

# Sigorta sistemi ve tazminat ödemeleri

## Dr. Cem Köylüoğlu



1966 yılında Burdur'da doğdu. Konya Maarif ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndeki mezuniyetinin ardından birinci basamak ve acil sağlık hizmetlerinde çalıştı. Şişli Etfal Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlığını tamamladı ve 2000 yılında sigorta sektörüne geçti. 15 yıl çeşitli sigorta şirketlerinde üst düzey yöneticilik yaptı. Halen Medipol ve Marmara Üniversitelerinde sağlık sigorta dersleri veren Köylüoğlu, Sigorta Tahkim Komisyonu Hakemliği ve danışmanlık yapmaktadır. Dr. Köylüoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

**S**ağlık sistemi, hasta ile hekimin buluşmasıdır. Bu buluşmanın hızı, yer ve şekline "erişim", buluşmanın sonuç ve niteliğine "kalite", bunu sağlayan maddi süreç "finans" diyelim. Eğer hasta ile hekim; tıbben makul hızda ve yerde buluşmuş, tatminkâr bir sonuç üretilmiş ve gelecekteki ihtiyaçlar için verimli ve sürekli kaynak yaratılmış ise sistem düzgün bir sacayağında ve dengede olabilir. Bu dengeyi sağlamakta kullanılan temel finansal araçlar şunlardır: Cepten harcamalar, vergiler, genel sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları, bağışlar-vakıflar.

*Cepten sağlık harcamaları*, sosyal ve ekonomik açıdan tercih edilmeyen kaynaklardır. Varlığı, fakirliğin ve sosyal sağlık sistemindeki zafiyetin göstergesidir. Ayrıca katastrofik dediğimiz çok yüksek tutarlı harcamalar kişisel iflas nedenidir ve her ülke kamuoyu için yıpratıcı ve istenmeyen bir durumdur. Düşük tutarlı ama yüksek frekanslı harcamalar ise, örneğin katılım payları ve fark ücretlerinin varlığı, belli bir ölçüye kadar kabul edilebilir. Hatta gereksiz sağlık harcamalarında caydırıcı unsur olarak kullanılan bir enstrümandır. Türkiye gibi bazı ülkelerde, özel sigorta kapsamına alınması da yasal olarak engellenmiştir. Yani bu caydırıcı giderlerin ödenmesi zorunlu tutulmuştur.

Hane halkı anket çalışması ile ölçümlenen cepten sağlık harcamalarında sağlık sigorta primleri (özel ya da sosyal) hesaba dahil edilmez. Yani sadece sağlık hizmet sunucularına yapılan resmi

ya da gayri resmi ödemeleri hesaplar. Örneğin Fransa'da nüfusun %90'dan fazlasının sosyal sağlık sigortasına ek olarak ödediği tamamlayıcı sağlık sigortası primleri bu hesapta yoktur. Ama öte yandan sağlık giderlerinin önemli bir kısmını da bu özel sigortalar karşıladığından, cepten harcamalar azalmaktadır. Yani kişilerin risklerini sigorta sistemine transfer etmeleri durumunda, cepten harcama parametresi de iyileşmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sigorta sistemi nasıl yapılmış olursa olsun, bireyler risklerini özel ya da kamu sigortalarına transfer etmekte, buna teşvik edilmekte hatta yasal olarak zorlanmaktadır.

Türkiye'de cepten sağlık harcamaları %15,4 (2012) düzeyindedir. Bizimle aynı gelir düzeyindeki ülkelere, örneğin Çin'e göre %50 daha az cepten harcama yapılmaktadır. Hatta kişi başı geliri bizim iki katımız olan 20 bin \$ düzeyindeki ülkelere eşdeğer bir cepten harcama oranı ile sosyal sağlık politikalarının ciddi bir performans sağladığını söylersek, mevcut durumun ve geçmiş 10 yıllık emeğin hakkını vermiş oluruz (Grafik 1).

*Vergiler*, her ülkede değişen oranlarda var olan önemli ve köklü bir finansal destek sistemi durumundadır. Örneğin Beveridge İngiltere'si veya sosyalist Küba'da tamamen vergiye dayalı bir sağlık sistemi hâkim iken, Amerika, Hollanda veya Bismarck'çı Almanya, İsviçre gibi ülkelerde ise prim sistemi çalışmaktadır. Öte yandan sosyal sağlık sigorta sisteminin prim bazlı uygulandığı Türkiye dâhil pek çok Avrupa ülkesinde,

ayın zamanda vergisel kaynaklı sağlık fonları az da olsa kullanılmaktadır. Özellikle sağlık riski oluşturan tüketim araçlarından alınan ek vergiler, halk sağlığı harcamalarına önemli bir kaynak potansiyeli yaratırlar. Diğer bir fonksiyonu da sağlık riskleri konusunda en azından duyarlı toplum kesimlerinde farkındalık yaratması ve caydırıcı olabilmesidir. Ama global olarak baktığımızda vergi bazlı sağlık finansmanının oransal ağırlığı oldukça azalmıştır.

*Sigorta* sistemi, ister kamu ister özel olsun sağlıkta ağırlıklı finans kaynağıdır. Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası 5510 sayılı yasa ile, özel sağlık sigortası ise 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 6.kitabında ayrıntılı olarak düzenlenmiş bir alandır. Global ölçekte baktığımızda; sosyal sigorta sistemleri, Temel Teminat Paketi (TTP) ile *Birincil Güvence* katmanını oluşturur (Tablo 1). Bu güvencenin nüfus kapsayıcılığı da oldukça geniştir. 2012 başından itibaren ülkemizde de %100'e yakın kapsayıcı hale gelmiş olan TTP veya Genel Sağlık Sigortası (GSS), Bulgaristan, Yunanistan ve Kıbrıs hariç hemen tüm AB üyesi ülkelerde de benzer seviyededir (Grafik 2).

Özel sigortalar ise tamamlayıcı ve destekleyici Sigortalarla (TSS) *İkincil Güvence* katmanı olarak rol alırlar genellikle. İstisnaları Hollanda, ABD ve kısmen Bismarck ülkeleridir. Hollanda'da sosyal sağlık sigortası özelleştirilmiştir ve nüfusun tamamı zorunlu olarak özel şirketlerden TTP almak zorundadır. Ancak gerek TTP gerekse prim ve uygulamalar çok sıkı kamu denetiminde yürütülmek-



tedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tamamı kamu hastanelerinden ve aciller dahil zorunlu aile hekimliği sevk sisteminden geçerek verilmektedir.

ABD'de 65 yaş altında sağlık güvencesi almak zorunlu değildir. Ama sadece özel şirketler tedarikçidir. 65'ten itibaren ise herkes Medicare (kamu) güvencesine girerek korunurken, isteğe bağlı özel TSS yaptırabilirler. Bu nedenle kapitalizmin anavatanında dahi sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı kamu kaynaklıdır. Almanya ve İsviçre'de birincil güvence için vatandaşların belirli koşullarda kamu ya da özel sigorta tercih hakkı vardır.

Bu nedenlerle ikincil katmanın penetrasyon ve nüfus yoğunluğu ülkeler arasında da ciddi farklar gösterir. Örneğin; 50'den fazla işçi çalıştıran şirketler için TSS'nin zorunlu olduğu, diğer vatandaşlar için ciddi vergi ve prim teşvikleri verildiği Fransa gibi ülkelerde %90'ın üzerinden başlar, Yunanistan'da %10 seviyelerine kadar düşer. Türkiye'de ise henüz çok yeni olan TSS yoğunluğu ölçülebilir nicelikte değildir (Tablo1).

Bizdeki mevcut özel sağlık sigortaları ise yukarıdaki tanımların dışında kalan *Mükerrer (Duplika) Güvence* sınıfına girer. Yani kapsamlı özel sağlık sigortası primi ödeyen yaklaşık 2 milyon sigortalı, aynı zamanda GSS primi de ödediğinden, çifte prim öderler fakat tek güvenceden yararlanabilir. Bu bağlamda oldukça maliyetli bir güvencedir ve bu ürün segmentinde adetsel büyüme son 5-6 yıldır tamamen durma noktasına da gelmiştir.

Sonuç olarak ister kamu ister özel olsun sigorta ve prim sistemi; aktueryal prensipler ve özgün muhasebe sistemleri ile

çalışarak, gelecek maliyetleri öngörmeye ve sürdürülebilir finansman kaynağı için çözüm aramaya odaklanmıştır. Bu nedenlerle sağlık eko-sistemini dengede tutmak konusunda en etkili sistemdir.

*Vakıf ve Bağışlar ve Kar Amacı Gütmeyen Kurumların sağladığı kaynaklar genellikle hizmet özellikli, örneğin bir vakıf hastanesinde belirli risk gruplarına ücretsiz hizmet verilmesi gibi, bazen de projelere ya da özel konulara odaklanmış direk finansal yapılar şeklinde, örneğin Gates Vakfı gibi olabilir. En yaygın olarak ABD'de görülen bu yapıların genel sağlık finansında ağırlığı olmamakla birlikte, sosyal sorumluluk ve dayanışma alanında pek çok kurum veya kişinin dikkatini çekerek bu kaynakların sağlık sisteminde gelir getirci olmayan temel tıp bilimleri ve araştırmalar gibi kritik alanlara kaydırılmasında önemli işlevleri vardır.*

### Ödeme Düğmesi

Sağlık sisteminin temel performans kriterleri olan *Kalite, Erişim ve Maliyet* (Verim) hedeflerine ulaşmak ve bu sac ayağını dengede tutabilmek için gereken araçları, *Kontrol Düğmesi* olarak tanımlayan Marc Roberts, "Finans" düğmesi ile "Ödeme" düğmesini ayrı olarak tartışmıştır. Zira kaynak için kullanılacak finans yöntemleri ile hizmet sunucularına yapılacak ödeme yöntemleri birbirinden farklı araçlardır. Ancak ödeme yönteminin belirlenmesi ve etkinliği için ürün, yani "Düzenleme" düğmesi oldukça belirleyici bir rol oynar. Öte yandan "Davranış" düğmesi de, "Ödeme" ve "Düzenleme" fonksiyonlarına oldukça bağımlı bir araçtır.

Sonuç olarak eldeki ürünler ki, bunlar

Klasik sağlık sigortalarında maliyet kontrolü en zayıf noktadadır. Zira sigortalının önce kendisinin istediği yere gidip ödediği sağlık giderlerini, daha sonra sigortacıdan talep ettiği ve bu faturaların tam olarak geri ödendiği koşullar altında herhangi bir tasarruf imkânı yoktur. Diğer uçta ise ABD'deki "Kapalı Panel HMO" veya Hollanda'daki kamu örneği olan "Aile Hekimi Sevklı Kapalı Network" ürünü yer almaktadır. Yani maliyet kontrolünün doruk noktasıdır.

TTP veya TSS veya ÖSS olabilir, ödeme ve davranış fonksiyonlarını da belirleyerek ve etkileyerek maliyet, kalite ve erişim çıktılarını beraberce şekillendirirler. Bunu Tablo 2'deki gibi bir skalaya koyarsak, eldeki ürün ya da düzenleme düğmesinin maliyet üzerindeki potansiyel gücünü daha kolay izleyebiliriz. Bunu kısaca özetlersek; klasik sağlık sigortalarında

maliyet kontrolü en zayıf noktadır. Zira sigortalının önce kendisinin istediği yere gidip ödediği sağlık giderlerini, daha sonra sigortacıdan talep ettiği ve bu faturaların tam olarak geri ödendiği koşullar altında herhangi bir tasarruf imkânı yoktur. Diğer uçta ise ABD'deki "Kapalı Panel HMO" veya Hollanda'daki kamu örneği olan "Aile Hekimi Sevklı Kapalı Network" ürünü yer almaktadır. Yani maliyet kontrolünün doruk noktasıdır.

Bu girişten sonra "ödeme" düğmesinin varyasyon ve özelliklerine bakabiliriz. Pek çok farklı ödeme modeli olduğunu ve genellikle de aynı anda birden fazla yöntemin kullanıldığını görmekteyiz. Keza hemen tüm sistemlerde sürekli olarak yeni arayışların ve değişikliklerin tartışıldığı, uygulamaya alındığı ve sonuçlarının yakından izlendiğine tanık oluyoruz. Zira ödeme modelleri, hedeflenen sistem çıktıları ve beklenen sonuçlara giderken, elde bulunan çok az sayıdaki araçlardan belki de en etkili olanıdır. Tablo 3'te bu modellerin etkinliğini ortaya koymak amacıyla yapılmış bir araştırmanın sonucunda, hedeflere olumlu ve olumsuz etkileri kadar, henüz yönünü belirlemediğimiz pek çok uygulamanın da bulunduğunu görmekteyiz.

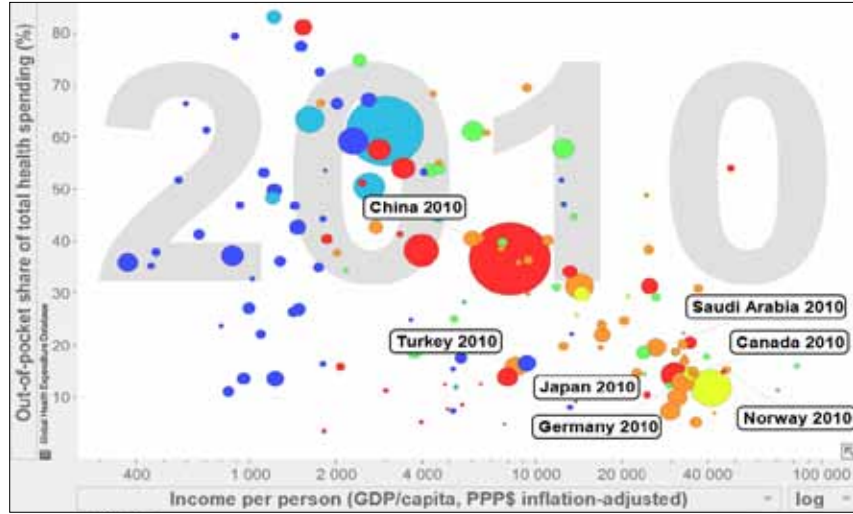
Bu durumda uygun model seçimi için nasıl bir yol izlenmelidir? Bu soruya yanıt arayan Miller, kritik süreç ve aksiyonları belirleyerek Tablo 4'te yer alan basamakları çözümlenmeyi ve bütüncül bir bakış açısını önermektedir. Bu yaklaşımı destekleyecek uygun ödeme mekanizmasını da geliştirmek için, ilgili basamaklarda test edilerek yaygın ve verimli sonuçlar alınmış uygulamaların gözden geçirilmesi ve yakından takip edilerek planlı bir şekilde devreye alınması gerekmektedir. Elbette tek başına bir araştırma ve disiplinin konusu olup burada daha fazla derine inmeyeceğiz.

Sadece giderek yayılan ve tartışılan Pay for Performance (P4P) veya Value Based Purchasing (VBP) uygulamalarına biraz değineceğiz. Bu programlarda hizmet sunucuların teşvik edilmesi, kısmen risk paylaşımı ile farkındalık sağlanması ve bu şekilde hekimlerin alışkanlıklarında değişim yoluyla hizmet kalitesini artırıp maliyetleri de düşürmeyi hedeflemektedir.

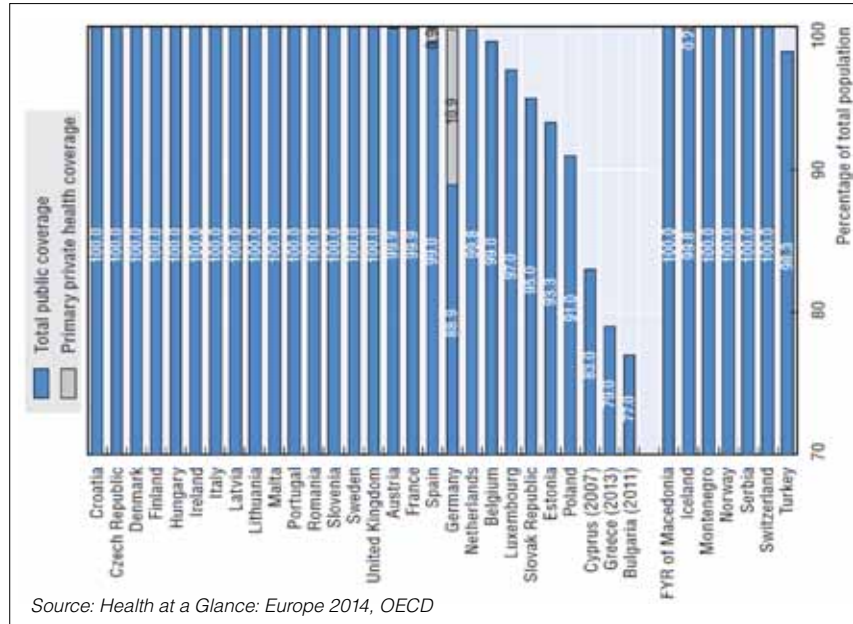
Uygulamanın çıktıları ve sonuçları açısından henüz tartışmalar devam etse de, ödeme modelleri arasında hızla kendine yer açmaktadır. 2014 itibarı ile 15 OECD ülkesinde P4P/VBP uygulaması yapılmaktadır. Tamamında birinci basamak dâhil edilmiş, 8 tanesinde uzman hekimler, 8 tanesinde de hastanelere uyarlanmış modeller çalışmaktadır.

Her üç alanda da uygulama yapmakta olan ABD'de Medicare her yıl düzenli

Grafik 1: Cepten Harcamalar – Gelir Düzeyi İlişkisi (Gapminder World Offline)



Grafik 2: AB'de Temel Teminat Paketi Sahipliği

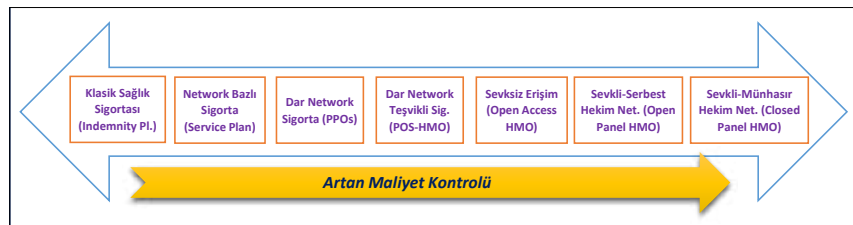


Source: Health at a Glance: Europe 2014, OECD

Tablo 1: Sağlık Güvence Katmanları

|   |
|---|
| <p><b>I. Ana (Birincil) Sağlık Güvenceleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Zorunlu – Kamu, İngiltere-Türkiye-İspanya....</li> <li>ii. Zorunlu – Özel, Hollanda (tek)</li> <li>iii. Zorunlu – Özel / Kamu Tercihli, Almanya, İsviçre</li> <li>iv. İsteğe Bağlı – Özel, ABD</li> </ul>                |
| <p><b>I. Tamamlayıcı/Destekleyici (İkincil) Sağlık Güvenceleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Yasal Katılım Payları (bizde özel sigortaya konu değil)</li> <li>ii. İzin Verilen Farklar (oda-sıra-kurum-istisnai hizmet tercihleri)</li> <li>iii. Ek Teminatlar (TTP'de yer almayanlar)</li> </ul> |
| <p><b>I. Mükerrer (Duplike) Sağlık Güvenceleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Türkiye, İspanya, İtalya, İngiltere</li> </ul>   |
| <p><b>TSS Kapsama Alanı</b></p> <p>Fransa-Lux &gt;%90,<br/>Belçika-Slovenya &gt;%70,<br/>Danimarka-Almanya-Avusturya-<br/>Portekiz-Malta-İspanya %20-40,<br/>İngiltere-İtalya-Yunanistan &lt;%10</p>  |

Tablo 2: Ürün ve Maliyet Kontrol İlişkisi (Kongstvedt'den Uyarlanarak)



olarak artan şekilde DRG bütçelerinden kesinti yaparak, daha sonra aynı kurumlara bu kesintiyi VBP modeli ile geri ödemektedir. Medicare bunun için 4 panelde skorlama yapmaktadır. 2015 ve 2016 dağılım oranlarını da yayınlamıştır. Buna göre; klinik çıktılar %20, hasta deneyimi %30, outcome %30 ve tasarruf %20 olarak belirlenmiştir. 2016'da outcome ve mali kriterlerin ağırlığı da artmaktadır.

Türkiye'nin birinci basamak performans uygulamasının da dahil edilerek 12 P4P örneğinin detaylı olarak analiz edildiği 2014 tarihli OECD raporunda; Türkiye'nin hizmet sunum performansında ve tıbbi sonuçlarında ciddi bir gelişme sağladığı ve bölgesel hizmet farklılıklarının azaldığı, bunların sonucu olarak da hem hekimlerin hem de hastaların tatmin düzeyinde belirgin artış gerçekleştirildiği vurgulanmaktadır. Güçlendirilmesi gereken konularla ilgili olarak; yeni performans kriterleri ile panelin genişletilmesi, veri izlem, geri bildirim ve eğitim alanlarında çalışmalar yapılması da önerilmektedir.

Bu seride incelenen 12 P4P programının ortak bulgularına bakacak olursak;

1. Sağlık sisteminin idaresinde önemli bir güç kaynağı olarak P4P programını kullanabilmek için, birkaç yönetim sürecine ilişkin teşviklerin eklenmesi ve özellikle stratejik hedeflere odaklanmayı sağlamak,
2. Kanıta dayalı tıp uygulamalarına adaptasyonu özendirme,
3. Performans izlem için daha fazla veri toplayıp kullanmayı sağlamak,
4. Geri bildirim sistemini etkinleştirerek; hasta, hekim, yönetici ve politika yapıcılar için değişim gereken alanları ortaya koymak gerekmektedir.

Özetle bu programları basit bir "bonus-malus" aracı olmanın ötesine taşıyabilmek için; ortak hedeflere, klinik alanlara ve bilgi ve sistemlerinin daha anlamlı kullanımına odaklı yeni finansal teşviklerin eklenmesi gereklidir.

## Kaynaklar

Aydın, S. "Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?", Sağlıkta Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 6 sayı, Sayfa: 31-35, (2008) <http://www.sdplatform.com/Dergi/130/Saglikta-performans-Ne-icin-nereye-kadar.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

Charlesworth, Anita., Davies, Alisha., Dixon, Jennifer. (2012), "Reforming payment for healthcare in Europe to achieve better value", Research Report, KPMG. <http://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/reforming-payment-for-healthcare-in-europe.pdf> (Erişim Tarihi: 03.02.2015)

Carroll, Aaron E. (2014), "The Problem With 'Pay for Performance' in Medicine", The New York Times. <http://www.nytimes.com/2014/07/29/upshot/the-problem-with-pay-for-performance-in-medicine> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

Cashin, Cheryl., Chi, Y-Ling., Smith, Peter., Borowitz, Michael., Thomson, Sarah. (2014), "Paying for Performance in Health Care", <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

Damberg, Cheryl L., Sorbero Melony E., Lovejoy, Susan L., Martsof, Grant., Raaen, Laura., Mandel, Daniel. (2014), "Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs", Open University Press, Washington, DC.

Erkan, Arslan. (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması", Maliye Dergisi, Sayı 160.

Kongstvedt, Peter R. (2009), "Managed Care", Jones and Bartlett Publisher, New York.

Langenbrunner, John C., Cashin, Cheryl., O'Dougherty, Sheila. (2009), "Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems", The World Bank, Washington, DC.

Miller, Harold D. (2009), "How to Create Accountable Care Organizations", Center for Healthcare Quality and Payment Reform, <http://www.chqpr.org/downloads/HowtoCreateAccountableCareOrganizations.pdf>, (Erişim Tarihi: 02.02.2015).

QualityNet., "Payments: Hospital Value-Based Purchasing (HVBP)", Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier3&cid=122872237147> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

Thomson, Sarah., Foubister, Thomas., Mossialos, Elias. (2009), "Financing health care in the European Union", World Health Organization, Observatory Studies Series, 17.

Top, Mehmet. ve Tarcan, Menderes. (2007), "Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları)", Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 9/1.

Tablo 3: Ödeme Modelinin Hedeflere Etki Derecesi – Miller 2009

| Ödeme Hedefi                      | Etki Derecesi     |                         |              |                      |                         |                 |              |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------------|--------------|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------|
|                                   | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
| Ağır hastaları dışlamasın         | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
| Kalite için adil ödeme yapısın    | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
| Kalite çabalarını engellemesin    | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
| Fazla kullanım teşvik etmesin     | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
| Hizmetlerde esnekliğe izin versin | iyi               | belirsiz                | kötü         |                      |                         |                 |              |
|                                   | Hizmet Başı Ödeme | HBÖ+ Tasarruf Paylaşımı | Vaka Ödemesi | Kısmi Kapsamlı + P4P | Kapsamlı (global) Ödeme | Kişi Başı Ödeme | Ödeme Modeli |

Tablo 4: Sağlık Tasarrufuna Giden Basamaklar

