyileştirilmesi veya işlevin daha fazla kötüleşmesinin engellenmesi oluşturmaktadır. Hastaya sunulan bakım akut bir nedenden kaynaklanıyorsa epizot, bir rehabilitasyon ögesini içerse bile akut yatarak tedavi epizodu olarak tanımlanmalıdır. Benzer şekilde, hastanın iyileştirilemeyecek işlevsel yoksunlukları bulunuyorsa ve hasta, günlük yaşam faaliyetlerini büyük oranda hasta bakım hizmeti veya desteği ile sürdürüyorsa; epizot, hasta bakım epizodu olarak tanımlanmalıdır.

4.4 Yataklı hasta palyatif bakımı – Yataklı hasta palyatif bakım hizmeti, bir yatan hastaya sunulur (burada, yatan hasta, klinik bakımdan gerekli olduğundan en az dört saatlik bir süre ile yatırılan hasta tanımına girmektedir). Hastanın, iyileştirme umudu olmayan aktif ve ilerleyen bir hastalığı bulunmaktadır. Sonuç olarak, hastanın ölmesi beklenmektedir. Hasta, yaşam kalitesini en yüksek seviyeye çıkaracak bir bakıma ihtiyaç duymaktadır – hastanın, fiziksel, psikolojik, duygusal ve ruhsal ihtiyaçları dikkate alınmak suretiyle. Temel bakım yöntemleri arasında danışma hizmeti, fiziksel semptomların giderilmesi ve günlük yaşam faaliyetlerine destek verilmesi yer almaktadır. Bu bakım türü genellikle bir çok-disiplinli ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Palyatif bakım, ölüm beklentisinden, ayrıca ölümün kendisinden, kaynaklanan duygusal ihtiyaçları ile ilgili olarak hastanın ailesine destek verilmesini de içerir.

4.5 Yatan hasta için hasta bakım hizmeti – Yatan hasta için hasta bakım hizmeti, akut yatarak tedavi, rehabilitasyon veya palyatif bakıma ihtiyaç duymayan hastalara bir hastanede sunulan hizmettir. Hasta yalnızca temel hasta bakım hizmeti, barınma ve günlük yaşam faaliyetleri desteğine ihtiyaç duymaktadır ve olasılıkla şartlar izin verirse bu hizmetler hastaya hastane dışında verilebilecektir. Hasta tıbbi bakımdan istikrarlı bir durumdadır ve günlük tanısız veya invazif bakıma ihtiyaç duymamaktadır.

5. büyük çıktı grubu: Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Üçüncü basamak hastaneleri, genellikle bütün ülkelerde daha pahalıdır. Bunun temel nedeni, bu hastanelerin en komplike hastalara sağlık hizmeti vermesi, ayrıca araştırma ve öğretimin büyük bölümünü üstleniyor olmalarıdır.

Bu yüzden, genellikle, hastane ödeme sisteminde bir çeşit ayarlama faktörü gerekli olmaktadır. Bazı ülkelerde, bu çok basit bir ayarlamadır, tedavi edilen her yatan hasta için %10 daha fazla ödeme yapma gibi. Diğer ülkelerde ise, ikincil tanı ve prosedürlerin sayısı ve türlerini dikkate alma gibi oldukça karmaşık ayarlamalar kullanılmaktadır.

Ayarlamaların, 'üçüncü basamak hastane hizmetleri' başlığı altında verilmelerine rağmen çıktılarının düşük düzeyli hastaneler tarafından oluşturulabileceğini aklınızdan çıkarmayın. Örneğin, düşük düzeyli bir hastane eğitim veya araştırmayı üstleniyorsa, bu hastanenin ödemede bu çıktıları da dikkate alması gerekmektedir.

5.1 Üçüncü derece ciddiyet – Bu kategori, üçüncü basamak hastanelerinin en fazla sevk yapılan hastaneler olduğunu, bu nedenle de bu hastanelerin en karmaşık ve pahalı vakaları aldığını dikkate alır. Hastanın tanısı, hastaya yapılan cerrahi müdahaleler veya hastanın bir

yoğun bakım ünitesine alınması işlemine ilave maliyetler tam olarak yansıtılmaz. 'Üçüncü derece ciddiye' çıktısına, yeni tanı ekipmanının ilk alımı veya halen geliştirme ya da deneme aşamasında olan yeni tedavi türlerinin kullanımı örnek teşkil edebilir.

5.2 Araştırma – Araştırma, sağlık hizmeti sunumu yöntemlerinin iyileştirilmesine yönelik faaliyetleri içerir. Araştırma kapsamına hem klinik hem klinik olmayan yöntemler girer. Mevcut bilgilerin kullanılmasından ziyade yeni bilgilerin oluşturulması da araştırmanın kapsamındadır. Ayrıca, hem klinik hem sağlık hizmeti araştırmalarını kapsar.

5.3 Klinik personel eğitimi (öğretimi) – Klinik personel eğitimi (öğretimi), personelin hasta bakım hizmeti sunma kabiliyetini artırmaya yönelik faaliyetleri içerir. Öğretim için harcanan zaman (öğretmenlerin zamanı) VE öğrenim için harcanan zaman (öğrencilerin zamanı) da bu kapsamdadır.

3.2 Sağlık hizmeti çıktılarının maliyetlendirilmesi

3.2.1 Standart maliyetlendirme

İlke olarak, ürün maliyetlendirmesi yaklaşımının, verimli bir biçimde kaliteli bakım hizmeti sunmanın maliyetinin tahminine dayanması tercih edilmektedir. Fiyatlar, esas olarak (örneğin) önceki yılın fiili maliyetleri veya piyasa güçlerinden ziyade bu değere dayanmalıdır. Bu yaklaşım, standart maliyetlendirme olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık hizmeti bağlamında, standart, karşılanabilir en iyi klinik uygulamanın maliyeti olarak görülebilir - en iyi sonuçları elde etme yoluna ilişkin bilgilerin kaynakların kıtlığının kaçınılmaz olduğu değerlendirilmesiyle birleştirilmesi halinde.

Bu yaklaşımın nasıl uygulanacağını göstermek bakımından, apendektomi için oluşturulan fiyatı düşünün. Apendektomi için uzman bir ekip tarafından bir klinik yol tasarlanıp maliyetlendirilebilir. Bir başka deyişle, önerilen tedavi yöntemi kullanıldığında ortalama ne kadar kaynak kullanıldığını hesaplarız. Bu durumda, elde edilen değer, ödeme oranının ana belirleyicisi olur.

Daha geniş ifadeyle, belli başlı her bir uzmanlık alanı (pediatri, genel tıp, kardiyoloji, vb.) için uzman ekipler oluşturulabilir ve bunlardan büyük hacimli vaka türlerini seçmeleri istenebilir. Ardından, bu ekiplerden seçilen her vaka türü için bir klinik yol hazırlamaları istenebilir. Diğer vaka türleri her yıl eklenebilir.

Her bir klinik yolun taslakları hazırlandıktan hemen sonra, bunlar görüşlerini almak üzere bütün sağlık hizmet sunucularına gönderilebilir ve hizmet sunucuların önerileri, ekipler klinik yollara son şeklini verirken dikkate alınabilir.

Bir klinik yolun maliyetlendirilmesi, uzman klinik ekiplerin ortalama ne kadar kaynağa ihtiyaç duyulacağına ilişkin tahminlerini (hekim ve hemşire zamanı, test ve ilaç sayısı gibi) içerir. Böylece, hesap uzmanları birim maliyetleri (her hasta bakımı dakikasına düşen ortalama maliyet) tahmin edebilecektir.

Standart maliyetlendirme tamamlandığında, sigortacı ile hizmet sunucular arasında fiyatlar müzakere edilebilir. Bu durumda, hizmet sunucuların, uygulayacakları hizmet yöntemlerinin bir örnek temelinde denetlenmesini kabulüne tabi olarak, fiyatların garanti edildiği sözleşmeler yapılabilecektir. Temel denetim yöntemi, klinik yolların düzgün olarak kullanılıp kullanılmadığının denetlenmesi olmalıdır.

3.2.2 Ortalama fiili maliyetler

Fiyatların önceki yılın ortalama fiili hizmet maliyetlerine dayandırılması oldukça yaygındır. Örneğin, geçen yıl bir apendektominin ortalama fiyatı 700 YTL ise bu yıl aynı ameliyatın fiyatı, maliyet enflasyonunu hesaba katmak veya hizmet sunucuya bir kar marjı tanımak amacıyla (örneğin) 750 YTL olabilecektir.

Bu yaklaşımın kullanımı görece kolaydır. Ancak, geçen yıl kullanılan tedavi yönteminin iyi bir tedavi yöntemi olduğunu varsayıyoruz. Aslında, o tedavi kötü de olabilir - düşük kalitede olan veya aşırı kaynak israfı ile yapılan tedavi gibi. Gerçekte, ortalama tedavi şablonlarının optimum düzeyin altında olması sık karşılaşılan bir durumdur. Dahası, gelecek yılın fiyatları için geçen yılın fiyatları baz alınırsa, yenilik yapma isteği zayıflayabilir ve müsrif uygulamalar devam eder.

Bu yüzden, fiili maliyetlendirme, sağlık sisteminden daha fazla verimlilik istendiğinde bir reform ortamında en uygun seçenek olmamaktadır. Ancak, bir reform sürecinin ilk aşamalarında ortalama fiili maliyetlerin hesaplanması, dikkatlerin hizmet sunucular arasındaki maliyetlerdeki değişmeye verilmesini sağlamaktadır ve maliyetlerin en azından makul bir düzeyde tutulmasını beraberinde getirebilecektir.

Reform süreci başladıktan hemen sonra ve sağlık sistemi maliyetleri daha iyi kavrandığında, ortalama fiili maliyetlendirme tahmini, rutin olarak düşük maliyetli bir biçimde yapılmalıdır. Bu yöntem, standart maliyetlerin doğrulanması ve düşük hacimli sağlık hizmeti ürünlerinin fiyatlarının belirlenmesine temel oluşturması bakımından yararlıdır.

3.2.3 Piyasada belirlenen fiyatlar

Fiyatları belirlemenin bir başka yaygın yolu, fiyatların piyasadaki rekabetle oluşturulmasına izin vermektir. A hastanesinin fiyatları B hastanesinin fiyatlarından yüksekse, A hastanesi iş kaybına uğrayabilecektir: müşteriler, A hastanesi ile B hastanesinde bakım kalitesinin neredeyse aynı olduğunu düşünüyorlarsa A hastanesinin yerine B hastanesine gideceklerdir.

Bu yaklaşım, birkaç durumda işe yaramaktadır; ancak, birçok sağlık hizmeti türü açısından bu yaklaşımın ciddi zayıf yönleri bulunmaktadır. Sorunlardan biri, herhangi bir rekabet olmayabilmesidir. Örneğin, Türkiye'nin kırsal kesimlerinde yaşayan hastaların sahip olduğu seçenek genelde azdır. Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye için daha önemli bir sorun, genel olarak, hastaların A hastanesi ile B hastanesindeki bakım kalitesinin aynı olup olmadığına karar verememesidir.

3.2.4 Ürün maliyeti etütleri

Maliyetlendirme süreçlerinde aşırı iş ortaya çıkarmaktan kaçınmak gerekli olsa da ortalama fiili ve standart maliyetlere ilişkin bilgiler önemlidir. Birçok ülkede örnekler, maliyetlerle ilgili olan bütün bilgilerin yalnızca bu bilgilere ihtiyaç duyulduğunda toplanması gerektiğine inanma gibi bir tehlikenin olduğunu göstermektedir. Bilgisayar sistemi tasarımcıları ve satıcılar bu inancın oluşmasında önemli bir rol oynayabilmektedir. Dahası, bireysel hizmet sunucu kurumları kendi daha pahalı yaklaşımlarını geliştirdiklerinde rekabetçi bir avantaj elde edeceklerine inanmaya teşvik edebilmektedirler.

Türk hükümeti için ürün maliyetlendirmesine yönelik kural ve standartların belirlenmesinde önayak olması mantıklı olacaktır. Bu, ortalama fiili maliyetlerin, olasılıkla ürün maliyeti

bilgilerine ilişkin birçok ihtiyacı karşılamaya yetecek bir ulusal yıllık etüdünün yapılmasını içerebilecektir. Hükümet ayrıca, mevcut düşük maliyetli analitik araçları (maliyet dağıtımı yazılımı gibi) kullanmak suretiyle toplam maliyeti azaltabilir.

Bu şekilde yapılacak etüde ilişkin bilgiler büyük oranda, hizmet sunucuların kendi yönetim amaçları için ihtiyaç duyduğu bilgilerin yan ürünleri olacaktır. Bununla, hizmet sunuculardan yalnızca etüt için yararlı olacak bilgilerin istenmemesi gerektiğini ifade ediyoruz. Daha ziyade, hizmet sunucuların vereceği bilgiler, kendi maliyet yapılarının normlarla ne benzerlikleri bulunduğu doğru olarak anlaşılmasında olduğu gibi, diğer amaçları için elde etmek isteyecekleri bilgiler olmalıdır.

Son olarak, ulusal maliyetlendirme programı, ilgili standart maliyetlerin rutin bir şekilde belirlenmesini içermelidir. Bu standartlar maliyetlere, önemli ürünlere ilişkin standart maliyetlerin yanı sıra bu şekilde maliyetlendirilmeyen daha az önemdeki ürünlerle ilgili kademeli olarak genişletilmiş kapsam dahil edilebilir.

3.3 Hizmet sunucuya ödeme yapılması

Hiçbir ödeme sistemi kendiliğinden iyi ya da kötü değildir. Asıl konu, ödemenin sağlık hizmeti sistemini iyileştirip iyileştirmediğidir.

Önemli bir temel hedef, ödeme sistemini hizmet yöntemlerindeki gelişmeleri özendirmek ve ödüllendirmek amacıyla kullanmaktır. Asgari olarak, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyanlara iyi sağlık hizmeti sunma kabiliyetini kısıtlayan ters teşvikleri doğuran zayıf yönler azaltılmalı veya ortadan kaldırılmalıdır.

Bazı sağlık hizmeti sistemlerinde, hakim hedef, hizmet sunuculara adil davranılmasını, mevcut ödemeden adil bir pay almalarını sağlamaktır. Bu önemlidir ancak, tek hedef olmamalıdır. Dahası, hizmet sunuculara adil davranmayı hedeflemek, hastalara (ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkese) adil davranmayı hedeflemek kadar önemli değildir.

3.3.1 Ödeme ve masrafların geri ödenmesi

Ödeme sistemi, ürünlerin tanımlanması ve bir ürün her üretildiğinde önceden belirlenen bir ödemenin yapılması anlamına gelmektedir. Önceden belirlenen ödeme, hizmetin fiili bedelinin ödeme tutarının çok üstünde veya çok altında olup olmamasına bakılmaksızın yapılır.

Buna mukabil, masrafların geri ödenmesi, hizmet sunuculara, fiili olarak harcadıkları tutara eşdeğer bir tutarın geri ödenmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda, hizmet sunucuların ne üretmek zorunda olduğunu tam olarak belirtmemize gerek yoktur. Bilmemiz gereken tek şey, ne harcadıklarıdır.

Önceden belirlenen ödeme modelleri, hizmet sunucu kuruma, hizmetin sunulma biçimi açısından daha fazla esneklik tanıdığından genelde en iyi olan modellerdir. Bu modeller ayrıca, hizmet sunucu kurumu daha verimli olmaya, gereksiz hizmet sunmaktan kaçınmaya, teşvik eder.

3.3.2 Hizmetlerin hesaplanması – epizodik veya zamana dayalı

Zamana dayalı hesaplama ile, satın alınacak hizmet biriminin süre ile, bir gün, bir ay veya bir yıl gibi, tanımlanmasını ifade ediyoruz. Söz konusu sürede sunulan bütün hizmetler, satın alınacak hizmet paketine dahil olacaktır.

Zamana dayalı hesaplama yöntemleri genelde ‘adam başı ücret’ sistemleri olarak adlandırılmaktadır.. Bunun nedeni, ödemenin, ‘sağlık hizmeti etkinliği başına’ biçiminde olmasından ziyade ‘adam başına’ veya ‘kişi başına’ biçiminde olmasıdır. Bunun bir örneği, bir bakımevinde sunulan hizmettir. Bakımevinde sunulan hizmet genellikle bir aylık birimler üzerinden satın alınır. Bir başka örnek ise, birinci basamak tıbbi bakımdır: birçok ülkede, tıbbi bakım bir yıllık birimler üzerinden satın alınır.

Epizodik hesaplama ile ise, satın alınacak hizmet biriminin başlangıçtaki bir olay ve sona erme anındaki bir olay ile, hastaneye kabul ve hastaneden taburcu edilme gibi, tanımlanmasını ifade ediyoruz. Bu durumda, hizmetin fiili süresi değişebilmektedir. Bu süre bir veya birden fazla gün, bir veya birden fazla ay, vb. olabilmektedir.

Bunun bir örneği, bir hastane tarafından sunulan yatarak tedavi hizmetidir – birçok ülkede, bu hizmet epizodik temelde satın alınmakta ve hastaneye kabul ile hastaneden taburcu edilme arasında geçen sürede sunulan hizmetlerin tamamından oluşmaktadır.

Hasta uzun süre çeşitli hizmet türlerine ihtiyaç duyuyorsa, zamana dayalı hesaplama genelde en iyi hesaplama değildir. Kısa bir sürede ele alınabilecek tek bir sağlık sorunu varsa, bu kez epizodik hesaplama en iyi hesaplama değildir.

3.3.3 Çıktıya dayalı ödeme

Çoğu sağlık hizmeti sigortacısı, geçmişte hizmet sunucuların masraflarını geri ödemiştir ve bu birçok ülkede hala yaygın bir uygulamadır. Harcamalar genellikle girdi türüne (sarf malzemeleri veya hemşire maaşları gibi) göre gruplara ayrılmıştır.

Hizmet sunuculara, masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir. Bu yaklaşım, genelde çıktıya dayalı ödeme (örneğin vaka bileşimi) olarak adlandırılmaktadır; hizmet sunucuları ürettikleri ürüne odaklanmaya özendirilmekte ve masraflarını kontrol etmeye teşvik etmektedir. Buna mukabil, girdilerin (klinik tedavi uzmanlarının maaşları veya ekipman kullanımı için yapılan harcamalar gibi) geri ödenmesi kaynakları aşırı, klinik tedavi uzmanının zamanını ise kötü kullanmaya itmektedir.

Çıktıların etkilili şekilde tanımlanması halinde, çıktıya dayalı ödeme, hizmet sunucuların performansının karşılaştırılması için daha iyi bir temel – böylece, verimlilik ve bakım kalitesindeki iyileşmelerin özendirilmesi için daha iyi bir temel – sunar.

3.3.4 Hizmet ‘demetleri’ için ödeme

Almanya, ABD, Çin ve Türkiye dahil olmak üzere birçok ülkede kullanılan yaygın bir yaklaşım, ayrıntılı ödemedir. Bu, her hastaya sunulan her hizmet türü için bir kayıt tutulması anlamına gelmektedir. Bu durumda, her hastanın ücreti ayrıntılı bir listeye dayanmaktadır. Örneğin, bir hastanede yatarak tedavi epizodu için yapılacak ödeme, hastanede kalınan her gün için 200 YTL, A ilacı için 50 YTL, iki tip B enjeksiyonundan her biri için 30 YTL, vb. biçiminde olabilmektedir.

Birleştirilmiş ödeme sistemlerinde ise, bir hastanın bir bakım epizodunda alabileceği hizmet girdilerinin birçok farklı türü için yapılacak ödeme, önceden belirlenen tek bir tutar üzerindedir. Örneğin, apendektomi olan her hasta ödemesi için belirlenen toplam tutar 700 YTL olabilir. Bu tutar bütün apendektomi hastaları için, uygulamada farklı hizmet girdisi demetleri alsalar bile aynıdır. Komplikasyonlu hastaların tedavisi, hastaneye daha pahalıya mal olacaktır; ancak, yapılacak ödeme aynı kalacaktır. Bununla birlikte, hastane ayrıca olasılıkla ortalama olarak tedavileri hastaneye daha ucuza mal olacak, komplikasyonu daha az olan hastaları da tedavi edecektir; bu durumda da yapılacak ödeme aynı kalacaktır. Bu yüzden, hastanenin ortalama masrafları, ödeme oranları veya fiyatlar uygun şekilde belirlenirse belli bir ölçüye kadar karşılanmış olacaktır.

Aynı durum genelde, pratisyen hekim tarafından sunulan hizmetler için de geçerli olmaktadır. Pratisyen hekime her hasta vizitinde ödeme yapmaktan ziyade bakım yılının tamamını kapsayacak tek bir ödeme yapılabilir. Hasta viziti sayısı veya pratisyen hekim tarafından sunulan hizmet türlerine bakılmaksızın, bakım yılına ilişkin ödeme aynı olacaktır.

Ayrıntılı ödemenin bir avantajı, her hasta için ödenen tutarın fiili hizmet bedeli ile yakından ilgili olmasıdır. Daha fazla hizmet alan hastalar daha yüksek ücret ödeyecektir. Ancak, bunun ciddi dezavantajları vardır. İdari karmaşıklık bu dezavantajlardan biridir. Bir başka dezavantaj ise hizmet sunucunun daha fazla gelir elde etmek için daha fazla hizmet sunmaya (gereksiz ilaçlar gibi) mali açıdan teşvik edilmesidir.

Ayrıntılı faturalar karşılığında ödeme yapılan bir hastaneye yönelik teşvikler iyi bilinmektedir. Yatarak tedavi epizodunun ilk günlerinde, kişi hasta olduğundan ve operasyonlar, tanısal testler gibi pahalı hizmetlerin sunulması gerekeceğinden hizmet masrafları yüksektir.

Kişinin hastalığı hafiflemeye ve kendisi de iyileşmeye başlayacağından epizodun sonraki evrelerinde kümülatif masraflar azalır. İhtiyaç duyulan test ve tedavi sayısı daha azdır. Ancak, kümülatif gelirler aynı oranda azalmaz. Yatarak tedavi epizodunun sonraki aşamalarında verilen bir test, ilk gün verilenle aynı oranda ücretlendirilir; 1 günlük barınma ücreti ile 10 günlük barınma ücreti hemen hemen aynıdır. Hastaların daha uzun süre hastanede kalması ve daha fazla hizmet alması, hastaneler açısından daha fazla kar getirici bir durum olduğundan; hastanelerin bunu sağlamanın kendileri için daha iyi olacağı açıktır.

Birleştirilmiş ödemede teşvikler de değişir. Her vaka türü için yapılacak toplam ödeme önceden sabitlenerek, hastaya sunulan hizmet ister az ister çok olsun aynı kalır. Bu, 'kar alanını' değiştirme etkisine sahiptir. Bugün, hastaneler en çok karı hastayı çabuk taburcu ederlerse ve gereksiz hizmet sunmaktan kaçınırlarsa kazanmaktadırlar.

Birleştirilmiş ödeme yöntemi bu proje ile akut bakım yatarak tedavi 'demetleri' veya vakaların DRG'lerle tanımlandığı Türkiye'de pilot uygulama olarak uygulanacaktır.

3.3.5 Belirli sağlık hizmeti ürünleri ile ilgili ödemeler

Birçok ülkede, devlete ait hizmet sunucularına hükümet tarafından her yıl genel bütçe ayrılması halen yaygın bir uygulamadır. Genel bütçe, basitçe, hizmet sunucunun gelecek yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetleri karşılayacak tek bir miktardır. Bu miktar, esas olarak önceki yılda gerçekleşen harcama toplamına dayanır.

Bu yöntem, ölçülmesi veya tahmin edilmesi gereken çok az şey olduğundan görece basittir. Önceki yılda gerçekleşen harcamaların bir kaydı dışında çok az şey gerekmektedir. Bu yöntemin bazı açık dezavantajları vardır. Bu dezavantajlardan biri, hastanenin yaptığı harcamadan ötürü ödüllendirilmesidir. Mevcut dönemde verimliliğini artırarak tasarruf yapması halinde, hastane, gelecek yılın genel bütçesi ayarlandığında zarar edecektir.

Net olan bir başka zayıf yön ise, hizmet sunucular arasında veya zaman içinde maliyet etkililiğindeki farklılıkların belirlenmesi için hiçbir temel olmamasıdır. Hizmet sunucular da kendi üretim sorunlarını kolayca belirleyememektedir.

Hizmet sunuculara, önceki dönemde aldıklarından ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapılacaksa, bu ürün ulusal düzeyde sürekli olarak kullanılabilir şekilde sınıflandırılmalıdır. Bu yüzden, ürün sınıflandırma sistemlerinin, tanımlarının mümkün olduğunca açık olması önemlidir. Örneğin, 'kalça replasmanı' şeklindeki bir ürün tanımı tam veya kısmi, ilk veya replasman, uzun ömürlü veya kısa ömürlü protez, genç veya yaşlı kişi ve sağlıklı veya kronik hasta gibi önemli nitelendirmeleri belirtmekten uzaktır.

Muğlak bir tanım, sigortacılar ve hizmet sunucular tarafından farklı yorumlanma olasılığı taşıyorsa özellikle tehlikelidir. Bunun doğuracağı bir sorun, hiç kimsenin bir fiyatın diğerinden daha iyi olduğunu kanıtlayamayacak olmasıdır. Bu durum ihtilaflara, güven kaybına ve hizmet sunumunda verimsizliklere yol açacaktır. Ayrıca, hizmet yöntemlerinde planlanmayan değişikliklerin belirlenmesi ve ele alınmasının veya iyileştirme hedeflerinin tanımlanabilmesi ve izlenebilmesinin sağlanması zor olacaktır.

3.3.6 Daha komplike yataklı hastalar için adil ödeme

İlke olarak, DRG'ler gibi bir sınıflandırmanın hizmet ihtiyaçlarındaki farklılıklar ile sevk sisteminin en altında ve en üstünde hastanelerin dolaylı maliyetlerini açıklaması gerekir. Bunun kısmen doğru olduğu ortaya konulmuştur; ancak, her DRG'de hasta karmaşıklığında sevk düzeyi ile bağıntılı ilave bazı değişkenlikler her zaman vardır. Bu nedenle, vaka bileşimi farklarını ölçmek için DRG sınıflandırmasından fazlasını kullanmak gerekmektedir.

Türk finansman modeli, hastane yataklı hastası vaka bileşiminin, maliyet farklarını kestiren diğer ölçülere sahip olmalıdır. Bu, sevk zincirinde üst halkalarda bulunan hastanelere, üst düzey hastanelerin daha yüksek ödemeyi hak ettiği (üçüncü derece hastane hizmetlerine ilişkin tartışma için bkz. bölüm 3.1) inancı üzerine hareket etmekten ziyade klinik ihtiyacın nesnel ölçüleri temelinde ilave ödeme yapılması olabilir.

Ölçüler, ciddiyet farklarına ilişkin göstergelerden (ikincil tanı ve prosedürlerin sayısı ve türleri gibi) oluşabilir. Ölçüler ayrıca, yoğun bakım (APACHE gibi araçları dikkate alarak), yüksek maliyetli aykırı değerler ve yedek tesisleri için ilave ödeme yapılmasını içerebilir.

3.3.7 Koordineli hizmetin özendirilmesi

Genelde, çıktılar yüksek bir birleştirme düzeyinde tanımlanmalıdır (bir başka deyişle, vaka başına yöntemi, gün başına yönteminden ve gün başına yöntemi hastane yatarak tedavi hizmeti kalemlerinden daha iyidir). Bu görüşün kapsamını genişletmek gerekirse, hem hastane hem hastane dışı ortamlarda hizmet sunumuna ihtiyaç duyulması halinde, ödemenin yapıldığı çıktı tanımına her iki bileşen de dahil edilmelidir.

Örneğin, doğum normalde toplum temelli doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın yanı sıra hastane bakımını gerektirir. Bu yüzden, bütün bileşenleri içeren çıktıya dayalı tek bir ödeme ve sonuç olarak hem hastane içinde hem hastane dışında bakımdan sorumlu bir sözleşmeli ekip olmalıdır.

Bu şekilde ödeme, hizmetin sınırların ötesinde de devam ettirilmesini özendirir, daha kaliteli bakım ve sonuçlar elde edilmesini sağlar. Ayrıca, hizmet sunuculara verimliliğin artırılması ile ilgili olarak daha fazla yenilik yapma fırsatı sunar.

Hizmet demetlerinin durumlara göre mümkün olduğunca geniş tanımlandığı bu yaklaşım şekli 'epizot yönetim birimi' veya EMU ile ilişkilidir. EMU, basitçe, ödemeye esas bir paket olarak tanımlanmaktadır ve şu anda etkilili şekilde kullanılabilir en geniş pakettir. Bu görüş (ödeme paketlerinin büyüklüğü ile klinik yönetim amaçlarının sürekli olarak gözden geçirilmesi ve ayarlanması gerektiği) oldukça önemlidir. Net bir şekilde anlaşılması ve yaygın olarak uygulanması gerekir.

3.3.8 İyi sonuçların ödüllendirilmesi

Sonuca dayalı ödemeler, hastaların sağlık sonuçlarının ödenen tutar üzerinde etkili olduğu ödemelerdir. Örneğin, rehabilitasyon hizmeti için, hastaların her hizmet sunucu için ortalama işlevsel kazancına bağlı olarak daha yüksek oranlarda ödeme yapılabilir (hastaneye kabulde vaka bileşiminde ilişkin standartlaştırmadan sonra).

Bu esas olarak iyi bir görüştür; ancak, vaka bileşiminde uyarlanmış sonuç ölçülerinin uygulanabileceği kapsama bağımlıdır. Türkiye'de planlanan ödeme sistemi reformu kapsamında, örneğin, en azından bazı hizmet türleri için, rehabilitasyon gibi, sonuca dayalı ödeme yapılması düşünülmelidir. Böyle bir yaklaşım hem hizmet sunuculara hem hastalara önemli bir mesaj verir ve hizmet sunucuları hizmet yöntemlerini hastaların sonuçları açısından sürekli değerlendirmeye teşvik eder.

3.3.9 Sağlık işgücü teşvikleri

Hükümetin hem ödemeyi yapan taraf hem hizmet sunucu olarak hakim konumda olduğu özellikle Türkiye gibi ülkelerde sağlık çalışanlarının ortak iddiası, çok sıkı düzenlemelere veya denetime tabi oldukları ve sonuç olarak yenilik yapmaya teşvik edilmedikleri ve bu konuda kendilerine fırsat verilmediği yönündedir.

Bu baskıyı azaltmanın bir yolu, ayrı klinik tedavi uzmanlarının daha çok verimlilik veya etkililik göstererek daha çok kazanma hak ve fırsatlarının olduğu performansa dayalı sözleşme yapmaktır. Örneğin, bazı geçiş ekonomileri, ayrı klinik tedavi uzmanlarının gelirinin genel hastane performansı ve bu performansa bireysel katkıları ile bağlantılı olduğu kar paylaşımı sistemini hayata geçirmişlerdir.

3.4 Seçici sözleşme ve mülkiyet

İlke olarak, bir hizmet sunucu kurumun mülkiyeti ikinci planda kalan bir konu olmalıdır. Ön planda ise, bir hizmet sunucunun maliyet etkili olup olmadığı ve sigorta planının bütün üyeleri için elverişli makul erişimin bulunup bulunmadığı yer almalıdır.

Kamuya ait kurumların hakim olduğu ve kamu kesimi dışındaki kuruluşların katılımının caydırıldığı Bosna Hersek gibi ülkeler bulunmaktadır. Asıl tartışma, özel kuruluşlara (özellikle de kar amacı güden kuruluşlara) güvenilmeyeceği yönünde olacak gibi gözükmektedir: Özel kuruluşlar gereksiz hizmet sunmakta, yüksek oranlarda ücretlendirmeye gitmekte ve yalnızca esas olarak varlıklı kesimin kullandığı yüksek kar getiren hizmet türleriyle ilgilenmektedir.

Diğer ülkelerde ise, özel kuruluşlar hakimdir; hükümet yalnızca herhangi bir alternatif olmadığı (yoksul ve ücra toplum kesimine hizmet sunumu ile ilgilenen hiçbir özel şirket bulunmaması gibi) hizmet sunmaktadır. Kamu kesimi dışındaki kuruluşlar lehine asıl tartışmayı, bu kuruluşların olasılıkla kamu kurumlarından daha verimli olması oluşturmaktadır.

Aslında, deliller, hem kamu kesimi hem özel kesimdeki hizmet sunucuların bir katkı yapabileceğini göstermektedir. Bu, büyük oranda durumlara bağlıdır. Örneğin, birçok geçiş ülkesi, karşılaştırmalı değerlendirmeden uzun süre korunmuş olan kamu kesimi hizmet sunucularını harekete geçirmek için özel hizmet sunucuları iyi şekilde kullanmışlardır. Diğer yandan, uzun bir geçmişi olan birçok karma ekonomide (Avustralya ve Yeni Zelanda dahil) hükümetler özel hastanelerin performanslarını kamuya ait tesisler kadar çabuk artıramadıkları konusunda giderek artan bir kaygı duymaktadırlar.

3.4.1 Hizmet sunucunun performansı

Gerek kamu sektörü gerek özel sektörde iyi ve kötü olan hizmet sunucular bulunuyorsa, sağlık hizmetlerini sunmak üzere hangi hizmet sunucuların kullanılacağına karar vermeye ilişkin kriterlerin belirlenmesi önemlidir. En mantıklı yol bu kararı performansa göre vermektir - bir hizmet sunucunun diğer hizmet sunuculara göre ne kadar maliyet etkili olduğu. Ancak, maliyet etkililiği ölçmek kolay değildir ve bu yaklaşımın başarısı sağlık hizmeti alıcılarının becerilerine bağlıdır.

Dünyada birçok strateji kullanılmaktadır. Bir akreditasyon kurumu gibi bağımsız bir organ tarafından resmi değerlendirme yapılması, bu stratejilerden biridir. Bazı sigortacılar, yeteneklerini sergileme sorumluluğunun hizmet sunucular üzerinde olduğu bir rekabetçi sözleşme süreci kullanmaktadır. Bazı ülkelerde, devlet hastaneleri ile özel hastane ve kliniklerin sayıları ile büyüklükleri büyük oranda piyasa tarafından belirlenmektedir. Örneğin, hastalar kendi tercihlerini yapmaktadır: Kamuya ait tesisler rekabetçi oldukları ölçüde büyür ve çoğalırlar, aksi takdirde yok olacaktırlar.

Türk yasal sağlık sigortası sisteminde hem kamu kesimi hem özel kesim hizmet sunucuları ile sözleşmeye girilecekse mülkiyet konusu üzerinde fazla durulmamalı; hizmet sunucuların, özel sektör veya kamu sektöründe faaliyet gösterip göstermemelerine bakılmaksızın daha ziyade performanslarına göre derecelendirilmelerinin sağlanmasına odaklanılmalıdır. İyi bir performans sergilediği sürece herhangi bir kurumun ihaleye davet edilmesi ve bu kurumdan teklif alınması yönünde genel bir politika olmalıdır.

Kamu kesimi hizmet sunucuları ile kamu kesimi dışındaki hizmet sunucular arasında adil bir rekabeti yakalamanın zor olduğu genelde ifade edilmektedir. Bazı ülkelerde, kamu kesimi hizmet sunucuları, değişiklik yapma özgürlüklerinin bulunmadığından şikayet etmektedirler (örneğin, işçilerin iş güvenliğinin aşırı korunmasının bir sonucu olarak).

Diğer ülkelerde ise, kamu kesimi dışındaki hizmet sunucular, kamu kesimi hizmet sunucularının sermaye altyapısı için tam ödeme yapmadıklarından şikayetçidir. Ortaya çıkmaları halinde bu tür sorunlar azaltılmalıdır. Ancak, haksız rekabetin var olması, rekabetçi baskıların tamamından kurtulmak için yeterli bir neden değildir.

3.4.2 Toplum yaranna dayalı rekabet

Bazı ülkelerde, devlet hastaneleri ve klinikleri ile, devlet tarafından işletilen sigorta planı kapsamında hizmet sunmaları için otomatik olarak yıllık sözleşmeler yapılmaktadır. Benzer şekilde, birçok ülkedeki kamuya ait kurumlara, faaliyetlerini devam ettirebilmeleri amacıyla yıllık bütçeler ayrılmaktadır.

Devlet hastaneleri ve klinikleri belirli bir bölgedeki tek sağlık hizmeti kaynağı ise bu iyi bir düzenleme olabilmektedir. Bu hastane ve kliniklerle sözleşme yapılmadığında söz konusu bölgede bulunan halk, hizmetlere tek erişim kaynağından yoksun kalacaktır.

Ancak, bazı durumlarda rekabetin derecesini artırmak mantıklı olmaktadır. Hizmet sunucular açısından daha fazla girişimcilik ve yaratıcılık fırsatı sunulması, rekabeti artırmanın getirdiği yararlarıdır. Rekabeti artırmak ayrıca, hizmet sunucuların atıl kapasitelerini kullanmalarına da imkan tanımaktadır (ve hizmet sunucuların marjinal maliyetlerini yansıtmayı teklif etmeleri halinde bu, alıcının yararına olmaktadır).

Genel ifadeyle, rekabet yalnızca sıkı bir biçimde denetlenirse ve iyileştirmelerin başka yollarla gerçekleştirilemeyeceği yönere dönük olursa yararlı olmaktadır. Hizmet sunucular arasında geliştirilmiş işbirliği açısından ilerlemenin zarar görmesine izin verilmemelidir – kronik hastalıklı kişilere yönelik bakımın daha iyi koordinasyonu gibi alanlar.

Türkiye’de, daha fazla rekabet için bir potansiyel bulunabilir; ancak bu, kentlerin dışında hizmet sunucular arasındaki mesafe büyük, ulaşım imkanları ise kötü olabileceğinden yalnızca büyük kentsel alanlar için geçerli olacaktır.

3.4.3 Hizmet sunucu kuruluşlarda uzmanlaşma

Bazı ürün türlerinin az sayıda hizmet sunucu tesiste daha çok toplanması yoluyla, iyileştirilmiş bakım kalitesi ve ölçek ekonomileri için fırsatlar sunulduğu yaygın kabul görmektedir.

Hizmetlerin yerleştirilmesi için temel araç, hizmet ihtiyaçları tanımına dayalı uzun vadeli planlama olmalıdır. Ancak, sözleşme süreçleri bu konuda önemli bir destekleyici role sahiptir. Özellikle, potansiyel ölçek ekonomilerinin ilişkisi, hizmet sunucuları rekabetçi teklif vermeye davet eden bir süreç yoluyla sürekli olarak ve ayrıntılı bir biçimde gözden geçirilmelidir. Eşit derecede önemli olan bir başka konu, sözleşme sürecinin, işbirliğine yönelik fikirler - örneğin bir yerde tek bir hizmet türünün, bir başka yerde ise bir başka hizmet türünün miktarını artırmak için hastaların değiştirilmesi gibi - geliştiren hizmet sunucu kurumların özendirilmesi ve ödüllendirilmesi gereğidir.

3.4.4 Sigortacının tercihi, hastanın tercihi

Hizmet sunucular arasında rekabeti sağlamanın iki temel yolu vardır. Bunlardan biri hastanın tercihidir: hastalar kendi hizmet sunucuların seçme hakkına sahiptir. Böyle bir durumda, bir hizmet sunucu yalnızca verimli olduğunda ve kaliteli bakım sunabiliyorsa gelirini muhafaza edecektir. Bu, geçiş ekonomilerinin birçoğu da dahil olmak üzere çoğu sosyal demokraside birinci basamak (ve özellikle pratisyen hekim) sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan yaklaşımdır. Hastalar pratisyen hekimlerini seçmekte, seçtikleri pratisyen hekimden aldıkları hizmeti beğenmezlerse söz konusu pratisyen hekim bu hastaları kaybetmekte, dolayısıyla da bu hastalara hizmet verememektedir.

Hizmet sunucular arasında rekabeti sağlamanın ikinci temel yolu, sigortacının tercihidir. Bir başka deyişle, sigorta şirketi (ister kamu kesimi ister özel kesim) belirli bir hizmet grubu için yalnızca hastane ve kliniklerin bir alt kümesi ile sözleşme yapabilmektedir.

Bu ikinci yaklaşımın birçok avantajı vardır. En önemlisi ise, bir sigorta kuruluşunun, hastaların birçoğundan daha iyi tercihte bulunabilmesidir. Bu yaklaşımın birtakım dezavantajları da vardır. Sigortacılarının yaptıkları tercihleri bütün hastaların kabul etmemesi bu dezavantajlardan biridir. Örneğin, hastanın tercih ettiği bir hastane ile, sigortacısı sözleşme yapmayı istemeyebilir ve bu nedenle hasta farklı bir hastaneye gitmek zorunda kalabilir. Eşit derecede önemli olan bir başka konu, bireylerin tercih haklarının kullanmalarının, sigortacıların gözden kaçırabileceği değerli bilgiler sunmasıdır. Sigortacının, üyelerini her zaman dikkatli bir şekilde dinleyeceğini varsaymak akıllıca değildir.

Çoğunlukla “tercih edilen hizmet sunucu” yöntemi olarak adlandırılan bir uzlaşma yaklaşımı bulunmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi, sigorta şirketi, teklifleri aldıktan ve bunları satın alınan değer bakımından dikkatli bir değerlendirmeye tabi tuttuktan sonra hizmet sunucuların yalnızca bir alt kümesi ile sözleşme yapmaya karar verir. Bu durumda, sigorta planının üyeleri sözleşmeli hizmet sunuculardan birini kullanırsa ücretsiz hizmet alabilmektedir. Ancak, hasta, eş ödeme yapma taraftarıysa sözleşmesiz hizmet sunuculardan birini de kullanabilecektir. Örneğin, A hastanesine (sigortacı bu hastane ile sözleşme yapmıştır) gitmek, hastaya herhangi bir maliyet getirmeyebilecektir. Bununla birlikte, hasta B hastanesine (bir sözleşmesiz hizmet sunucudur) giderse 200 YTL’lik bir eş ödeme söz konusu olabilecektir.

Hizmet sunucular arasında tercih yapmayı içeren her yaklaşımın önemli miktarda idare giderini beraberinde getirdiği kabul edilmelidir. Bu yüzden, tercihi artırmaya yönelik her görüş, kendi dayanak noktaları üzerinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Tercihin artması her zaman bir gelişme değildir.

3.5 Bakım kalitesinin desteklenmesi

Dünyadaki deneyimler, klinik tedavi uzmanlarının (hekimler, hemşireler, vb.) her zaman en iyi bakım yöntemlerini kullanmadığını göstermektedir. Örneğin, sık sık hata yapmaktadırlar (yanlış ilaç verme veya enfeksiyonları kontrol edememe gibi). Tedavi yöntemleri ile ilgili son gelişmelerden genelde habersizdirler. Ara sıra, kişisel mali kazanç elde etmek için yanlış bakım uygulamaktadırlar.

Klinik tedavi uzmanlarının hastaları tedavi etmeye başlamadan önce doğru olanak, yetenek ve bilgiye sahip olmalarını sağlamaya çalışmanın iki yolu ruhsatlandırma ve akreditasyondur. Bu iki sürecin bütünleştirilmesi (esas olarak tekrarı önlemek için), hizmet sunucuların yersiz etkisi olmadan işletilmesi, geriye dönük sansür ve cezalandırmadan ziyade iyi uygulamanın ileriye dönük olarak özendirilmesine odaklanmalarının sağlanması gerekmektedir.

Ancak, hiçbir ruhsatlandırma ve akreditasyon sistemi hizmet sunucuların her zaman uygun faaliyet göstermesini garanti edemez. Hizmet sunucular ruhsatlandırma ve akreditasyon incelemeleri sırasında iyi davranış sergileseler de testleri geçtikten sonra bunu devam ettirmeyebilirler. Dahası, hizmet sunucular hiçbir zaman performansı, ayrı hastaların bakımı düzeyinde etkili bir şekilde ölçebilecekleri bir biçimde tasarlanamayacaktır.

3.5.1 Periyodik örneklem denetimi

Rutin denetim, klinik tedavi uzmanlarının çalışmalarını denetleyen, bağımsız kişilerden oluşan bir grubun varlığını ifade etmektedir. Bu bağımsız grup, iyi eğitilmiş ve eleştirme (hatta çalışmaları kötü olan klinik tedavi uzmanlarını cezalandırma) gücüne sahip olmalıdır. Bu devam eden bir süreçtir. Ayrıca, bu sürece hizmet sunumu bilgilerinin örneklenmesi dahildir ve bu nedenle yukarıda belirtilen ruhsatlandırma veya akreditasyonla ilgili tehlikeleri atlatmaktadır.

Bununla birlikte, rutin denetim pahalı olabilmektedir. Bu yüzden, bilimsel yöntemlerin kullanılması önemlidir. Özellikle, bir örnekleme yöntemi kullanılması ve klinik tedavi uzmanlarının çalışmalarının yalnızca gözlemlemeye değer özelliklerinin ölçülmesi gereklidir.

Herhangi bir denetim sürecinin tasarımı ve gözetimi, hizmet sunucuların kendisi ve klinik grupların meslek birlikleri gibi ilgili diğer organları içermelidir.

3.5.2 İleriye dönük olarak tanımlanan bakım yöntemleri

Performansı denetlemenin en etkili yolu, iyi bakım uygulamalarının ileriye dönük olarak belirlenmesi ve resmi sözleşmeler aracılığıyla performans ile ödeme arasında bağlantı kurulmasıdır. Böylece, hizmet sunucu, iyi bakım yöntemlerini kullanmalı veya bir şekilde cezalandırılmalıdır (özellikle de çalışması yeterince kötüyse ve geliştirilmiyorsa, ödeme yapılmamalıdır).

Nelerin 'iyi bakım yöntemleri' olarak tanımlanacağını belirtmek gerekir. İyi bakım yöntemleri, yaygın sağlık sorunlarına veya kötü yöntemlerin veya sonuçların özel risk doğurduğu sorunlara yönelik ayrıntılı protokoller (klinik yollar gibi) olarak en iyi şekilde tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım birçok nedenden dolayı ve özellikle şu açılardan etkilidir:

- İleriye dönüktür.
- Klinik olarak ayrıntılandırılmaktadır.
- Bilgi, vaka bileşiminde uyarlanmıştır (bir başka deyişle, bağdaşık bir hasta kategorisi ile ilgili kuralları kullanır).
- Bakım kararlarının rutin olarak alındığı ve uygulandığı yere odaklanır.

Bu yaklaşımı uygulamanın bir yolu, hizmet sunuculardan, eleştirel açıdan incelenebilmeleri için sözleşme yapmadan önce klinik yollarını inceleme için sunmalarının istenmesini ve ardından, dikkatli bir şekilde seçilen hasta örneklerinde bu yolların fiili kullanımının denetlenmesini içerecektir. Klinik yolların kalite gözetimi için kullanılması, bu yolların standart maliyetlendirmenin hesaplanmasındaki (bölüm 3.2.1) uygulamaları ile ilişkilendirilmeli ve çok disiplinli klinik ekiplerin her zaman denetim süreçlerinin merkezinde bulunması sağlanmalıdır.

3.6 Hizmet Sunucuya Ödeme Yapılmasının Genel Yönlerine İlişkin Öneriler

Sağlık finansman reformunda ödeme politikasının kilit özelliği, sağlık hizmetini finanse eden kamu kesimi finansman sağlayıcıları ile sağlık hizmetlerini halka ulaştıran kuruluşlar arasındaki mali ilişkinin değiştirilmesidir. Yeni düzenlemeler kapsamında, iki taraf arasında, birinin diğerinden sağlık hizmetlerini satın aldığı ve alıcı-hizmet sunucu ayrımı olarak adlandırılan net bir işlev ayrımı yapılmaktadır. Bu yeni ortamda, taraflar arasındaki ilişkiyi tanımlayan esas unsur, alıcının hizmet sunucu tarafından üretilen sağlık hizmetleri için ödemede bulunma yöntemidir.

Hiçbir ödeme sistemi kendiliğinden iyi ya da kötü değildir. Asıl konu, ödemenin sağlık hizmeti sistemini iyileştirip iyileştirmediğidir. Türk sağlık sistemi için hizmet sunucuya yönelik uygun bir ödeme mekanizmasının tasarlanmasında şu etmenler göz önüne alınmalıdır:

Hizmet sunucuların ürettikleri çıktıların sınıflandırılması: Alıcı kurumlar ile hizmet sunucu kurumlar, çıktıları (sağlık hizmeti kategorileri) standart bir biçimde tanımlamalıdır. Aksi halde, adil ödeme sağlanamayacak veya sağlık sistemindeki performans karşılaştırılamayacaktır. Sağlık hizmetinin gruplara ayrılması süreci, hizmet sunucu ortamları ve belirli ödeme yaklaşımları ile genel bir ödeme modeli içinde ilişkilendirilmelidir. Bu raporda sunulan 18 çıktı kategorisinin hepsi, şu anda Türkiye için uygun olmayacaktır ve bunlardan bazıları ilk etapta kümelenebilecektir; bununla birlikte, kavramsal çerçeve, sağlık hizmeti sunum sisteminin bütün öğelerinin dikkate alınmasını ve belirli ödeme seçeneklerinin etkilerinin belirli sağlık hizmeti ürün kategorileri ile bağlantılı olarak değerlendirilebilmesini sağlamaktadır.

Maliyetlendirme: Ürünler tanımlandıktan hemen sonra, bu ürünlerin fiyatlarını belirleme ihtiyacı duymaktayız ve bu, maliyetleri bilmeden mümkün olmamaktadır. İlke olarak, ürün maliyetlendirmesi yaklaşımı, verimli bir biçimde kaliteli bakım hizmeti sunmanın fiili maliyetinin (standart maliyet) tahminine dayanmalıdır. Fiyatlar esas olarak (örneğin) önceki yılın fiili maliyetleri veya piyasa güçlerinden ziyade bu değere dayanmalıdır. Bir reform sürecinin ilk aşamalarında, iyi verilere sahip olmadan standart maliyetleri hesaplamak zordur; ortalama fiili maliyetlerin hesaplanması, dikkatlerin hizmet sunucular arasındaki maliyetlerdeki değişmeye verilmesini sağlamaktadır ve maliyetlerin en azından makul bir düzeyde tutulmasını beraberinde getirebilecektir.

Hizmet sunucuya ödeme yapılması: Ödeme sisteminin önemli bir temel hedefi, hizmet yöntemlerindeki gelişmeleri özendirmek ve ödüllendirmektir. Asgari olarak, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyanlara iyi sağlık hizmeti sunulmasını engelleyen ters teşvikleri doğuran zayıf yönler azaltılmalı veya ortadan kaldırılmalıdır. Ayrıca, hizmet sunucular ile hastalara yönelik tarafsızlığın dengelenmesi konusu vardır. Bazı sağlık hizmeti sistemlerinde, hakim hedef, hizmet sunuculara adil davranılmasını, mevcut ödemedeki adil bir pay almalarını sağlamaktır. Bu önemli olsa da, hizmet sunuculara adil davranmayı hedeflemenin hastalara (ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkese) adil davranmayı hedeflemek kadar önemli olmaması, başlıca endişe konusunu oluşturmamalıdır.

Seçici sözleşme: Seçici sözleşme, hizmet sunucular arasında rekabet olmasını ifade eder. Sağlık sektöründe rekabeti sağlamanın iki temel yolu vardır. Bunlardan ilki, hastaların kendi hizmet sunucularını seçme hakkına sahip oldukları "hastanın tercihi yaklaşımı", diğeri ise sigortacının tercihi yaklaşımıdır. İkinci yaklaşımda, sigorta şirketi (ister kamu kesimi ister özel kesim) belirli bir hizmet grubu için yalnızca hastane ve kliniklerin bir alt kümesi ile sözleşme yapabilmektedir. Çoğu durumda, bir sigorta kuruluşu, hastaların birçoğundan daha iyi tercihte bulunabilmektedir; ancak, tüketiciler tercihlerini yapmak için doğru olana ödeme yapmak istiyorlarsa, sistem tüketici tercihine izin vermelidir.

Bakım kalitesi: Performans ve kaliteyi denetlemenin en etkili yolu, iyi bakım uygulamalarının ileriye dönük olarak belirlenmesi ve resmi sözleşmeler aracılığıyla performans ile ödeme arasında bağlantı kurulmasıdır. Böylece, hizmet sunucu iyi bakım yöntemlerini kullanmalı veya bir şekilde cezalandırılmalıdır (özellikle de, çalışması yeterince kötüyse ve geliştirilmiyorsa ödeme yapılmamalıdır). Bu tür tedbirler için hizmet sunucunun muvafakatini almak amacıyla, nelerin 'iyi bakım yöntemleri' olarak tanımlanacağı konusunda uzlaşma sağlamak gerekir. İyi bakım yöntemleri, yaygın sağlık sorunları veya kötü yöntemlerin veya sonuçların özel risk doğurduğu sorunlara yönelik ayrıntılı protokoller (klinik yollar gibi) olarak en iyi şekilde tanımlanmaktadır.

4. Sağlık Hizmeti Satın Alma Yöntemleri

4.1 Genel Satın Alma Yaklaşımları

4.1.1 Satın Alma Hedefleri

Sağlık sisteminin satın alınan değer, kalite ve hakkaniyet gibi bütün hedeflerinin yakalanması, sağlık hizmetlerinin nasıl satın alındığı dahil olmak üzere birçok etmene bağlıdır. Satın alma ibaresi, alıcının sağlık hizmetlerini nasıl 'satın aldığı' ile ilgilidir. Yukarıda ele alındığı üzere, sağlık hizmetinin satın alınması neyin satın alındığı, ne kadar ödeme yapıldığı ve ödemelerin nasıl veya hangi temelde yapıldığına ilişkin kararların alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle, uygun bir satın alma metodolojisinin tasarlanmasında aşağıda sıralanan hedefler dikkate alınmalıdır:

- Vatandaşlara sağlık hizmetlerini sunma biçiminin kalite, erişim ve verimlilik açısından iyileştirilmesi
- Zaman içinde en uygun bakım ortamlarında sunulan bakımın kalitesini izlemek için bir mekanizma oluşturulması
- Sınırlı kaynakların nesnel ve hakkaniyete dayalı bir biçimde dağıtılması
- Sürekli kalite iyileştirme sürecini kolaylaştırırken verimsizlik ve israfı en aza indirgeyecek teşviklerin sağlanması
- Hizmet sunucuların idari ve klinik yüklerinin en aza indirgenmesi
- Alıcılar ile sunucular arasında, sağlık sistemi hedeflerine ulaşmak için her iki tarafın birlikte çalıştığı yapıcı ilişkilerin kurulması
- Karar almayı güçlendirmek için yönetim bilgilerinin sağlanması.

Aşağıda, ayakta tedavi ile yatarak tedavide satın almaya ve ödeme yapmaya ilişkin temel yöntemler açıklanmaktadır.

Ayakta tedavi esas olarak şu yöntemlerden biri ile satın alınır:

- Hizmet başına ödeme - sunulan her bir kalem, hizmet veya prosedür için ödeme yapılır.
- Adam başı ücret – bütün hizmetler sabit bir hasta sayısı için her hastaya yönelik belli bir ücret (genelde yaş, vb. ye göre ayarlanır) üzerinden ödenir.
- Maaş - hekimlere, ürettikleri ürünlere bakılmaksızın çalışma süreleri üzerinden ödeme yapılır.
- Belli tavan veya limitler dahilinde yukarıdaki yaklaşımların bir birleşimi

Yatarak tedavi esas olarak şu yöntemlerden biri ile satın alınır:

- Yatak sayısı, personel sayısı veya diğer girdiler (son yıllarda sık kullanılmaktadır)
- Hizmet başına ödeme - sunulan her bir kalem, hizmet veya prosedür için ödeme yapılır.
- Adam başı ücret – bütün hizmetler sabit bir hasta sayısı için her hastaya yönelik belli bir ücret (genelde yaş, vb. ye göre ayarlanır) üzerinden ödenir.
- Gündelik – hastanede yatılan her gün için ödeme yapılması
- Taburcu ödemesi – hastaneden taburcu edilen her hasta için ödeme yapılması
- Vaka başına ödeme – tanı ve prosedürlerin belirli bir birleşimi üzerinden ödeme yapılması (bir başka deyişle, vakaya dayalı ödeme veya DRG ödemesi)
- Belli tavan veya limitler dahilinde yukarıdaki yaklaşımların bir birleşimi

Tablo 1: Seçilen ülkelerdeki farklı ortamlarda sağlık hizmeti satın alma yöntemleri

Ülke	Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	Ayakta Tedavi Uzman Doktor Bakımı	Hastanede Yatarak Tedavi
Avustralya	Hizmet başına ödeme, seans başına ödeme, maaş ve bazı sözleşmeler	Hizmet başına ödeme, seans başına ödeme	Genel bütçe (vakaya dayalı yöntemleri kullanarak; AR-DRG'ler)
Avusturya	Düz oran/ hasta/ 3 ay + Hizmet başına ödeme/ sınırlı ziyaret/ hasta	Düz oran/ hasta/ 3 ay + Hizmet başına ödeme/ sınırlı ziyaret/ hasta	Genel bütçe (vakaya dayalı yöntemleri kullanarak; LKF olarak adlandırılan Avusturya AR-DRG'leri)
Bulgaristan	Kişi başına ödeme	Maaş	Bütçe (klinik bakım yolları dahil vakaya dayalı yöntemleri kullanarak ve DRG'lere doğru yönelim)
Kanada	Hizmet başına ödeme, maaş ve alternatif ödeme planları ile finanse edilen klinik bakım	Hizmet başına ödeme ve maaş	Bir bölümü hizmet başına ödeme, genel ve bölgesel bütçe
Çek Cumhuriyeti	Kişi başına ödeme	Hizmet başına ödeme tavanı	Bütçe (faaliyet ölçümü için belli bir dereceye kadar vakaya dayalı yöntemleri kullanarak)
Danimarka	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Müzakerelere dayalı genel bütçe ile özellikle ülke genelindeki hastalar için vakaya dayalı yöntemler (DRG'ler) temelinde ödemenin %10'u
Estonya	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme tavanı	Günlük, vakaya dayalı ödeme yöntemleri ile geliştirilen vaka başına ödeme
Fransa	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme, maaş, bir bölümü kişi başına ödeme	Bütçe (gelecekte genişlemeye tabi olarak kullanılan vakaya dayalı sınırlı ödeme)
Almanya	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme	Vaka ücreti, günlük (vakaya dayalı ödemeye yönelim; AN-DRG'ler)
İrlanda	Doğrudan ödeme, GSM ödeme tabloları	Maaş, hizmet başına ödeme	Bütçe (vakaya dayalı ödeme yöntemini kullanarak; DRG'ler)
İtalya	Kişi başına ödeme	Maaş	Bütçe (vakaya dayalı; DRG'ler)
Macaristan	Kişi başına ödeme	Hizmet başına ödeme tavanı	Bütçe (vakaya dayalı; HBC olarak adlandırılan, DRG'lerin değişik bir biçimi)
Japonya	Sıkı bütçe ve miktar denetimlerine tabi hizmet başına ödeme	Sıkı bütçe ve miktar denetimlerine tabi hizmet başına ödeme	Sıkı bütçe denetimlerine tabi hizmet başına ödeme (vakaya dayalı yöntemin çalışmaları sürüyor)
Letonya	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Maaş ve puan sistemi	Günlük
Litvanya	Maaş, kişi başına ödeme	Maaş, hizmet başına ödeme	Vakaya dayalı
Hollanda	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Bir bölümü bütçeleme ve sözleşmeye tabi hizmet başına ödeme	Hem yatarak tedavi hem ayakta tedaviyi kapsayan 'bakım epizotları' kullanılarak vakaya dayalı ilkeler (sınırlı kullanım)
Yeni Zelanda	Hizmet başına ödeme, bir bölümü adam başı ücret; kısmi devlet sübvansiyonları, bir bölümü müzakere edilen sözleşmelere tabi	Hizmet başına ödeme, bir bölümü adam başı ücret	Kısmen geleneksel olarak uygulanan bütçelere dayalı genel bütçe (DRG'lere yönelim; sözleşme, maaş)
Polonya	Kişi başına ödeme	Hizmet başına ödeme tavanı	Kabul başına
Romanya	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme tavanı	Bütçe (günlük, vakaya dayalı; DRG'ler)
Rusya	Kişi başına, maaş	Maaş, hizmet başına ödeme	Bir bölgede kullanılan, diğer bölgelere de yayılması planlanan vakaya dayalı (US DRG) ödeme
Slovakya	Kişi başına ödeme	Maaş, hizmet başına ödeme	Bütçe
Slovenya	Kişi başına ödeme	Maaş	Günlük
Güney Kore	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme (vakaya dayalı yöntemin çalışmaları sürüyor)
İspanya	Genel bütçe, kamu kesimi için maaş, özel kesim için hizmet başına ödeme	Genel bütçe, kamu kesimi için maaş, özel kesim için hizmet başına ödeme	Genel bütçe (vakaya dayalı; birçok bölgede sevk fiyatını belirlemek için DRG'ler); adam başı ücret ile diğer yaklaşımlar da kullanılmaktadır
İsveç	Hizmet başına ödeme ve maaş	Hizmet başına ödeme, bir bölümü adam başı ücret	Genel bütçe, kısmen vakaya dayalı ilkeler temelinde ödemeler/ fiyat listeleri; DRG'ler)
Türkiye	Hizmet başına ödeme ve maaş	Hizmet başına ödeme ve maaş	Hizmet başına ödeme ve maaş
İngiltere	Maaş, hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, sabit ödenek	Hizmet başına ödeme ve maaş	Galler'de planlama ve ödemeler için vakaya dayalı (DRG'ler) ilkeler kullanılmaktadır
ABD	Hizmet başına ödeme, maaş, ücretler, ödeyene bağlı olarak kişi başına ödeme	Hizmet başına ödeme, maaş, kişi başına ödeme, vakaya dayalı ödeme, Medicare ile ayakta tedavi vaka bileşimi sistemi (APC), diğer ödeyenler tarafından kullanılan diğer yöntemler	Kamu kesimindeki ödeyen tarafından kullanılan vakaya dayalı ödeme (DRG'ler bütçe oluşturmaktan ziyade ödemeleri yapmak için kullanılmaktadır); özel kesimdeki ödeyenler tarafından kullanılan diğer yöntemler

Yukarıda listelenen yöntemlerin her biri, ödeyen ve hizmet sunucu için avantajlar ve dezavantajlar getirmektedir ve her bir yöntem yüksek kaliteli, maliyet etkili bakım sunulmasında farklı özendirici ve engelleyici unsurları oluşturmaktadır. Bu yüzden, bu farklı özelliklerin anlaşılması ve mümkün olduğunca sağlık hizmeti ortamlarına uygun hale getirilmesi önemlidir. Örneğin, ilgili miktar gereklilikleri veya sevke ilişkin yönlendirici ilkeler olmaksızın birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bütçeyi ayarlamak amacıyla adam başına ücret yöntemi kullanılırsa bu ortamda mümkün olduğunca az hizmet sunma yönünde bir teşvik söz konusu olur, bu da uzman doktor veya hastane bakımı için ileriye doğru gereksiz sevkleri ortaya çıkararak sisteme önemli bir maliyet getirir.

Bu nedenle, ilk etapta, farklı ödeme yöntemlerince oluşturulan teşviklerin karmaşık etkileşimi hakkaniyet, verimlilik ve kaliteden oluşan temel hedefleri güçlendirmeye dönük olarak yönetilecek şekilde, bütünlüklü bir satın alma ve ödeme stratejisinin bütün ortamlarda geliştirilmesi önemlidir.

Tablo 1, seçilen ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi ve hastane bakımı hizmetlerini satın almak için kullanılan en yaygın yöntemleri vermektedir. Bu tablo, birçok ülkede hala birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi ve hastane bakımı hizmetlerini satın almak için hizmet başına ödeme yönteminin değişik biçimlerinin kullanıldığını göstermektedir. Ancak, hastanede yatarak tedavi söz konusu olduğunda, birçok ülke (Avrupa Birliği'ne katılım sürecindeki ülkeler dahil) hizmetleri satın almak için ya geleneksel bütçeleri ya da vaka bileşimi ilkelerini (bir başka deyişle, DRG'ler) kullanmak suretiyle genel bütçenin değişik biçimlerini benimsemektedir. Diğer ülkeler ise, gündelik (Letonya) ve kabul başına ödeme (Polonya) gibi yöntemleri kullanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ayakta tedaviye ilişkin en yaygın satın alma yöntemleri, adam başına ücret ve hizmet başına ödeme yöntemleridir.

4.1.2 Birinci basamak sağlık (genel tıp hekimliği) hizmetleri

Bunlar, bir birinci basamak hekiminin kendi kliniğinde, bir sağlık merkezi veya kliniğinde ya da hastanın evinde sunduğu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler genellikle birinci basamak sağlık hizmeti, bakım koordinasyonu ile *gatekeeping*'den (daha yüksek bakım düzeylerine erişimin kontrolü) oluşacaktır.

Tablo 1'de gösterildiği üzere, adam başına ücret en yaygın ödeme yöntemidir; ancak, kalite ile oluşturulan standartları yakalamak için ayrı ödeme teşvikleri, artan bir şekilde kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetine ilişkin ödeme modeli örnekleri Şekil 3'te gösterilmektedir.

Birçok ülke, 'riske uyarlanmış adam başına ücret' yöntemine benzer bir yöntemi kullanmaktadır. Bir başka deyişle, bakım yılı için tek bir ödeme yapılmaktadır (aile hekimi tarafından gerçekleştirilen ziyaret sayısı veya sunulan hizmet türlerine bakılmaksızın her hasta için tek ödeme). Bununla birlikte, yıllık ödeme oranı hastanın özelliklerine bağlıdır. Örneğin, yıl boyunca olasılıkla daha fazla bakıma ihtiyaç duyacaklarından yaşlılar için ödeme oranı genelde yüksektir. Bazı ülkelerde, ödeme formülü yaşla birlikte diğer özelliklere göre ayarlanmaktadır – cinsiyet, aile geliri ve sağlık durumu gibi (bir kronik hastalığa sahip olmak gibi).

Yukarıda ele alındığı üzere, hizmet başına ödeme modeli de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu modelde, ödemeler hizmet sunucuya her başvuru için yapılmakta, başvuru başına ödeme oranları başvurunun süresi ile sunulan hizmetin türüne göre değişmektedir. Türkiye'de

şu anda kullanılmasına rağmen, hizmet başına ödeme yöntemleri hekimlerin eskiden beri özel hizmet sunduğu ülkelerde (ABD ve Avustralya gibi) ülkelerde en yaygın yöntemlerdir.

Son yıllarda, bakım kalitesi hedeflerini yakalamak için ödeme yapılması yönünde bir eğilim ortaya çıkmıştır. Tipik bakım kalitesi standartları, şunlarla ilgilidir:

- Yüksek risk grubunda bulunan kişilerin sağlıklarının izlenmesi (50 ve üstü yaş grubundaki kadınlar için servikal tarama veya 45 yaş üstü erkekler için prostat kanseri taraması gibi)
- İlaçların doğru reçetelenmesi (üst solunum yolu enfeksiyonları için antibiyotiklerin reçetelenmesinden kaçınma gibi)
- Diğer hizmet sunuculara doğru sevkleri yapma (uzman doktorlara veya hastanelere gereksiz sevk yapmaktan kaçınma).

Sağlık finansmanı politika belirleyicileri arasında şu anda, birinci basamak sağlık hizmetinin satın alınmasında en iyi modelin karma bir model - adam başı ücret, kalite ödemeleri, başvuru başına ödeme yöntemlerini içeren - olduğu yönünde bir anlayış vardır. Ancak, karma modeldeki hakim öge, riske uyarlanmış adam başı ücret olmalı, başvuru başına ödemenin uygulanmasında büyük özen gösterilmelidir.

Şekil 3: Birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin ödeme modeli örnekleri

Net adam başına ücret (çıkıtı birimi = bakım yılı)			
Hırvatistan, 2002		İngiltere, 1996	
Yıllara göre yaş aralığı	Ödeme göreliliği	Yıllara göre yaş aralığı	Ödeme göreliliği
0-6	2.32	0-64	1.00
7-17	1.00	65-74	1.33
18-64	1.47	75+	1.65
65+	2.27		
Moğolistan, 1999			
Sınıf	Ödeme göreliliği	Sınıf	Ödeme göreliliği
Yaş 0-1, yoksul aile	3.79	Yaş 16-49, kadın, yoksul olmayan aile	1.57
Yaş 0-1, yoksul olmayan aile	3.35	Yaş 60+, yoksul aile	2.25
Yaş 1-14, yoksul aile	1.36	Yaş 60+, yoksul olmayan aile	2.05
Yaş 1-14, yoksul olmayan aile	1.28	Diğer, yoksul	1.09
Yaş 16-49, kadın, yoksul aile	1.59	Diğer, yoksul olmayan	1.00
Karma modeller			
İngiltere, 2004		Hırvatistan, 2004	
Çıkıtı birimi	Ödeme %'si	Çıkıtı birimi	Ödeme %'si
Bakım yılı (adam başına ücret)	%50	Bakım yılı (adam başına ücret)	%93
Kalite standartları	%45	Kalite standartları	%12
Hizmet başına ödeme	%4		
Avustralya, 2004			
Çıkıtı birimi	Ödeme %'si		
Başvuru	%87		
Kalite standartları	%13		

4.1.3 Yatan hasta akut bakım için vaka bileşimi

Tablo 1, vaka bileşimi ile DRG'lerin akut hastane bakımına yönelik bir ödeme veya bütçeleme aracı olarak uluslararası alanda yaygınlık kazandığını göstermektedir. Yalnızca sağlık sistemlerini yenileyen Macaristan, Slovenya, Slovakya, Bulgaristan, Romanya gibi ülkeler değil; aynı zamanda Almanya, İngiltere, İrlanda, İtalya ve Avusturya gibi gelişmiş ekonomiler de vaka bileşimi yöntemini benimsemektedir.

Uygun politika parametreleri (bir başka deyişle kurallar, talimatlar, eğitim, altyapı desteği, vb.) ile birlikte dikkatli bir biçimde uygulandığında vaka bileşimi yöntemi sağlık kaynaklarının

bölgeler ile hizmet sunucular arasında adil dağılımını kolaylaştırabilmektedir. Vaka bileşimi yöntemi ayrıca doğru miktarda bakımın en uygun ortamda (bir başka deyişle, yatarak tedavi veya ayakta tedavi veya birinci basamak sağlık hizmeti), en maliyet etkin şekilde ve en yüksek kalite bilinciyle uygulanması yönünde teşvikler oluşturabilmektedir (bir başka deyişle veriler, bakımın uygunluğunu izlemek için hastane, bölüm ve hekimlere bakmamıza imkan tanımaktadır).

Genel olarak, vaka bileşimi araçlarının kullanılması klinik tedavi uzmanları, sağlık sektörü yöneticileri, idareciler ve politika belirleyicilere aşağıda sıralanan avantaj ve faydaları sunmaktadır:

- Sınırlı sağlık sektörü kaynaklarının adil ve hakkaniyete dayalı olarak tahsisi ile hastane bütçelerinin tahsisine yardımcı olacak şeffaf teknik
- Belirli nüfus kesimlerince sağlık hizmeti kullanımını belirleyecek araçlar
- Epidemiyolojik, klinik, bakım kalitesi ve ekonomik çalışmalar için veri oluşturacak geliştirilmiş kodlama uygulamaları
- Hastane performansını kıyaslamak için vaka bileşiminde uyarlanmış bilgiler
- Kabul ve taburcu etme yönetimi
- Hastanenin mali yönetimi ile maliyet yönetimi
- Hastane verimliliğinin iyileştirilmesi, yatış süresinin kısaltılması
- Hastane yöneticileri ile tıbbi personel arasında gelişmiş iletişim
- Bakım protokolleri/ klinik yolların hazırlanması
- Yönetim bilgi sistemlerindeki gelişmeler

4.2 Hastane Bakımının Satın Alınması

4.2.1 Yönlendirici ilkeler ve sistemin bütünü yaklaşımı

Sağlık finansman politikasını etkileyen karmaşık konuları ele almanın birçok yolu vardır. Burada, sağlık hizmeti sunumu ve ödemesi ile en ilgili beş soruyu kullanarak, bu karmaşıklıkların bazılarını sistematikleştirmeyi seçtik.

- NEREDE..... Hizmetler nerede sunulmalıdır -
- KİM..... Kimler hizmet almalıdır
- NE..... Bu kişilere ne tür ve hangi düzeyde hizmet sunulmalıdır
- NE ZAMAN..... Hizmet ne zaman sunulmalıdır
- NE KADAR..... Hizmet için ödeyeceğimiz tutar ne kadar olmalıdır

1. **'Nerede' sorusu**, esas olarak tedavi ortamını tanımlar. En geniş anlamıyla bu soru, hem bakımın ortamını (örneğin birinci basamak sağlık hizmeti, ayakta tedaviler, yatarak tedaviler, vb.) hem coğrafi konumunu (belirli bir hastane, hekimlerin kliniklerinin yeri, vb.) kapsayacaktır. Bu raporun odak noktasını hastane bakımının satın alınması oluşturduğundan, 'nerede' sorusu esas olarak bu bakım ile ilgilidir.
2. **'Kim' sorusu**, tedavi edilecek hastaların türleri ile ilgilidir. Birçok durumda, hastane bakımı sunma kararı, hastalığın ciddiyetine bağlıdır. Hastaneye kabul için gerekli olan eşik ciddiyet düzeyi değişiklik gösterebilmektedir ve sık sık bekleme listeleri, ciddiyet puanları ve bütçe tavanları ile, hastane bakımı en ciddi hastalıkla etkililikle sınırlandırılmak suretiyle düzenlenmektedir.
3. **'Ne' sorusu**, belirli bir durum için fiili olarak sunulan hizmet ile ilgilidir. Durum, yatarak tedavi olarak mı yoksa ayakta tedavi olarak mı ele alınmalıdır? Gerekli yatış süresi ne olmalıdır? Hasta tıbbi olarak mı yoksa cerrahi olarak mı yönetilmelidir? En uygun prosedür hangisidir? Aslında 'ne' sorusu, hastanın tedavisinde kullanılan hizmet girdilerinin karışımıdır.
4. **'Ne zaman' sorusu**, zamanlama ile ilgilidir. Hastane bakımının gerekli olduğuna karar verildikten sonra, hastanın tedavi için beklemek zorunda olduğu sürenin uzunluğu ne olmalıdır?
5. **'Ne kadar' sorusu**, bakım sunma bedeli ile ilgilidir. Ayrı hizmet girdilerinin bedelleri açısından ele alınabilir veya bir hastaya sunulan tedavinin toplam bedeli bakımından düşünülebilir.

4.2.2 Ödeme ve Ödeme Modelleri

Geleneksel olarak, devlet hastanelerine ödeme, hizmet sunma potansiyeline göre yapılmaktaydı. Ancak, zamanla hastanelere yapılan ödeme artan bir şekilde, sahip olabilecekleri kapasiteden ziyade fiili faaliyetlerine göre (bir başka deyişle ürettikleri bakım) gerçekleştirilmiştir. Son zamanlardaki eğilim ise, hastanelere, hastalarına sundukları uygun bakım düzeyine göre ödeme yapılması yönündedir.

Bununla birlikte, bakımın uygunluğunun belirlenmesinin zor olabileceğini belirtmekte yarar vardır. Bunun nedeni, bilgi sistemleri ile mevcut uygulamanın sınırlamalarından dolayı bakım sonucunu rutin olarak belirlemenin zor olmasıdır. Bu yüzden, mevcut uygulama esas olarak 'uygunluğun', en iyi uygulama gibi kabul edilen normlara atıfta bulunularak belirlenmesi şeklindedir ve vaka bileşimi araçlarının kullanılması bu süreci kolaylaştırabilecektir.

Bu raporda yapıldığı gibi hastane finansman modellerinin incelenmesi, genellikle hastanelerin harcamaları için artan kamu sorumluluğunun bir gerekliliğinden dolayıdır. Bu da genelde, hükümetlerin artan mali sorumluluk için yaptığı çağrının bir sonucudur.

Artan sorumluluğa ve hastane finansmanında şeffaflığa doğru olan evrim aşağıdaki şemalarda verilmektedir. Şekil 4, önceki yıla ait bütçenin tekrarlandığı (genellikle enflasyon ve olasılıkla hizmetlerdeki büyüme için bir artışla birlikte) geleneksel bir hastane finansman modelini göstermektedir. Ödeme bir tam yıl için yapılmakta; ancak, tedavi edilen hasta sayısı ve türü, her hastaya sunulan hizmetler ile hastanın bakım için beklemek zorunda olduğu süre belirtilmemektedir.

Şekil 4: Devlet hastanelerinin bütçe ayarlaması için geleneksel finansman modeli

Finansman Politikasının Konusu	Ödeme Yaklaşımı		
	Potansiyel	Faaliyet	'Uygun' Faaliyet
Nerede sunulmaktadır?	Önceki yıllara ait bütçe		
Hangi Hastalar?	belirtilmemiştir		
Ne tür Bakım?	belirtilmemiştir		
Fiyatı Ne Kadar?	belirtilmemiştir		
Ne zaman sunulmuştur?	Mali yıl		

Buna mukabil, diğer hastanelere (bazı özel kuruluşlar gibi) ödeme esas olarak bir 'maliyet artı' geri ödeme modeli üzerinden yapılmıştır. Bu hastaneler yalnızca sundukları fiili hizmetleri faturalandırmakta ve her hizmetin fiyatı ile her hastaya sunulan hizmet sayısı, büyük oranda hastanenin takdir yetkisinde kalabilmektedir. Tedavi edilen hasta sayısı ile genel bütçe, hastanenin ücret yapıları verilen hastaları çekebilme kabiliyetine bağlı olmaktadır (Şekil 5).

Şekil 5: Özel Hastanelerde Maliyet Artı Faturalandırması

Finansman Politikasının Konusu	Ödeme Yaklaşımı		
	Potansiyel	Faaliyet	'Uygun' Faaliyet
Nerede Sunulmaktadır?	belirtilmemiştir		
Hangi Hastalar?	belirtilmemiştir		
Ne Tür Bakım?	belirtilmemiştir		
Fiyatı Ne Kadar?		Fatura = Hastane Ücretleri	
Ne zaman sunulmuştur?	belirtilmemiştir		

Türkiye'deki BUT ile Avustralya özel hastanelerindeki tıbbi hizmetlere yönelik CMBS dahil olmak üzere birçok sistem, herhangi bir belirli hizmet için yapılacak ödemenin tutarını sabitlemektedir. Bu esas olarak, belirli bir hizmete ilişkin makul masrafları karşılamak için neyin 'uygun' bir ücret olarak düşünüldüğünü açıklamaktadır. Hizmet karşılığı net ücret sistemlerinde (örneğin Avustralya'daki CMBS), faturalandırılabilir hizmet sayısına herhangi bir sınırlama getirilmezken, diğer sistemlerde (örneğin Türkiye'deki BUT) her hastane için genel tavanlar uygulanır. Genel tavanların çoğunlukla genel harcamayı kısıtlamak için uygulanmasına karşın, bu tavanlar ayrıca kaynakların hastaneler arasındaki

dağılımını açıklar. Bu, genel tavanların bakımın 'nerede' sunulduğu, bazı zamanlar ise 'ne zaman' sunulduğu sorularını etkilediğini de ifade etmektedir. Aynı hastaneler üzerindeki bütçe tavanları yalnızca toplam harcamayı kontrol etmeyip; aynı zamanda, varsayılan bir sistem olarak, bir ülkenin farklı bölgeleri arasındaki hizmet dağılımını da belirler.

Şekil 6: Hizmet başına ödeme faturalandırması

Finansman Politikasının Konusu	Ödeme Yaklaşımı		
	Potansiyel	Faaliyet	'Uygun' Faaliyet
Nerede Sunulmaktadır?			Bütçe Tavanları
Hangi Hastalar?	belirtilmemiştir		
Ne Tür Bakım?	belirtilmemiştir		
Fiyatı Ne Kadar?			Fatura = Düzenlenmiş Ücretler (BUT)
Ne zaman sunulmuştur	belirtilmemiştir		

Bütçe tavanlarının mevcut kaynakları coğrafi bölgeler arasında ve bölgelerdeki hastaneler arasında yeterli bir şekilde dağıtma kabiliyeti, tavanı belirlemek için kullanılan algoritmanın (bir başka deyişle, uygulanan ihtiyaca dayalı formül) niteliğine bağlıdır. Bütçe tavanlarının esas olarak önceki yılın gelecek yıla yuvarlanmış tavanı olması halinde, sistem kaynak dağıtımını büyük oranda geleneksel kalıplar temelinde yapacaktır. İdeal olarak, bütçe tavanları, uygun ve maliyet rekabetçi bakımın sunulduğu varsayılarak, her hastanenin hizmet sunduğu kişilerin sağlık hizmeti gerekliliklerine dayandırılmalıdır.

DRG'ler veya bakım 'paketleri' gibi epizoda dayalı ödeme modellerinde, her epizot için, tanımlanmış bir ödeme tarifesine bağlı olarak sabit bir ödeme yapılır. Hastanenin, yalnızca ayrı hizmetlerin bedellerini değil, aynı zamanda bir hastanın ortalama olarak alması gereken hizmet girdisi sayısını sabitlemek suretiyle riskini yönetmesi sağlandığında, bu ödeme modeli bir adım ileriye götürülür. Burada da, alıcının genel harcamasını kısıtlamak için genellikle bütçe tavanları kullanılır.

Sistemler, 'epizodun' tanımlanma şekline bağlı olarak değişiklik gösterebilir. DRG'ler, hastaneye kabul ile hastaneden taburcu edilme arasındaki epizodu tanımlar. Diğer taraftan, bakım 'paketleri', tek bir "epizoda" ilişkin ayakta tedavi kabulleriyle birlikte aynı klinik durumla ilgili olan bir veya daha fazla kabulü içerebilmektedir. Koordine edilmiş bir epizodun pakete dönüştürülmesi, ortamlardaki faaliyet bilgilerini toplayacak çok güçlü bilgi sistemi kapasitesi gerektirdiğinden DRG'ler genellikle, hastanede yatarak tedavinin süresi daha kesin belirlenebileceğinden (Şekil 7), hizmetlerin ödeme amacıyla tek bir 'epizotta' 'birleştirilmesi' (bakınız bölüm 3.4) için ilk birim olarak kullanılır.

Şekil 7: Epizoda dayalı sistemler

Finansman Politikasının Konusu	Ödeme Yaklaşımı		
	Potansiyel	Faaliyet	'Uygun' Faaliyet
Nerede Sunulmaktadır?			Bütçe Tavanları
Hangi Hastalar?	belirtilmemiştir		
Ne tür Bakım?	belirtilmemiştir		
Fiyatı Ne Kadar?			Hizmet başına ortalama oran ve ortalama hizmet sayısına göre ayarlı fiyat
Ne zaman sunulmuştur?	belirtilmemiştir		

Özetle, uygun hastane finansman modellerinin tasarımı, 'sistemin bütünü' politikası konularını göz önünde bulundurmaya gerektirmektedir. Sağlık finansman reformu yolunda bazı acil adımlar atmak mümkün olsa da reformun bütün boyutlarını yönlendiren kapsamlı bir sağlık finansman politikası önerilir.

4.2.3 Sağlık hizmeti satın alma seçenekleri

Yukarıda açıklandığı üzere, hastane hizmetlerini satın almak için bir dizi yöntem kullanılabilir. Hizmet sunucu ve ödeyenler için farklı avantajlar ve dezavantajları ile birlikte geldiğinden ve yüksek kaliteli, maliyet etkili bakım sunulmasında farklı özendirici ve engelleyici unsurları ortaya çıkardığından hiçbir yöntemin ideal yöntem olduğu söylenemez.

Her bir yöntem Türkiye'nin amaçları ve reform bağlamında incelenmelidir. Tablo 2, hastane hizmetlerini satın almak için kullanılan temel yöntemlerin her biri ile ilişkili avantaj ve dezavantajların bir analizini sunmaktadır. Hastane hizmetlerini satın almak için, ya hastane bütçeleri oluşturmak ya da ödemeyi veya işleme dayalı sistemleri kullanmak suretiyle bu yöntemlerin her biri de kullanılabilir. Birçok sistem gelişimlerinde belli bir zamandaki hizmetler için ödeme yapılmasına ilişkin bir yöneme vurgu yaparken, çoğu sistem sağlık hizmeti paketinin tamamı için ödeme yapılmak üzere tabloda listelenen yöntemlerin bir karmasını uygulamaktadır. Genel bir kural olarak, seçilen yöntem basitleştikçe, daha anlaşılır ve şeffaf oldukça, satın alınan değer açısından performansı ölçmek o kadar kolaylaşmaktadır.

Tablo 2: Hastane Bakımı Satın Alma Yöntemleri

Yöntem	Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
Yatak sayısı, personel sayısı ve diğer girdiler temelinde oluşturulan geleneksel bütçe	Önceki yılda kullanılanla aynı yöntem/ paraya dayalı ödeme (enflasyona göre ayarlanmış)	(1) Mevcut sağlık bütçesinin kolay dağıtımı (2) Görece düşük yönetim giderleri	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok (2) Hastanelerin verimli olması yönünde hiçbir teşvik yok (3) Personel motivasyonu eksik (4) Yüksek kaliteli ve uygun hizmet sunma ile ilgilenilmiyor (5) Mali risk esas olarak hizmet sunucu tarafından üstleniliyor
Hizmet başına ödeme	Sunulan kalem veya hizmet sayısına dayalı ödeme	(1) Hizmet sunumuna yönelik güçlü teşvik (daha fazla hizmet daha iyi hizmet veya daha iyi sonuç anlamına gelmese de) (2) Ödeme, sunulan her kalem veya hizmete bağlı olduğundan, hekimler tarafından iyi kabul görüyor (3) Karmaşık vakaların tedavisine yönelik teşvik (olumsuz risk seçimi yok)	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok, yalnızca sunulan hizmet sayısı dikkate alınıyor (2) Sunulan hizmet sayısının artırılmasına yönelik teşvik (3) Hekimler arasında hasta ve sevk sayısının artırılmasına yönelik teşvik (4) Sunulan her hizmet için daha az kaynak kullanılması teşvik ediliyor (5) Verimliliğe yönelik az teşvik var ya da hiç yok (6) Ödeyen için büyük mali risk (7) İhtiyaç duyulan hizmet az kontrol ediliyor
Kişi başına ödeme	Bakım hizmeti sunulmakta olan kişi sayısına dayalı ödeme (ödeme kişi sayısına bağlıdır, yaş ve diğer göstergelere göre ayarlanabilir)	(1) Toplam ödeme hastane tarafından önceden biliniyor (2) Görece düşük yönetim giderleri (3) Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok (2) Daha az hizmet sunmaya yönelik teşvik (3) 'Sağlıklı hastaları' veya daha az kaynak yoğun hizmet gerektiren kişileri seçmeye yönelik teşvik

Gündelik	Hastanede yatırılan her gün için belirlenen bir fiyat üzerinden ödeme (masraflar, maaşlar, amortisman, vb. dahil)	(1) Görece düşük yönetim giderleri (2) Hasta başına makul fiyatlar (3) Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta türü arasında hiçbir bağ yok (2) Hastanede yatış süresini uzatmaya yönelik teşvik (3) Günlük daha az hizmet sunmaya yönelik teşvik (4) Hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik (bir başka deyişle yüksek yatak devir hızı)
Taburcu ödemesi	Hastaneden taburcu edilen her hasta için belirlenen bir fiyat üzerinden ödeme (masraflar, maaşlar, amortisman, vb. dahil)	(1) Kaynak kullanımının verimliliğini artırmaya yönelik teşvik (2) Görece düşük yönetim giderleri (3) Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta türü arasında hiçbir bağ yok (2) Hastanın hastaneden 'daha çabuk ve daha hasta' halde taburcu edilmesine yönelik teşvik (3) Her hastaya daha düşük/ az kaynak yoğun hizmet sunmaya yönelik teşvik (4) Hasta sayısını, özellikle de daha sağlıklı hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik (bir başka deyişle yüksek yatak devir hızı)
Vaka bileşimi (DRG'ler veya epizot sistemleri dahil olmak üzere diğer sınıflandırma sistemleri)	Ödeme, taburcu edilen her hasta TÜRÜ için (bir başka deyişle DRG) belirlenen fiyata bağlı olarak değişir	(1) Tedavi edilen hasta sayısı ile türü arasında bağ kurulması, hastanelere rasyonel finansman dağıtımını beraberinde getirir (2) Makul yönetim giderleri (3) Kaynak kullanımının verimliliğini artırmaya yönelik teşvik (4) Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor	(1) Hastanın hastaneden 'daha çabuk ve daha hasta' halde taburcu edilmesine yönelik teşvik (2) Her hastaya daha düşük/ az kaynak yoğun hizmet sunmaya yönelik teşvik (3) Hasta sayısını, özellikle de daha sağlıklı hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik (bir başka deyişle yüksek yatak devir hızı)

Açıklama: Hizmet karşılığı fiyatların/ ödemelerin her yöntem için uygun şekilde ayarlandığı varsayılacaktır.

Yukarıda belirtildiği üzere, Türkiye'de şu anda hastane hizmetlerini satın almak için hizmet başına ödeme modeli kullanılmaktadır; bu, dünyada yaygın bir model iken bugün, sağlık hizmeti bütçeleri daraltıldığından ve ödeyenler bu modelin beraberinde getirdiği ödeme riskinin tamamını kabule yanaşmadığından daha az kullanılmaktadır. Karar alıcılar, hizmet başına ödeme modelinin birçok sorunu bulunduğunu görmüştür ve özellikle bu model, verimlilik açısından teşvik oluşturmamaktadır. Buna mukabil, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı ve israfına katkıda bulunmaktadır.

Hizmet başına ödemenin bir alternatifi olarak girdilere (bir başka deyişle yatak sayısı, personel sayısı, vb.) dayalı geleneksel bütçeleri kullanmak da gerçekten geçerli bir seçenek değildir; çünkü, risk yelpazesinin diğer ucunda da bu bütçeler yer almaktadır. Geleneksel bütçelerde riskin tamamı hizmet sunucunun üzerindedir ve çoğu durumda hastane, bütçesinin tamamını kullandığı için, tedaviye erişemeyip zarar görecektir olan hastalardır.

Geriye kalan dört seçenek Tablo 2'de listelenmektedir: adam başı ücret, gündelik, taburcu ödemesi ve vaka bileşimi yöntemlerinin tümü, mali riskin hizmet sunucu ile alıcı arasında belli düzeyde paylaşılmasını sağlayan yöntemlerdir. Bu dört yöntem aynı dezavantaj ve avantajların bir bölümüne sahiptir; ancak, dezavantajların çoğu miktar kontrolleri, sonuçların izlenmesi, hastaneye tekrar kabul oranının incelenmesi, vb. dahil olmak üzere belirli politika kuralları ve talimatlar aracılığıyla hafifletilebilmektedir. Ancak, hastane hizmetlerini satın almada vaka bileşimi ilkelerinin kullanılmasıyla oluşan açık mesuliyet avantajlarına (ayrıca bakınız bölüm 4.1.3) dikkat çekmekte yarar vardır.

Vaka bileşiminin adam başı ücret, gündelik ve taburcu ödemesi yöntemine göre kilit avantajı hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade hastanenin tanı ve prosedürlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır. Hastane bakımının vaka bileşimi yöntemi ile satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların

klirik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacağı anlamına gelmektedir. Bir başka temel avantajı ise vaka bileşimi yönteminin kullanılmasıyla, sağlık hizmeti kaynaklarının, düzgün şekilde biçimlendirilirse ihtiyacı yansıtacak olan kullanıma göre dağıtıldığı şeffaf bir ortam sağlanmasıdır.

Vaka bileşimi yönteminde, komplike hastaları tedavi eden hastanelere, nesnel ve ölçülebilir veriler temelinde daha fazla ödeme yapılırken, sayıca daha az olan veya komplike ya da kaynak yoğun olmayan hastalara bakan hastanelere yapılacak ödeme miktarı daha az olacaktır. Önemli olan ise, hastane hizmetlerinin vaka bileşimi yöntemiyle alınmasının, sınırlı olan sağlık hizmeti kaynaklarının daha düzgün dağıtılmasına imkan tanınmasıdır. Vaka bileşimi yöntemi, bu kaynakların en yüksek sağlık sonucu dönüşü olan faaliyetlere yöneltmesini sağlamakta ve basitçe ifade edersek, hastanede yatış sürelerini gereksiz yere uzatan veya daha fazla sayıda prosedür uygulayan hastaneleri ödüllendirmektedir.

4.2.4 Ödeme ve Bütçeleme Sistemi

Tercih edilen hizmet satın alma yöntemi olarak vaka bileşimi kabul edilirse, satın alma politikasının bir sonraki aşaması, vaka bileşimi yönteminin ödeme veya bütçeleme amacıyla kullanılıp kullanılmamasına karar vermek olacaktır.

Bir ödeme sistemi esas olarak, hastanelere, sunulan vaka sayısı için (ve DRG'lere tayin edilen, her bir vaka kendi fiyatı üzerinden olacak şekilde) ödeme yapma işlemidir. Bu, yıllık veya çeyrek dönemlik bütçelerin hazırlanarak geleneksel miktar, vaka bileşimi ölçüleri veya diğer ölçüler temelinde hastanelere dağıtımlarının yapıldığı bir bütçeleme sisteminin tersi bir sistemdir.

Vaka bileşimi yönteminin bir ödeme sistemi mi yoksa bir bütçeleme sistemi mi geliştirmek için kullanılması gerektiği konusunda dünyada sık sık tartışmalar ortaya çıkmaktadır. Yalnızca alıcıdan hizmet sunucuya para aktarımı için kullanılan fiili mekanizma ile ilgili olduğunu, hastaneye ödenebilecek toplam tutar üzerinde gerçekten etkisi olmayabileceğini anlamak açısından bu ayırım önemlidir.

Bir ödeme sistemi ile bir bütçeleme sistemi arasındaki temel fark, bir ödeme sisteminde hastaneye yalnızca faturalar alıcıya teslim edildiğinde ödeme yapılabilirken, bir bütçeleme sisteminde hastaneye planlanan klinik faaliyet ve miktar temelinde ödemenin önceden yapılabilmesidir.

Her iki seçeneğin de vaka bileşimini gerek ayrı DRG ödemeleri ile gerekse DRG'ye dayalı bir bütçe ile ödenmesi gereken tutarın belirlenmesinin temelini oluşturan yöntem olarak kullanılabilmesine karşın; yöntemler, ilgili miktar denetimleri olup olmamasına bağlı olarak farklı teşvikler ortaya çıkarabilmektedir. Tablo 3, bu konulardan bazılarının ana hatlarını vermektedir.

Tablo 3: Vaka bileşimi (DRG'ler) İlkelerine dayalı Alternatif Satın Alma Modelleri

Ödeme Modeli	Metodoloji	Hizmet Sunucu Davranışına yönelik Teşvikler		
		Hizmet sunmuyor	Hizmet sunuyor	Giderleri kontrol ediyor/ yönetiyor
Hiçbir tavan veya ödeme limiti içermeyen bütçe sistemi	Fiili faaliyete dayalı hiçbir mutabakat olmaksızın geleneksel bütçe, geleneksel miktar, vb. temelinde yıl başlangıcında tahsis edilen genel bütçe	++	-	+++
Planlanan ve fiili olan arasında tavan ve mutabakatı içeren bütçe sistemi	Geleneksel bütçe, geleneksel miktar, vb. temelinde yıl başlangıcında tahsis edilen ve sunulan hizmet miktarı ve türüne ilişkin belli ölçülere (bir başka deyişle, DRG'ler) bağlı olarak fiili faaliyet ile mutabakatı yapılan genel bütçe	-	++	+++
Miktar üzerinde hiçbir tavan veya limit içermeyen ödeme sistemi	Hastanenin fiili faaliyetine (bir başka deyişle, DRG'ler) dayalı ödeme; işleme dayalı	-	+++	+
Miktar üzerindeki tavan veya limitleri içeren ödeme sistemi	Hastanenin fiili faaliyetine (bir başka deyişle, DRG'ler) dayalı ödeme; belli tavan veya limitlere tabi olarak işleme dayalı	-	++	+++

Bir bütçeleme modeli belirli miktar gereklilikleri veya bütçe mutabakatı olmaksızın uygulanırsa hastane için hizmet sunumuna yönelik ya çok az teşvik olacak ya da hiç teşvik olmayacak veya en iyi ihtimalle, basitçe ifade edersek, hastane giderlerini kontrol etmek/ yönetmek için sayıca daha az, maliyeti daha düşük hizmetleri sunacaktır. Bir ödeme sistemi hiçbir miktar tavanı olmaksızın uygulanırsa hastaneler mümkün olduğunca çok sayıda hastayı, özellikle de daha sağlıklı/ daha az kaynak yoğun olanları tedaviye teşvik edecek, bu da erişim ve bakım kalitesiyle sonuçlanacaktır.

Gerek bir bütçeleme sistemi gerekse ödeme sistemini ilişkili denetimler olmadan uygulamak, genelde hastane hizmetlerini satın almak için vaka bileşimi yönteminin kullanılmasıyla bağıntılı olan bakım kalitesi ve verimlilik teşviklerini ortaya çıkarmayacaktır. Belirli miktar limitleri ve/veya mutabakat denetimleri (fiiliye karşı planlanan) uygulanırsa hastanelere fiili olarak ödenen paranın yanı sıra oluşturulan teşvikler, bir ödeme sistemi yaklaşımının benimsenip benimsenmemesi veya bir bütçeleme sisteminin kullanılıp kullanılmamasına bakılmaksızın oldukça benzer olacaktır.

Gerek bütçeleme sistemi gerekse ödeme sistemi uygun politika kuralları ile talimatlar kullanılmak suretiyle benzer sonuçlar doğuracak biçimde uygulanabildiğinden, Türk karar alıcıları iki sistem arasında tercih yaparken idari yük, uygulama maliyeti, mevcut uygulamalara uygunluk, eğitim gereklilikleri, vb. gibi işletimsel konuları dikkate almalıdır. Örneğin, bir bütçeleme sistemini geliştirmek, uygulamak, devam ettirmek ve zaman içinde yenilemek genelde daha kolaydır. Öbür yandan, hastanelere önceden ödeme yapılması satın alma, yatırım ve işletimsel kararlarında hastanelere daha fazla yönetim esnekliği tanıdığından; bütçeleme sistemleri, genellikle hizmet sunucular tarafından tercih edilmektedir.

Sağlık Hizmeti Satın Almaya İlişkin Öneriler

Sağlık sisteminin satın alınan değer, kalite ve hakkaniyet gibi belirtilen bütün hedeflerinin yakalanması, sağlık hizmetlerinin nasıl satın alındığı dahil olmak üzere birçok etmene bağlıdır. Satın alma ibaresi, alıcının sağlık hizmetlerini nasıl 'satın aldığı' ile ilgilidir. Ancak, belirli hiçbir satın alma modelinin 'doğru' veya 'değişmez' olmadığı ve deneyimlerin hastane ödeme reformunun, sosyo ekonomik koşullar ve teknolojideki ilerlemeler gibi konulardan etkilenen devam eden bir süreç olduğunun kabul edilmesi önemlidir. Şu anda, bu nedenle, Türkiye için bir sağlık hizmeti satın alma çerçevesi tasarlanırken aşağıda sıralanan konular göz önünde bulundurulmalıdır:

Farklı ortamlarda satın alma: İlk etapta bütün ortamlarda bütünleşik bir satın alma ve ödeme stratejisinin geliştirilmesi önemlidir. Bunun nedeni, farklı ödeme yöntemlerince oluşturulan teşviklerin karmaşık etkileşiminin hakkaniyet, verimlilik ve kaliteden oluşan temel hedefleri güçlendirmeye dönük olarak yönetilmek zorunda olmasıdır. Strateji belirlendikten ve kilit riskler ortaya konulduktan hemen sonra yasal sağlık hizmeti sistemi satın alma yöntemleri aşağıdaki ana ortamlara yönelik olarak tasarlanmalıdır: birinci basamak sağlık hizmetleri; ayakta tedavi uzman doktor bakımı; yatarak tedavi ve yaşlı bakımı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alınması: Türkiye, birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alınmasında adam başı ücret, kalite ödemeleri, başvuru başına ödeme yöntemlerini içeren bir karma modeli dikkate alınmalıdır. Ancak, karma modeldeki hakim öge, riske uyarlanmış adam başı ücret olmalı, başvuru başına ödemenin uygulanmasında büyük özen gösterilmelidir.

Akut yatarak tedavinin satın alınması: Mevcut pilot çalışmanın sonuçları doğrultusunda vaka bileşimi yöntemi benimsenmelidir. Vaka bileşimi yönteminin sunduğu önemli faydalar şöyle olabilmektedir: Hastane sağlık hizmeti bütçelerinin bölgeler ile hizmet sunucular arasında adil dağılımını kolaylaştırmak; etkili ve verimli hizmet sunumu için teşvik oluşturmak; sağlık sektöründe karar alma sürecinde kullanılabilecek değerli sağlık verileri oluşturmak.

Hastane ödemesi modelleri: Vaka bileşimi temelinde epizoda dayalı bir ödeme modeli seçilirse, bu model hastanelerin, harcama limitlerini belirlemelerini ve kaynaklarını en iyi nasıl kullanacaklarına karar vermelerini sağlamak için bütçe tavanlarının benzer bir biçimini içermelidir. Hastane çıktısının kalitesini izlemek için tedbirler de alınmalıdır.

Vaka bileşimi yöntemiyle bütçeleme veya ödeme: Hastanelere, üzerinde uzlaşılan vaka bileşimi bütçelerine göre veya üstlenilen vaka bileşimi masraflarını karşılamaya dönük geri ödeme olarak önceden ödeme yapılıp yapılmaması kararı esas olarak mevcut deneyim, nakit akışı ve işletimsel verimlilikle ilgili idari bir karardır. Çoğu durumda, hastaneler, ödemeleri önceden yapıldığından bütçe sistemini tercih etmektedirler ve bunun kuruluşlara daha fazla yönetim esnekliği tanıdığı ifade edilmektedir.

5. Türkiye için Hastane Finansman Politikası

5.1 Reform Süreci

Bugün, Türkiye geniş bir temele dayalı sağlık finansman reformunu hayata geçirmiş bulunmaktadır; 8 pilot hastanede AR-DRG'lerin pilot uygulamasının başlatıldığı bu proje, hastane bakımının satın alınmasında pilot vaka bileşimi uygulamasının yanında gerek hastaneler gerekse bir bütün olarak sektörde gelişmiş yönetim ve idare için gerekli bilgi altyapısının geliştirilmesini kolaylaştıracaktır.

Türkiye, sağlık finansman reformu sürecinde halihazırda önemli bir ilerleme kaydetmiştir. BUT'nin iyileştirilmesi sürecine, birçok faaliyet için standart ödeme oranlarının geliştirilmesi dahil edilmiştir. Şu andaki yönelim, BUT kalemlerinin belirli sağlık durumları için tek bir ödeme altında toplandığı ve fiyatlandırmanın ayrı hizmet girdilerinin kullanım oranlarının ortalamasına dayandığı bakım 'epizotları' veya 'paketleri'ne doğrudur. Mevcut paketlerin içerik tanımları ve sınıflandırma standartları açısından zayıf yönleri bulunsa da, bu paketler sağlık hizmeti sunumu, izleme ve ödemeye doğru daha fazla epizot yönelimine ilişkin ihtiyacı tanımaktadır.

Birçok yoldan, Türkiye'nin idari bilgi toplama süreçlerinde yatarak tedavi ile ayakta tedavi arasındaki ihtiyari bölünmelerden doğan mevcut özgürlüğü, Türk sisteminin önemli güçlü yönlerinden biridir. Türkiye'de, oldukça bütünsel sağlık hizmeti sunum sistemi nedeniyle epizot sınıflandırması ve gelişme yönündeki daha bütünsel bir yaklaşım potansiyeli olması, ülkeyi, sağlık bilgi sistemlerinin kapasitesi iyileştirildiğinde ileri hastane finansman modellerinin geliştirilmesinde dünyada lider olacağı güçlü bir konuma yerleştirmiştir.

Türkiye'nin ileriye dönük sağlık finansman modellerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında önemli güçlü yönleri ve fırsatlara sahip olmasına karşın, birtakım zayıf yönleri de bulunmaktadır. En büyük baskılar veriye ilişkindir: mevcut veriler hastanın klinik durumu ile ilgili yetersiz bilgi vermekte, ayrıca bakım sunmanın fiili maliyetlerinin belirlenmesinde (faturalandırma sistemlerinden ayrı olarak) çok az fırsat sunmaktadır.

Bu projenin sonuçları geniş bir temele dayalı sağlık finansman reformunu tasarlama ve uygulama kapasitesini güçlendirecek olsa da, ilk politika kararlarının bir bölümünün düzenli olarak yeniden ele alınması ve bu kararların sağlamlığının yanı sıra varsayımların ve en son girişimlerin bir bölümünün geçerliliğinin kontrol edilmesi önemlidir. Böyle bir inceleme, ödeme esasları, yöntem ve sürece ilişkin olarak aşağıda sıralananlar gibi soru ve cevapları ortaya koymalıdır:

- Mevcut hizmet başına ödeme modelinde gerek hizmet sunucu gerekse alıcının perspektifinden yanlış olan nedir? Reform programının sağlık sektöründen destek alabilmesi için vaka bileşimi yöntemine geçişin neden düşünüldüğü konusunda uzlaşmaya varmak önemlidir.
- Türkiye'nin hizmet sunucuya yönelik ödeme sistemi reformu ile ilgili olarak uzun vadeli stratejisi nedir ve vaka bileşimi yöntemini uygulama planı diğer sağlık hizmeti ortamlarındaki hizmet sunucuya yönelik ödeme stratejileri ile ne kadar bağıntılıdır?
- Önerilen reform sürecinin riskleri ile bu süreç üzerindeki baskılar ve vaka bileşiminde dayalı ödeme modelinin beklendiği gibi işlemesini engelleyecek unsurlar nelerdir? Bu baskılar nereden kaynaklanmaktadır ve bunların hizmet sunucuya yönelik ödeme reformu üzerindeki olumsuz etkisini hafifletmek için ne gibi adımlar atılabilir?

- Türkiye’de vakaya dayalı bir finansman sisteminin uygulanmasına doğru giderken BUT gibi mevcut araçların korunmasını ve genişletilmesini sağlayan, uygulamaya ilişkin gerçekçi zaman çizelgesi nedir?
- Hastanenin tıbbi personeli, yönetici personeli ile idari personelinin yeni sistemin işletimsel ve mali gerekliliklerine uyum sağlayacak fırsatlara sahip olabilmesi için hastaneleri mevcut ödeme sisteminden vaka bileşimi modeline geçirmede hangi geçiş yöntemi kullanılmalıdır?

5.2 Tasarım İlkeleri

Önceki bölümde, sağlık finansman modellerinin mülahasasına yönelik bir çerçeve olarak beş soruluk bir liste (nerede, kim, ne, ne zaman ve ne kadar; bölüm 4.2.1) oluşturulmuştur. Bu beş sorunun her biri, Türkiye’deki bilgi sisteminin mevcut kapasitesi ve Türkiye’nin sağlık reform gündemi ile ilgili olarak ayrı ayrı dikkate alınacaktır. Bu mülahazalardan, tartışma ve uygun bulunursa uygulama için bir dizi öneri geliştirdik.

5.2.1 Hizmet NEREDE sunulmalıdır?

Bu soru ele alınırken, Türkiye’deki kamu kuruluşlarının halk sağlığı harcama düzeyinin ulusal bütçeleme süreciyle sınırlandırılacağı varsayılmış ve bu yüzden, hastanelere dağıtımı yapılacak mevcut sağlık hizmetinin toplam miktarı için bir tavan belirlenmiştir. Sonuç olarak, kullanılabilir fonları adil, şeffaf ve hakkaniyete dayalı olarak dağıtma gereği ortaya çıkacaktır.

Sosyal sağlık programlarının tamamı için bir tavan belirlenmemektedir. İngiliz Milletler Topluluğu Avustralya Tıbbi Teminatlar Tarifesi, uygulamada, kullanım hekim sayısı ile sınırlı olsa da ve ulusal ödeme kurumu olan Medicare Australia tarafından sıkı bir şekilde izlense de ‘tavansız’ kamu planının bir örneğini göstermektedir. Sağlık hizmetine olan talebi ve kamu harcamalarındaki büyümeyi yönetmek oldukça zor olduğundan, tavansız planlar uygun planlar olmamaktadır.

Geleneksel olarak, özel sağlık finansmanı, tavansız olarak oluşturulmuştur ve kişilerin ödeme gücüne bağlı olarak özel sağlık harcamalarındaki büyüme sık sık kamu sağlık harcamalarındaki büyümenin üstüne çıkmıştır. İsteğe bağlı sağlık sigortasının devlet tarafından yasal sistemin alternatifi olarak özendirildiği durumlar ile özel hastane bakımının devlet tarafından ya doğrudan ya da dolaylı olarak sübvansede edildiği durumlarda bu özellikle geçerli olmaktadır.

Yasal sağlık sistemi bağlamında, ‘nerede’ sorusu iki bileşenden oluşur:

- Hizmet sunma için gerekli olan tesisler nereye kurulmalıdır?
- Kaynakların hakkaniyete dayalı bir dağıtımını sağlamak için fonların mevcut tesisler arasındaki dağılımı nasıl olmalıdır?

İlk bileşen esas olarak planlama ilgili ve önemli iken, bu raporun kapsamını aşan bir bileşendir. Ancak, genel bir kural olarak, sağlık finansmanının bölgesel dağılımı ihtiyaca dayalı olursa bu, sağlık tesislerinin hastalar nerede ise oraya kurulmasını beraberinde getirecektir.

Bu rapor ikinci bileşen, bir başka deyişle her hastanenin yıllık bütçe tavanı nasıl belirlenmelidir, üzerine yoğunlaşmaktadır ve bu bileşen iki etmene bağlıdır: faaliyet miktarı ve birim fiyat.

a) Faaliyet Miktarının Belirlenmesi

Faaliyet miktarını belirlemeden önce, 'miktar'ın nasıl ölçüleceğine karar vermek gerekmektedir. Çeşitli seçenekler vardır:

- Toplam dolar (veya YTL) değeri – bu en basit seçenek olup burada: miktar = YTL bütçe/ birim fiyat
- Dolu Yatak Sayısı
- Kabuller veya tecritler
- DRG'lere veya benzer bir ölçüye yönelik ağırlıklı tecritler
- Karmaşık faaliyet ölçüleri – örneğin bunlar gibi çeşitli etmenler için ayarlanmış ağırlıklı tecritler. Bu yaklaşımın bir örneği Avustralya'da Victoria Eyaleti tarafından kullanılmaktadır (<http://www.health.vic.gov.au/pfg/pfg2005/technicalinfo.pdf>)

Faaliyet ölçüsü tanımlandıktan sonra faaliyet miktarı iki temel yolla belirlenebilmektedir: büyümeye uyarlanmış önceki yıllara ait faaliyetlere göre; hastanelerin hizmet sunduğu kişilerin planlanan sağlık ihtiyaçlarına göre.

Faaliyet Miktarının Belirlenmesine İlişkin Öneriler

Kısa vade:

- 1) Faaliyet miktarının geleneksel temelde oluşturulması
- 2) Faaliyet miktarının AR-DRG'ler temelinde oluşturulması. Bu, AR-DRG bağıl değerlerinin belirlenmesini gerektirecektir.
- 3) Türkiye'nin DRG'lerdeki maliyetlerdeki değişimi, hastaneler arasında ve geleceğe dönük olarak zaman dizilerinde DRG'ye göre incelemek için bir algoritma oluşturması.

Orta Vade:

- 1) Ayrı bölgelerin sağlık ihtiyaçlarını belirlemek için kapsamlı bir çalışmanın üstlenilmesi.
- 2) Elverişli kaynakların tercihen tahmini ihtiyaçla karşılaştırıldığında düşük faaliyete sahip bölgelere tahsis edilmesi.
- 3) Faaliyet miktarı ile hastanelerin finansmanının tahsisinde kullanılan ölçülerin uyumlaştırılması.

Uzun Vade:

- 1) Hastaneler için faaliyet tavanları tahsisi amacıyla kapsamlı bir ihtiyaçlara dayalı ödeme formülünün hazırlanması

b) Birim Fiyatların Ayarlanması (dönüşüm faktörü)

Bazı sistemlerde, birim fiyat, bir bağıl değeri (veya iş birimleri) bir parasal miktara dönüştürdüğünden, dönüşüm faktörü olarak da adlandırılmaktadır. 'Birim fiyat' ibaresini kullanmamızın nedeni, bu fiyatın 1 faaliyet birimi için ödenen tutar olmasıdır.

Birim fiyatlar çeşitli yollarla ayarlanabilmektedir. Örneğin, birim fiyat, bakım epizodu sunulurken bakım sunma bedeli veya faturalandırılan tutar temelinde oluşturulabilmektedir. Mümkün olduğu hallerde, faturalandırma bilgilerinin kullanılması ile herhangi bir mevcut fiyat tahrihi ve dolayısıyla anormal ödemeler tekrarlanabileceğinden, birim fiyatların fiili maliyetler temelinde oluşturulması daha uygun olmaktadır.

Genellikle, birim fiyat, referans oran benzeri bir oran üzerinden ayarlanmaktadır. Bu, benzer hastanelere ilişkin ortalama fiyat, 'verimli' hastanelerin fiyatı, standart maliyetlendirme (bölüm 3.2.1) veya satın alınacak iş birimi sayısına bölünen toplam bütçe gibi herhangi bir diğer miktar olabilir.

Hangi hastanelerin kar elde edebileceğinin ölçüsü, büyük oranda birim fiyat seçimine bağlıdır. Birim fiyatın hastaneye ilişkin ortalama maliyetin altında kalması halinde hastane zarar edecektir. Sonuç olarak, birçok ülke, birim fiyatı, özellikle de hastane reformunun ilk birkaç yılında, hastanelerde oluşan fiili maliyetlere atıfta bulunmak suretiyle makul hale getirmektedir. Bu tür geçiş düzenlemeleri, hastane yöneticilerini, hastaneyi önemli bir mali riske sokmadan maliyet etkililiğini başarmaya teşvik ettiğinden ve bunun için yöneticilere zaman tanıdığından önemlidir.

Geçiş düzenlemelerinin sık sık uygulandığı bir yol, her hastaneye ilişkin birim fiyatın hastanenin fiili maliyetlerinin ağırlıklı ortalaması ile referans fiyat temelinde oluşturulmasıdır:

$$\text{Birim Fiyat} = \text{Referans Fiyat} + \text{Ağırlık} \times (\text{Hastane Ortalaması} - \text{Referans Fiyat})$$

Yukarıdaki denklemde, 'ağırlık' sıfır ile bir arasında değişebilir. Ağırlık %0'da ayarlandığında birim fiyat hastanenin fiili ortalama maliyetine, %100'de ayarlandığında ise referans fiyata eşit olur. Genelde, ağırlık ilk önce çok düşük bir oranda ayarlanır, ardından her yıl artırılır. Yukarıdaki denklemde yer alan 'ağırlık' ibaresi kimi zaman 'harman oranı' olarak adlandırılmaktadır.

Birim Fiyatın Ayarlanmasına İlişkin Öneriler

Kısa vade:

1) Aşağıda verilen maliyet yapısını farklılaştıran etmenler temelinde hastane gruplarının farklı grupları için birim fiyatların ayarlanmasına olan ihtiyacın analizinin yapılması:

- Coğrafi bölge
- Hastanenin rolü (eğitim hastanesi, özel hastane, bölge hastanesi, vb.)

2) Analizde, bütün hastaneler için tek bir birim fiyat ayarlamasının geçerliliğini saptamak amacıyla farklı hastanelerin maliyetlerinin (veya gerekirse ücretlerinin) karşılaştırılması.

3) Birim fiyatların ortalama maliyetler (veya gerekirse ücretler) temelinde oluşturulması.

4) Geçiş 'harman oranı'nın ilk 2 yıl için %10'u aşmaması.

Orta Vade:

1) Enflasyon, klinik uygulama ve teknolojiye ilişkin değişikliklere uyarlamak amacıyla birim fiyatların yıllık olarak gözden geçirilmesine yönelik bir mekanizmanın oluşturulması.

2) Harman oranının geleceğe dönük olarak üç yıllık bir dönemde en azından %50'ye yükseltilmesi.

Uzun Vade:

Uzun vadeli öneri bulunmamaktadır.

5.2.2 HANGİ hastalar bakım hizmeti almalıdır?

Karmaşık olsa da, yasal sağlık sigortası planları kapsamındaki teminat paketlerinin bir şekilde, en azından halkın hangi hizmete ne gibi koşullar altında erişebileceklerini bilmelerini sağlayacak biçimde, tanımlanması ihtiyacı vardır. Bölüm 2.1.5'te ele alındığı üzere, teminat paketine dahil edilmesi gereken öncelikli teminatlar, birinci basamak sağlık hizmetine bir *gatekeeper* ortamında erişim ve bağışıklama gibi satın alınan değeri yüksek olan teminatlardır.

Yüksek maliyetli tıp, yüksek teknoloji ve pahalı tanı ile prosedürlere dönük artan eğilim dikkate alındığında, çoğu ülke yasal sağlık programlarının finansmanında artan şekilde zorluklarla karşılaşmaktadır. Yüksek maliyetli tıp yalnızca hastaların tedavi edilme biçimini etkilememekte, aynı zamanda sağlık hizmetinden potansiyel olarak faydalanabilecek kişi sayısı ve türünü de artırmaktadır. Sonuç olarak, kimlerin bakım hizmeti alacağı ve ne gibi koşulların ele alınacağı tartışması, önümüzdeki yıllarda alevleneceğe benzemektedir. Örneğin, şu anda tartışılan bir konu, prostat kanseri taramasının uygunluğuna ilişkindir. İnsan geninin haritasını çıkarabilme yeteneğimiz, olasılıkla herhangi bir kişinin riskini taşıdığı hastalık kümesini doğru olarak tanımlama kabiliyeti sağlamaktadır ve bu, en çok risk altında olanlara daha etkili tarama ve tanı prosedürleri yöneltmeye imkan tanıyabilecektir. Kamu finansmanının rutin genetik tarama ve bununla ilişkili olan, bir hastalığın ilk belirtilerinin rutin izlenmesi gibi prosedürler için ne ölçüde kullanılması gerektiği olasılıkla daha fazla tartışma konusu olacaktır.

Birçok görüş ortaya konacak olsa da, tartışmanın mümkün olduğunca şeffaf ve nesnel bir biçimde yapılması önemlidir. Şu anda bu nitelikteki kararları almak için kullanılan yöntemlerin temelini, belirli bir tedavinin hem maliyeti hem faydasının değerlendirildiği ve mevcut tedavilerle karşılaştırıldığı sağlık ekonomik analizi oluşturmaktadır. Bu gerçekleştirildikten ve tedavinin iyi bir değer sunduğu ortaya konulduktan sonra, karar alma sürecinin bir sonraki aşaması, belirli bir tedavinin kullanımının modellenmesi veya bu tedavinin mevcut sağlık bütçesinden karşılanabilir olup olmadığının test edilmesi ve değerlendirilmesi olacaktır. Tedavinin, örneğin yüksek bir maliyet/ fayda oranına sahip ancak, orta öncelikte olduğuna karar verilebilir; bu durumda, tedavi teminat paketine dahil edilebilir ancak bu, eş ödeme ile birlikte olacaktır.

Avustralya Hükümeti sağlık ekonomik analizi ile kullanım modellemesini, ayakta tedavide halkın geniş bir ilaç yelpazesine erişimini sağlayan, devlet tarafından sübvans edilen bir program olan Farmasötik Teminat Planını yönetmede başarılı denebilecek şekilde kullanmıştır.

1990'ların başlarından itibaren, toplumdaki hastalık yükünün tahmin edilmesine doğru bir yönelim söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü mevcut metodolojileri yaygın olarak kullanmakta ve bunların ana hatlarını net bir şekilde belirlemektedir. Bu çalışmaların altında yatan gerekçe, politika belirleyicilerin halkın sağlık ihtiyaçlarını anladıklarında, sağlık kaynaklarını nereye yönlendirecekleri konusunda daha iyi seçim yapabilmeleridir. En uç noktada bu, hangi hastaların ne tür bir bakım hizmeti aldığını belirleyecektir. Ancak, genelde aydınlatıcı olsa da, bu tür 'hastalık yükü' çalışmalarının kullanılabilirliği şunlardan dolayı sınırlıdır:

- Kararların, 'ne yapılabilir' sorusu bağlamında alınması gereği. Örneğin, halk arasında yayılmış dahi olsa hiçbir etkili tedavisi olmayan veya önlenemeyen bir hastalığa odaklanmanın pek anlamı yoktur.
- Bunun altında yatan, sağlık harcamalarının ömrü uzatmak amacıyla (veya kaliteye uyarlanmış yaşam yılı – QALY) kullanılması gerektiğine ilişkin varsayım bazı zamanlar, örneğin palyatif bakım söz konusu olduğunda, sorgulanabilmektedir.

- Yaşam yıllarına uyarlanmış maluliyet (DALY) gibi istatistiklerin oluşturulması ile ilgili teknik kaygılar söz konusudur. Örneğin:
 - İstatistikler bir nüfus kesimi düzeyinde kullanılırsa, farklı hastalar arasındaki ciddiyet konusu göz ardı edilecektir. Toplumun genelinde bir hastalığın etkisi bir başka hastalığın etkisinden daha fazla olabilirken, herhangi bir bireyde, ikinci bir hastalığın etkisi ilk hastalığa yakalanan birçok hastadan daha büyük olabilmektedir. Tercihen birinci hastalığın tedavi edilmesi, kaynakları en hasta kişilerden etkili bir biçimde uzaklaştırabilecektir.
 - Bu tür tedbirlerin bir birey düzeyinde kullanılması ise ciddi etik sorunlara yol açabilmektedir. Örneğin, aynı yaştaki iki kişi aynı akut rahatsızlığa yakalanmışsa ve bunlardan biri mükemmel derecede sağlıklı iken diğerinde görme veya işitme bozukluğu varsa, DALY istatistiği tamamen normal olan kişiye daha yüksek bir sağlık kazancı atfeder. Etik sorun, normal bireyin, diğer bütün koşullara bakılmaksızın tercihen bakım hizmeti alıp almaması gerektiği ile ilgilidir.

Yaşam yıllarına uyarlanmış maluliyet gibi hastalık yükü ölçüleri hangi hastaların bakım hizmeti alacağına belirlenmesinde sınırlı bir role sahipken, bu ölçüler alternatif tedavilerin, özellikle de bir maliyet/ fayda analizinin bir bileşeni olarak yapıldıklarında etkililiğinin karşılaştırılmasında yararlı bir araç sunmaktadır. Yeni teknolojilerin mevcut teknolojilerin yerini almak üzere iyileştirilmesi ile ilgili öneriler klinik kanıt temelinde yapılmalı ve bu tür çalışmalarını dikkate alınmalıdır.

'Hangi Hastalar' Sorusuna İlişkin Öneriler

- Kısa vade:**
- 1) Kısmen veya tamamen mevcut hizmet başına ödeme düzenlemeleri kapsamında bulunan hastaların herhangi bir ödeme düzenlemesine göre yapılacak ödemenin kapsamına alınması.
 - 2) Yasal sistem kapsamında hangi sağlık hizmetlerinin sunulması gerektiğine ilişkin karar alma sürecine, sağlık ekonomik ilkelerinin uygulanmasına yönelik adımlar atılması.
- Orta Vade:**
- 1) Yasal sistem kapsamında finanse edilen teminat paketinin, yalnızca yüksek maliyet/ fayda getiren hizmet ve ilaçların dahil edilmesini sağlamak üzere düzenli olarak gözden geçirilmesi için şeffaf bir sürecin uygulanması. Herhangi bir fayda değerlendirmesinin kanıta dayalı olması önemlidir.
 - 2) Yasal sağlık sigortası kapsamında finanse edilen teminat paketine hangi hizmet ve ilaçların dahil edilmesi gerektiğine ilişkin önerilerde bulunmak üzere bağımsız komitelerden oluşan bir sistem oluşturulması. Komitelerin üyeleri klinik tedavi uzmanları, idareciler, ekonomistler ile tüketicilerden oluşmalıdır.
- Uzun Vade:**
- 1) Teminat paketine neyin dahil edildiğinin değerlendirilmesine ilişkin sistemin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve değişikliklerin çıkarılan dersler temelinde yapılması.

5.2.3 Hastalar ne tür bir bakım hizmeti almalıdır?

Hastalar, klinik durumlarına en uygun olan bakım hizmetini almalı ve bu hizmet uygun şekilde sunulmalıdır. Geleneksel olarak, bu büyük oranda ayrı klinik kararlara bırakılmıştır ve vurgu, hastane süreçlerinin uygunluğunun aşağıdakiler aracılığıyla izlenmesi üzerinde olmuştur:

- Yollar ve yönlendirici ilkeler gibi klinik protokollerin kullanılması
- Hastane akreditasyon programları
- Advers olay raporlaması ve emsal taraması
- Planlanmayan yeniden kabul oranları, cerrahi komplikasyon oranları, mortalite oranları, vb. gibi geniş kalite göstergelerinin oluşturulması.

Advers olay raporlaması ve taramanın oluşturulması tıbbi-hukuki kaygılar nedeniyle engellenebilmekte veya tehlikeye sokulabilmektedir; sonuç olarak, iştirak eden klinik tedavi uzmanlarının, bütün hastane personeline destek verilmesini sağlamak için korunması amacıyla mevzuat çıkarılması gerekli olabilecektir.

Geniş kalite göstergelerinin oluşturulması sık sık karmaşıklık sorunlarına takılmaktadır ve deneyimler, önerilen birçok istatistiğin uygunluğu üzerinde uzlaşmaya varmanın genelde zor (mümkün olsa da) olduğunu göstermektedir. Örneğin; en hasta kişiler üçüncü basamak hastanelerine sevk edildiklerinde, genellikle en iyi klinik tedavi uzmanlarınca tedavi edilmektedir. Sonuç olarak, yüksek mortalite oranlarının kalitenin düşürülmesinden ziyade hasta seçimindeki yanlılığı yansıtabileceğini ileri sürmek makul olabilmektedir. Ancak, bu zorluklara rağmen, uygun kalite göstergeleri üzerinde uzlaşma aranması önemlidir. Klinik tedavi uzmanlarının, diğerlerinin deneyimlerinden yararlanabilecekleri bir ortamda çalışabilmeleri ve daha uygun hizmet sunmak için çaba göstermeleri uygun olmaktadır.

Son yıllarda, belirli sağlık durumları görülen hastalara normal olarak sunulabilecek bakımı açıklamak için artan şekilde klinik yollar ve yönlendirici ilkeler kullanılmaktadır. Bunlar, bütün hastaların kanıta dayalı hizmet almasının sağlanmasında önemli bir araç sunmaktadır. Sonuç olarak, zamanla klinik yollar, hastane finansmanında ve daha genel olarak sağlık finansman politikasında artan şekilde kullanılabilir hale gelecektir.

Bir kalite kontrol önlemi olarak, hizmet sunucuların klinik yolları kullanması gerekebilir ve bu durum hizmet sunucu ile alıcı arasında yapılacak sözleşmeye dahil edilebilir. Finansman açısından ise, klinik yollar hizmet girdilerini hesaplamak ve bakım paketleri veya vakalara ilişkin standart maliyetlerin oluşturulmasına yönelik çerçeve sunmak için kullanılabilir.

Kaliteli hasta bakımı sunma ve izlemenin önemli bir bileşeni iyi klinik belgelemenin bulunmasıdır. Bu raporun amacı kaliteli klinik verilere ilişkin gereklilikleri açıklamak olmasa da iyi klinik kayıt ve kodlamasını sağlayacak stratejilerin, gerek uygun ödemeleri gerekse - daha önemlisi - uygun kaliteli hasta bakımını temin etmede sağlık finansman politikasının önemli bir parçasını oluşturduğunun kabul edilmesi önemlidir.

Özetle, sunulacak bakım hizmeti hastanın durumuna uygun olmalı ve kaliteli bir şekilde sunulmalıdır. Çoğu durumda, yukarıdaki iki koşul yerine getirildiğinde sağlık sistemi için genel tasarruf sağlayacaktır; bu yöndeki herhangi bir adım, söz konusu gelişmelerin gerektirdiği sorumluluktan kaçmak için çeşitli çıkar gruplarından gelecek baskı ile tehlikeye atılmamalıdır.

'Hastalar ne tür bir bakım hizmeti almalıdır' Sorusuna İlişkin Öneriler

Kısa vade:

- 1) Hizmet sunucular ile klinik tedavi uzmanlarının, sundukları hizmeti ve uygulamalarını sürekli gözden geçirmeye ve klinik kararları kanıt temelinde almayı benimsemeye teşvik edilmesi.
- 2) Hastanelerin, emsal tarama ve haberli hasta memnuniyeti anketleri gibi kalite yönetim önlemlerini benimsemeye teşvik edilmesi.
- 3) Hastanelerin, rutin olarak toplanan ve elektronik formatta saklanan klinik verilerin kalitesini iyileştirmeye ve bu verileri, klinik birimler ile bireylere geri bildirim suretiyle analiz etmeye teşvik edilmesi.

4) En azından yüksek miktardaki vaka türleri için klinik yolların hazırlanmasının bir kalite yönetim önlemi olarak özendirilmesi.

Orta Vade:

1) Türkiye'nin hastane akreditasyonu için bir süreç oluşturması ve bütün hastanelerin, kabul edilen standartlar ve çalışma grupları tarafından oluşturulmuş kalite göstergelerine uygun olarak çalışmaya teşvik edilmesi.

2) Hizmet sunucu sözleşmelerinin, hizmet sunucuların akredite edilmesi ve klinik yollar gibi kalite süreçlerini kullanmasının öngörülmesi.

Uzun Vade:

1) Hizmet sunucular arasında seçim yapılması gereken hallerde, yasal fonun, gerek maliyet gerek kaliteye dayalı bir rekabet düzeyini özendirmek için seçici sözleşme yöntemlerini benimsemesi.

5.2.4 Hizmet NE ZAMAN sunulmalıdır?

Bölüm 2.1.4'te, elektif cerrahiye ilişkin bekleme sürelerinin hayata geçirilmesinin bir kısıtlama örneği olabileceğini belirtmiştik. Ayrıca, kalça replasmanı gibi hayati tehlike arz etmeyen acil olmayan tedavinin makul ölçüde programlanmasının, sunulabilecek hizmetin düzeyini iyileştirebileceği gözlemlenmektedir.

Elektif cerrahinin istendiğinde kullanılabilir olmadığı ve hastanın bu ameliyatı olabilmesi için bir bekleme listesine girmesinin gerekli olduğu hallerde, bekleme süreleri ihtiyaca göre zamanında hizmet sunmanın bir göstergesi olabilmektedir. Örneğin, elektif cerrahi için ortalama bekleme süresi 27 gündür (AIHW 2002) ve bu sürenin önemli ölçüde üstüne çıkan bekleme süreleri genellikle sunulmakta olan bakımın kalitesi ve hakkaniyete dayanıp dayanmadığı ile ilgili bir sorun olarak görülmektedir.

Doğrudan sevk, hastalar yalnızca bakım başladığında kaydedildiklerinden çok fazla erişim kolaylığı sağlamamaktadır. Tarama ve sevk mekanizması olmayan bir sistemde, hastanın değerlendirme ve sevk tarihinden sunulan bakımı aldığı tarihe kadar ne kadar beklediği ile ilgili olarak sevk süreci hiçbir bilgi ortaya koymamaktadır.

Raporun ilk bölümlerinde belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerine olan talep ve bekleme aşamasında olabilecek hasta sayısı oldukça esneklerdir. Bu, hastanın ihtiyaç düzeyinden, hizmetlerin elverişliliği ile halkın beklentisi kadar etkilenecektir. Huzursuzluk veren veya ağırlı rahatsızlıkları olan birçok kişi, sağlık sisteminin hiçbir kademesine yardım için başvurmaksızın yıllarca beklemektedir. Talep ayrıca, nüfusun yaş profili gibi etmenlere duyarlı olabilmektedir.

Uygun hizmet programlamasının yanı sıra kısıtlama, eklem replasmanı gibi acil olmayan hizmetler için uygun bekleme sürelerini doğurabilmektedir. Bu tür bekleme süreleri rezervasyon süreleri olarak adlandırılabilir.

Hastanın bakıma olan ihtiyacının aciliyetine ilişkin ölçü, önemli ancak ihtilafli bir konudur. Bu, bir yandan klinik takdir yetkisine çok fazla bağlı iken, diğer yandan basit klinik göstergelerle tanımlanamayacak kadar karmaşık bir kavramdır.

Avustralya'daki ve özellikle elektif cerrahiye ilişkin bekleme süreleri ile talep düzeylerini yönetmeye çalışmış diğer ülkelerdeki aciliyet kategorisi yıllardır çekişmeli bir tartışmanın konusu olagelmıştır. Avustralya'da elektif cerrahi için programlanan bütün vakalara tayin edilmesi gerekli olan mevcut aciliyet kategorileri şöyledir:

- 1. kategori: Acil bir duruma dönüşebileceği bir noktaya ulaşacak kadar çabuk kötüleşme gösterme ihtimali bulunan bir rahatsızlık için 30 gün içinde kabul uygun olmaktadır.
- 2. kategori: Ağrı, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açan ancak acil bir duruma dönüşebileceği bir noktaya ulaşacak kadar çabuk kötüleşme göstermeyen bir rahatsızlık için 90 gün içinde kabul uygun olmaktadır.
- 3. kategori: Az ağrıya yol açan veya hiç ağrı yapmayan, işlev bozukluğu veya sakatlığa neden olan, çabuk kötüleşme gösterme ve acil bir duruma dönüşebileceği bir noktaya ulaşma ihtimali bulunmayan bir rahatsızlık için ileride belli bir zamanda kabul uygun olmaktadır.

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi 2003)

Bazı sistemlerde hiç 'bekleme süresi' bulunmamaktadır - bu gibi durumlarda bekleme listelerinin yerini 'rezervasyon listeleri' alabilmektedir. Bu listelerden her biri veya her ikisi de, güvenli, verimli ve etkili hizmet sunumu için yeterli kritik kütlede elde edilmesinde hizmetlerin programlanması için temel gerekliliktir. Örneğin, sayıca çok az karmaşık operasyon yapmak net bir şekilde verimsizlik, yüksek beceri riski ve süreç açıktır.

Epizotta üretilen iş ve verimlilik baskıları altında bekleme sürelerinden edinilen deneyim, verimliliğe yönelik teşviklerin bekleme sürelerini uzatmadığını göstermektedir. Bunlar, hizmetlere olan talep ile hizmet arzı arasındaki dengeyle ilişkilidir. Vaka bileşimi ödemesinin uygulandığı ilk yıllarda, bir çalışma elektif cerrahiye yönelik bekleme listelerinin performansında bir iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Bu iyileşme acil vakaların hemen tedavi edilmesinin özendirilmesiyle daha da ileriye götürülmüştür. Acil elektif cerrahi için 30 günden fazla bir süredir bekleyen hastaların sayısı ortalama 900 iken, bu sayı 10'un altına inmiştir. Yarı acil elektif cerrahi için bekleyen hasta sayısında önemli bir düşüş söz konusudur.

Son yıllarda, belirli hizmet türlerine olan talebin yeterli idaresi için klinik vaka türüne göre oluşturulan aciliyet kategorilerinin daha dikkatli belirlenmesinin gerekli olduğu kabul edilmiştir. Kanada ve Yeni Zelanda'da uygun talep idaresine yönelik programlar da hayata geçirilmiştir; bu programlar büyük oranda, belirli prosedür türlerine ilişkin klinik standartlara karşı performans ölçümüne de dayanmaktadır.

Ancak, bütün bu erişim izleme programlarına ilişkin temel gereklilik, hastanın ihtiyaçları hakkında yeterli bilgi sağlayan bir sevk sisteminin oluşturulmasıdır. Bu nedenle, ilk öneri bekleme süreleri için, sistem sevk bilgilerini sağlayan, diğer ülkelerden gelen karşılaştırılabilir verilerle uyumlu bir izleme sisteminin oluşturulması yönündedir.

Hizmet NE ZAMAN sunulmalıdır Sorusuna İlişkin Öneriler

Kısa vade:

Miktarı yüksek olan elektif prosedürler için bekleme sürelerine ilişkin dayanak noktalarının oluşturulması.

Seçilmiş klinik vaka türleri için aciliyet göstergelerinin oluşturulmasına önem verilmesi.

Acil müdahale bekleme sürelerinin izlenmesinin bakıma kadarki süreye ilişkin öncelikli kategori standartlarına göre oluşturulması ve ölçülmesi.

Orta Vade:

Erişim göstergeleri olarak bekleme süresi istatistiklerinin değerinin gözden geçirilmesi.

Gösterge klinik vaka türleri için erişim süresi uygulamaları temelinde referans yönlendirici ilkelerin oluşturulması.

Elektif cerrahi için en iyi uygulama erişimi yönlendirici ilkelerini oluşturmak için klinik uzman referans grupların oluşturulması.

Uzun Vade:

Elektif cerrahi gerektiren durumlar için bekleme sürelerinin en iyi uygulama bakımı göstergeleriyle birlikte yayınlanması.

Erişimde en iyi uygulamada gerçekleşen değişikliklerin izlenmesi ve etkili öncelik tanıma ve talep yönetimi uygulamaları ile düzeltilmesi.

5.2.5 Hizmetin fiyatı NE KADAR olmalıdır?

Bu soru, genelde hastane finansmanı olarak adlandırılan olgunun temelini oluşturmaktadır. Hastanelere, sundukları hizmet karşılığında nasıl ödeme yapıldığını açıklamaktadır. Şu anda, Türkiye, kısmen geleneksel bütçeleri (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı üzerinden maaş ve ücretler) kısmen de hizmet başına ödeme (BUT) temsil eden bir model kullanmaktadır. Bu raporun 4. Bölümünde sağlık finansmanına ilişkin uluslararası yaklaşımlar ele alınmıştır; örnekler, birçok ülkenin anılan yöntemlerden epizoda dayalı - 'epizodun' tanımı sistemler arasında değişiklik gösterse de - modellere doğru yöneldiğini göstermektedir. Genellikle, yatarak tedavide, epizotlar hastaneye kabul ile hastaneden taburcu edilme tarihi arasında geçen süre olarak tanımlanmaktadır. Bu epizotlar genelde tanı ilişkili gruplar (DRG'ler) kullanılarak açıklanmaktadır.

Diğer epizot modelleri de mevcuttur. Türkiye'nin mevcut paket kavramı bakım epizodunun alanını potansiyel olarak belirli klinik durumlar ve bunlarla ilişkili ayakta tedaviye yönelik çoklu kabulleri kapsayacak şekilde genişletmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 'epizot' kavramının alanı daha da genişleterek, bazı uygulamalarda, bir hastaya on iki ay boyunca sunulan bakımı da kapsar hale gelmiştir. Bu 'adam başı ücret' modelleri sağlık sigortacıları tarafından özellikle kullanılmaktadır; ancak, bu tür yaklaşımları kullanarak kronik bakımın da finanse edilmesi yönünde artan bir ilgi söz konusudur.

Türkiye'nin uzun vadeli hedefi, mevcut bakım paketlerinin, hastanelerin finansmanında kullanılmak üzere hasta epizotlarının kapsamlı, birbirini dışlayan bir sınıflandırmasının oluşturulması olmalıdır. Ayrıca, bunun, sayısı ve maliyeti yüksek hasta grupları için bakım yollarının hazırlanması doğrultusunda yapılması, oldukça uygun olacaktır.

Bakım yolu boyunca her bir adımın maliyetinin ve bu yol boyunca her bir dalı üstlenecek olası hasta gruplarının bilinmesi, hastaların tedavisi karşılığında kaç hastaneye ödeme yapılması gerektiğini (bölüm 3.2.1) tanımlayabilecektir. Ancak, daha önce belirtildiği üzere, uzun vadede bile klinik durumların tamamı ve vakaların birçoğu için yolların oluşturulması mümkün görünmediğinden, ödemenin 'ortalama' epizot bedeline benzer bir bedel temelinde yapılması gerekecektir. Bunun bir alternatifi, bir örnek ölçü veya mevcut hastane faturaları temelinde ortalama 'faturanın' toplam değeri gibi ortalama bedel olabilmektedir.

a) Bir bakım epizodunun ortalama bedelinin kullanılmasıyla ilgili teknik konular

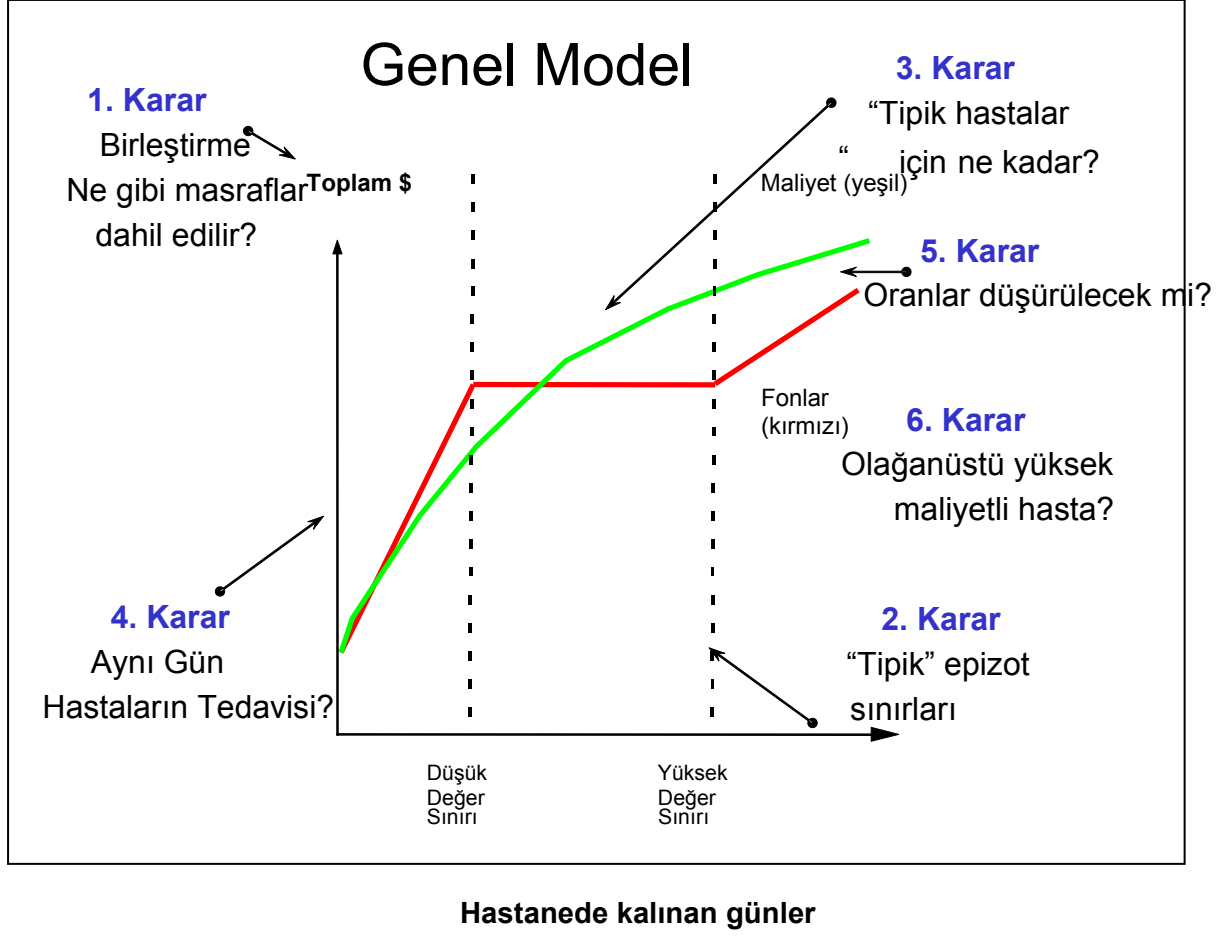
Epizoda dayalı ödeme yöntemini kullanmak için epizotların tanımlanması ve 'tipik' kaynak gerekliliklerinin ölçülmesi gerekir. Bir epizotta bir hastaya sunulan her bakım kaleminin bedelinin eklenmesi ve ödemenin yapılması bir epizot ödemesi değil, yalnızca yeniden adlandırılan 'hizmet başına ödeme"tir. Tanım itibarıyla, epizoda dayalı ödeme modelleri, hastanın tedavisinin fiili masraflarından ziyade 'beklenen' masraflarla ilgili olmalıdır. Matematiksel olarak 'beklenen' masrafı hesaplamanın en iyi (yansız) yolu, ortalama bedeldir.

Epizoda dayalı bir ödeme modelinin oluşturulmasında aşağıda sayılan unsurların ele alınması gerekir:

- Epizotlar için bir sınıflandırma sistemi
- 'Beklenen' masrafları açıklamak için bir dizi görelilik durumu. Bu görelilik durumlarının tespitinde, hangi masrafların epizodun bir parçası olarak ve hangi masrafların diğer yollarla karşılanacağını belirlemek önemlidir. Masrafa ilişkin görelilik durumları yalnızca epizot için yapılan ödemenin kapsadığı masrafları yansıtmalıdır.
- 'Beklenen' masraflara uyarlama yapılmasına ilişkin bir risk ılımlılığı stratejisi. Bir sınıflandırma hastanın karmaşıklık durumundaki değişiklikleri, finansmanda kullanım amacıyla, genelde tek başına açıklamaya yeterli olmadığından, bu strateji gereklidir. Ancak, epizot finansmanın 'ortalamalara' dayandığı hatırlanmalıdır. Risk ılımlılığı yalnızca 'tipik olmayan' hastalar ile hastanenin rol tanımından kaynaklanan sistematik yanlılığa yönelik uyarlama için kullanılmalıdır. Bu ılımlılık bütün değişikliği tekrar açıklamak için kullanılmamalıdır; bu durum, girdiye dayalı finansmana geri dönüşü beraberinde getirir.
- Bir fiyatlandırma politikası.

Epizoda dayalı bir ödeme modeline geçmeden önce Türkiye, bu modelin nasıl geliştirileceği konusu üzerinde ayrıntılı olarak durmalıdır. Epizoda dayalı bir ödeme sisteminin geliştirilmesi sırasında alınması gereken kararların çoğu Türkiye'nin, mali riski hizmetin alıcısından hizmet sunucuya aktarmaya ne kadar istekli olduğuna bağlıdır. Modelin kesin tanımı ile ilgili teknik kararların alınabilmesi için bu politika kararının önceden alınması gerekmektedir. Şekil 8, 'beklenen' masraflar temelinde epizot için sabit bir ödemenin yapıldığı genel bir epizoda dayalı ödeme modelini göstermektedir. Şekilde, Türkiye için bir model geliştirilirken dikkate alınması gereken önemli politika konularından bir bölümünün listesi verilmektedir.

Şekil 8: Epizoda dayalı bir ödeme modeli oluşturulurken dikkate alınması gereken altı politika kararı



b) İleriye dönük ödeme?

Epizoda dayalı ödeme modeli oluşturulduktan sonra hastanelere ödeme genellikle aşağıdaki iki yoldan biri ile yapılmaktadır:

- Belirli bakım epizotlarına ilişkin talepler sunulduğunda ödeme yapma (ileriye dönük ödeme)
- Epizotlar mali yılda aralıklarla mutabakat yoluyla sunulacak olsa bile ödeme yapılması; bir başka deyişle, toplam bütçe eşit taksitlere bölünür ve hastaneye ödemeler düzenli olarak (haftalık, aylık, vb.) yapılır. Bütçelenmiş faaliyet gerçekleştirilmezse, sonraki ödemeler uyarlanır.

Genellikle, birinci yaklaşım, sonraki ödemeleri azaltmanın daha sınırlı olduğu özel sektörde kullanılır ve normalde ileriye dönük ödeme olarak adlandırılan ödeme yöntemidir. İkinci yaklaşım ise genelde kamu sektöründe kullanılır, faaliyetin 'iniş ve çıkışları'nın yıl içinde giderilmesine imkan tanıyarak hastanenin söz konusu yılda daha net bütçeye sahip olmasını sağladığından hastane için faydalıdır.

c) Bakım 'Paketlerinin' tanımı

'Bakım paketi' kavramı akut hastalar için oldukça uygun bir kavram iken, kronik bakımda bu kavramla ilgili sorunlar çıkmaktadır. Kronik bakımdaki zorluk, epizodun nerede başlayıp bittiğinin açıklanmasındadır. DRG türü finansman düzenlemelerinde hastanelere ödeme 'kabullere' göre yapılmakta ve sonuç olarak, kabulleri en aza indirgenmesini sağlayacak şekilde, örneğin kişilere, hastalıklarını hastaneye yatmadan idarelerinde yardımcı olacak bakım koordinatörleri tayin etmek suretiyle, kronik bakımın yönetimine yönelik çok fazla teşvik bulunmamaktadır. Buna olası bir çözüm, belirli bir kronik bakıma ihtiyaç duyan bir hastaya belli bir süre boyunca (genelde yıllık) bakımın tamamını sunmak üzere belirli hizmet sunucuların sözleşmeli olarak görevlendirildiği kronik bakım için adam başına ücret yöntemini kullanmaktır. Genelde, bu tür bakım modelleri, bir hastaya sunulan bakımın, hem zaman hem ortama ilişkin bütün yönlerini açıklayan ayrıntılı hasta verilerini gerektirmektedir. Şu anda, Türkiye'deki veri toplama süreçlerinin bu modelleri desteklemeye yeterli olacak kadar gelişmiş olup olmadığı şüphelidir.

Kısa vadede (1 ila 2 yıl) sağlık finansman seçenekleri büyük oranda mevcut düzenlemelerdeki değişikliklerle sınırlıdır. Bu sürede, vurgu, mevcut proje aracılığıyla, halihazırda geçerli olan BUT düzenlemelerinin iyileştirilmesi ve doğrulanması, alternatif finansman düzenlemelerini destekleyecek hastane bilgi sistemlerinin oluşturulması, DRG'lerin 'kavram kanıtı' ile test edilmesi ve Türk hastanelerindeki seviye maliyetlendirmesi üzerine olacaktır.

Orta vadede, iki seçenek bulunmaktadır:

- BUT türü bir hizmet başına ödeme düzenlemesinin devam ettirilmesi ve geleceğe dönük olarak mevcut 'bakım paketleri kavramının' DRG'leri içeren ancak, kapsamı DRG'lerden daha geniş olan kategorilere ulaşacak şekilde geliştirilmesi.
- DRG'leri kullanarak yatarak tedaviye yönelik epizot ödemesine geçilmesi ve belirli DRG'lerin kapsamını yatarak tedavi ve ayakta tedaviyi kapsayacak şekilde genişletecek biçimde bakım paketlerinin geliştirilmesi.

d) BUT düzenlemesini devam ettirme seçeneği

Hastane bütçeleri ve faaliyet izlemesi DRG'lere dayandırılabilir de, hastaneleri, BUT hizmet başına ödeme ve paket düzenlemeleri ile finanse etmek yine olanaklı olacaktır. Bu seçenek, mevcut finansman düzenlemelerinde görece az değişiklik gerektirecek ve yatarak tedavi ile ayakta tedavi arasındaki bölünmeyi sorunsuz devam ettirecektir. Faaliyet maksimum düzeye çıkarılmak suretiyle ödeme maksimum düzeye çıkarılacağından, teknik verimlilik kazançlarına yönelik teşviklerin azalacak olmasına karşın, hastane yöneticilerinin hala bir sonraki yıl için bütçelerini etkin şekilde devam ettirmeleri gerekecektir (bir başka deyişle, teknik verimliliğe yönelik belli teşvikler sürecektir).

Bu yaklaşımın başlıca dezavantajı, BUT'de kullanılan hizmet başına ödeme yaklaşımını koruyarak olası teknik verimlilik kazançlarını azaltmasıdır. İkinci bir dezavantajı, bütçe hazırlama ve finansman için ayrı mekanizmalar oluşturmasıdır. Basitlik açısından ideal olan ise, hastanelerin bütçesinin ödemeler temelindeki beklenen faaliyet toplamı ile bağıntılı olması gerektiğidir. Bu bağıntı, DRG'ye dayalı epizotlar kullanılarak bütçeleme ile hizmet başına ödeme düzenlemeleri üzerinden gerçekleştirilen finansmanla elde edilemeyecektir.

Bu seçenek bir 'en az değişiklik' seçeneğini temsil etse de, kısa ila orta vadede olasılıkla dikkatin, BUT paketleri ile kullanılmak üzere, bu paketlerin içeriği ve kalite denetimi daha iyi tanımlanmak suretiyle, bir mali risk paylaşımı yönteminin geliştirilmesine verilmesi gerekecektir.

'Ne Kadar' Sorusuna ilişkin Öneriler

'Ne Kadar' Sorusuna ilişkin Öneriler – 1. Seçenek

- Kısa vade:**
- 1) Programların klinik belgelemeyi geliştirecek şekilde devam ettirilmesi
 - 2) Programların mevcut BUT yapısı ile ücretleri geliştirecek şekilde devam ettirilmesi
 - 3) Türk hastaneleri için hasta bakımını doğru bir şekilde maliyetlendirmesini sağlayacak kapasite oluşturmak için yeni programların hazırlanması.
- Orta Vade:**
- 1) Boşlukları ve zayıf yönleri saptamak için mevcut BUT paketlerinin kapsamlı bir gözden geçirmesinin yapılması.
 - 2) Paketlerle kullanılmak üzere bir mali risk paylaşımı metodolojisi geliştirilmesi.
 - 3) Her paket için maliyet ağırlıklarının oluşturulması (hastanelere ödeme yapılmasına paketler kullanılarak başlanacağından, bu gerekli olacaktır; ilişkili BUT ödemelerinin güvenilirliği daha az olabilmektedir).
 - 4) Klinik yolları paketlere dahil edecek bir stratejinin uygulamaya konulması.
- Uzun Vade:**
- 1) Mümkün olduğu hallerde klinik yolları kullanmak suretiyle, akut hastalar için, bakım paketlerine dayalı ödeme yönteminin uygulanması.
 - 2) Kronik bakım için riske dayalı adam başına ücret modellerinin geliştirilmesi.

e) Yataklı hastalar için DRG'lere geçiş yapılması

Türkiye için hastanede yatarak tedavi ödemesine ilişkin ikinci seçenek, kabul edilen akut hastalar için DRG'ler, kabul edilmeyen hastalar için ise BUT ücretlerini kullanmak suretiyle epizoda dayalı bir ödeme modelinin benimsenmesidir. BUT ücretleri, epizot ödemesi kapsamında çıkarılmış olan bakım bileşenleri için de kullanılabilir. Örneğin, DRG'ye dayalı birçok ödeme sistemi halihazırda onkoloji finansmanı ile mücadele etmektedir. İlaç fiyatları oldukça değişkendir; piyasaya sık sık yeni ilaçlar sürülmektedir. Onkoloji DRG finansman modelinin yüksek maliyetli ilaçları kapsam dışında bırakmasına karar verilebilir. Bunların ödemesi, BUT kapsamında yapılacaktır.

1. seçenekte olduğu gibi bu seçenek de bir dizi avantaj ve dezavantaja sahiptir. Bunlardan bazıları aşağıda listelenmektedir:

- Avantajları:
 - Bütçeleme ile finansman modelleri arasında daha doğrudan ilişki
 - Kısa vadede teknik verimliliğin artmasını daha fazla sağlaması ihtimali (bütçeleme modelini güçlendirmektedir)
 - Kapsamlı ve 'paketler' için daha kısa bir yol sunuyor; bir başka deyişle, DRG'ler iyileştirilebilecek ve bazı DRG'ler için daha geniş epizotlar ('paketler') tanımlanabilecektir.

- Dezavantajları:
 - Daha büyük değişiklik
 - Yatarak tedavi ile ayakta tedavi ödeme modelleri arasında fark oluşturması

'Ne Kadar' Sorusuna İlişkin Öneriler – 2. Seçenek

- Kısa vade:**
- 1) Klinik belgelemenin geliştirilmesine devam edilmesi
 - 2) Ayakta tedavi ödemesi için mevcut BUT yapısı ile ücretlerin geliştirilmesine devam edilmesi
 - 3) Türk hastaneleri için hasta bakımını doğru bir şekilde maliyetlendirmesini sağlayacak kapasite oluşturulması.
 - 4) DRG'ler için bir mali risk paylaşımı metodolojisi geliştirilmesi; bu, özellikle hastanelerin farklı akutluk düzeyleri, yoğun bakım ünitesi (ICU) hizmetlerinin sunumu, vb. için uyarlamayı gerçekleştirilecek düzenlemeler yoluyla olmalıdır.
 - 5) En çok karşılaşılan rahatsızlıkları karşılamak için BUT paketleri geliştirilirken, ayakta tedavi hizmetlerinin ödemesinin hizmet başına ödeme düzenlemeleri ile yapılmasına devam edilmesi.
- Orta Vade:**
- 1) DRG'nin Türkiye genelinde hayata geçirilmesi
 - 2) DRG'ler için maliyet ağırlıklarının oluşturulması ve ağırlıkların incelenmesi için ulusal bir yaklaşım geliştirilmesi.
 - 3) Hastanelere, yatarak tedavi için DRG risk ılımlılaştırılmış bir ödeme formülü, ayakta tedavi için ise BUT'yi kullanarak ödeme yapılması.
 - 4) Ayakta tedavi ödemesine ilişkin seçeneklerin gözden geçirilmesi.
 - 5) Klinik yolları DRG'lere ve paketlere dahil edecek bir stratejinin uygulamaya konulması.
- Uzun Vade:**
- 1) Mümkün olduğu hallerde klinik yolları kullanmak suretiyle, akut yatarak tedaviyi içeren bakım paketlerine dayalı ödeme yönteminin uygulanması.
 - 2) Kronik bakım için riske dayalı adam başına ücret modellerinin geliştirilmesi.

5.3 Ödeme sisteminin uygulanmasına ilişkin konuların özeti

1. Sağlık finansman stratejisinin uygulanması kısa ve orta vadeli eylem planlarını gerektirecektir; ancak, bu girişimlerin Türk sağlık sistemine yönelik uzun vadeli planla uyumlu olması önemlidir. Ayrıca, uzun vadeli hedef vizyonunun temel önemde olmasına karşın, bu görüş yeni bilgileri dikkate alacak şekilde sürekli güncellenmelidir.
2. Stratejik planlama süreci uzlaşmaya dayalı olarak oluşturulmalıdır ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, SGK, meslek birlikleri ve tüketiciler dahil olmak üzere bütün tarafların ortak taahhüdünü gerektirmektedir. Sağlık finansmanı, satın alma ve hizmet sunumunun, bütün paydaşların birbirine bağımlı olduğu ve en iyi sonuçları elde etmek için işbirliğinin gerekli olduğu ortak bir üretim sisteminin parçalarını oluşturduğunun unutulmaması önemlidir.

3. Sağlık finansman politikası, hizmet sunuculara ödeme yapılması için kullanılacak formüllerin basitçe tarifini yapmaktan daha öte bir şeydir. Bu politika, kalite ve hakkaniyetin yanı sıra hizmet sunuculara ödemenin nasıl yapıldığı gibi konuların dikkate alınmasını içerir. Bu bağlamda, bir hastane ödemesi modeline ilişkin tasarım yaklaşımının, politika hedeflerinin sağlık hizmeti ortamlarında uyumlaştırılması ve takviye edilmesi amacıyla bütün sağlık sektörüne yönelik teşvik sistemini göz önüne alması gerekmektedir.
4. Türkiye'ye, yatarak tedavi uygulaması için mümkün olan en kısa sürede epizoda dayalı bir ödeme modelini benimsemesi yönünde öneriler yapılmaktadır. Epizotların DRG'lere dayandırılması önerilmektedir. Halihazırda kullanımda olan BUT bakım paketlerinin geliştirilmesiyle bağlantılı olarak, DRG tanımlı epizotların da bu daha geniş olan epizotlara veya bakım 'paketlerine' dahil edilmesi ve olasılıkla uzun vadede (5 ila 10 yıl) kronik durumlar için adam başına ücret yönteminin bir temeli olarak kullanılması önerilmektedir.
5. Epizoda dayalı bir sistemin, altyapı ve devam eden bakım gereklilikleri tamamen kabul edildiğinde, dikkatli bir şekilde geliştirileceğini belirtmek önemlidir. Yukarıda tartışılan konulara ek olarak, Türkiye'de epizoda dayalı hastane ödemesinin başarılı bir şekilde uygulanması şu işlemlerin yapılmasını gerektirecektir:
 - Yasal sağlık sigortası sistemi için elverişli olacak olan fonların stokunu oluşturmak üzere bir mali analizin yapılması ve karşılanabilirliğin ve mali sürdürülebilirliğin tespiti.
 - Türk halkının kamu sağlık harcamalarından bölgeler ve gelir grupları bakımından hakkaniyete dayalı bir biçimde 'en iyi' değeri elde ettiği bir sağlık finansman çerçevesi ile bütünleştirilecek şekilde bir epizodik ödeme sisteminin tasarlanması.
 - Türk sağlık sisteminin mevcut güçlü yönleri üzerinde oluşturulan reform sürecinin kararlı bir şekilde planlanması.
 - Yürürlükteki yasaların gözden geçirilmesi ve sağlık sisteminin gerek kamu gerek özel sektöründe satın almayı, bilgi toplanmasını ve hizmet sunucuların faaliyetlerinin tabi olduğu yönetmeliklerin uygulanmasını sağlayacak yeni mevzuat hazırlanması.
 - Hizmet sunucu kuruluşlar, hekimler ve halk dahil olmak üzere sağlık sektöründen destek alınmasını sağlamak amacıyla istişare ve kamu bilgi stratejilerinin kullanılması.