

DOSYA/ÇEVİRİ**HEKİM ÖDEME SİSTEMLERİ***

R.B. SALTMAN, J. FIGUERAS*
Çeviri: İlker BELEK**

Hekim ödeme sistemlerinin amaçlarından birisi hekimlerin motivasyonunu artırmaktır. Ancak ödeme sistemleri (sağlık bilgisinin hekim ve hasta arasındaki asimetrik dağılımına bağlı olarak), hekimde, gereksiz hizmet kullandırma (arzın yarıdışı talep) gibi olumsuz bir etki de yaratabilir. Bu nedenle ödeme sisteminin bu olumsuz etkiyi göz önüne alarak belirlenmesi gerekir.

Hekimler için üç ana ödeme sistemi vardır: Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme ve maaş. Bunlara ek olarak iyi uygulamalar için ödüllendirme sistemi de olabilir.

ÖDEME SİSTEMİNİN YAPISI

Ödeme sistemlerinin yapısı üç önemli konuda yapılacak politik tercihlere göre şekillenir. Bu politik tercihler ne için ödeme yapıldığı, ödeme miktarının kim tarafından belirlendiği ve ödemeyi kimin yaptığınıyla ilişkilidir.

Ne için ödeme yapılıyor ?

Bu soruyla ilgili olarak ödeme sistemleri üç başlıkta gruplanabilir: Bunlardan birincisi maaş yani harcanan zamana göre ödeme. Burada hekimin belirlenmiş çalışma süresi içinde vereceği hizmetin standart olduğu varsayılır ve çalışılan süre esas alınarak ödeme yapılır.

İkinci sistem hizmet başı ödemedir. Her bir hizmetin fiyatı ayrı olarak belirlenir. Bunun için hizmetler sınıflandırılır. Kimi ülkelerde hizmet sınıflandırmaları çok ayrıntılıdır. Bu ödeme sistemi sabit sermaye maliyetlerinin (örneğin cihazlar) dahil edilip edilmeyeceğine göre de ikiye ayrılır. Eğer bu maliyetler dahil edilecekse, teçhizatın satın alımı için yapılan harcamalar hekimce karşılanır, ancak sonradan hizmetin fiyatlandırmasına dahil edilir.

Üçüncü ödeme sistemi kişi başı ödeme. Hekime kendisine bağlı her birey için belli bir miktar ödeme yapılır. Ödeme miktarı her bireyin hekime başvuru ve hizmet kullanma sıklığından bağımsızdır. Ancak hastanın yaşıyla ilişkilendirilebilir.

Ödeme miktarına kim karar veriyor ?

Burada da üç seçenek vardır. Birincisi ücrete hekimin karar vermesidir. Yaygın değildir. Fransa'da hastanecilik sektöründe uygulanmaktadır. İkinci seçenek hekimlerin temsilcileriyle sigorta kurumlarının pazarlığıdır. Üçüncü seçenek merkezi olarak ücret düzeyinin belirlenmesidir. Bu durumda ücret miktarı performansa da bağlanabilir.

Ödemeyi kim yapıyor ?

Ödemeyi yapan taraf açısından da üç seçenek vardır: 1) Ödemenin tamamını hasta yapar ve daha sonradan tamamını ya da önemli kısmını sigortasından geri alır (Fransa'daki gibi). 2) Ödemeyi doğrudan sigorta yapar. 3) Ödemeyi hekimin istihdam eden kurum yapar.

Yukarıda özetlenen üç politik kararla ilişkili seçeneklerin birleşmesiyle 15 değişik ödeme modeli ortaya çıkar. Bunların bir ucunda ücretin hekimin kendisince belirlendiği ve ödemeyi hastanın yaptığı seçenek yer alır. Diğer uçta ise hekim ücretinin istihdam eden kurumca ödendiği ve hizmet başına ödeme yapan sistem yer alır.

AVRUPA BÖLGESİNDEKİ EĞİLİMLER**Batı Avrupa Ülkeleri**

Aşağıdaki tabloda birinci basamak hekimlerine yapılan ödeme sistemleri gösterilmiştir. Maaşa dayalı sistemler doğrudan çalıştırılan hekimler için geçerlidir. Sigorta sistemlerinde birinci basamak hekimin sigortanın bağımsız sözleşmeli durumu vardır ve temelde hizmet başına ödeme alır. Bu durum, birinci basamak hekiminin doğrudan çalıştırıldığı ve ödemenin maaş olarak yapıldığı

*Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yayımladığı *European Health Care Reform* adlı kitabın ilgili bölümünün özet çevirisidir.

**Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Tablo. Batı Avrupa ülkelerinde birinci basamak hekimlerine yapılan ödemelerin ilkeleri

Ülke	Ödeme şekli	Kişi başı yıllık hekim kullanma sıklığı	Maliyet paylaşımı (Katkı payı)
Dolaylı (Sözleşmeli) sistemler			
Avusturya	Hizmet başı ödeme	5.1	Nüfusun %20'si, %10 ve %20 ödeme yapıyor
Belçika	Hizmet başı ödeme	8.0	Serbest çalışanlar maliyetin tamamını ödüyor
Danimarka	% 28 kişi başı ödeme, %63 hizmet başı ödeme, %9 ödenek	4.4	Yok
Fransa	Hizmet başı ödeme, sağlık merkezlerinde maaş	6.3	%25
Almanya	Hizmet başı ödeme	12.8	Yok
İrlanda	Hizmet başı ve kişi başı ödeme	6.6	Düşük gelirlielerde yok
İtalya	Kişi başı ödeme (yaşa göre değişir)	11.0	Yok
Lüksemburg	Hizmet başı ödeme		%5
Hollanda	Hizmet başı ve kişi başı (yaşa göre değişir)		Düşük gelirlielerde yok
İsviçre	Hizmet başı	11.0	%10
İngiltere	Kişi başı (yaşa göre değişir) ve hizmet başı	5.8	Yok
Dolaysız sistemler			
Finlandiya	Maaş	3.3	0.17 Dolar
Yunanistan	Maaş	5.3	Yok
Norveç	%35 maaş, %65 hizmet başı		Seçilen kalemler için %30
Portekiz	Maaş	3.1	Yok
İspanya	Maaş, kişi başı (yaşa göre değişir)	6.2	Yok
İsveç	Maaş	3.0	6-9 Dolar

ulusal sağlık sistemleriyle tezat oluşturur. Buna rağmen ulusal sağlık sistemine sahip olan Danimarka, İtalya ve İngiltere gibi ülkelerde birinci basamak hekimi serbest çalışır ve kişi başı ile hizmet başı ödemeyle ücretlendirilir.

Kişi başı ya da hizmet başı ödeme sistemini tercih eden ülkelerde dikkat edilen bir nokta cepten ödeme miktarının az tutulması ya da hiç uygulanmamasıdır. Bunun nedeni hastanın ve hekimin ahlaki ilkelerini tehlikeye atmamak kaygısıdır. Her tür katkı payının hizmet kullanımını adaletsiz biçimde düzenlediği bilinmektedir.

Eski sosyalist ülkeler

Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında sigorta sistemine geçişle birlikte, maaşla ödemenin yerine hizmet başı ve kişi başı ödeme sistemlerine kayma olmuştur. Örneğin Romanya'da gelişmekte olan aile hekimliği sisteminde ödemeler kişi başına ödeme biçimindedir.

Hırvatistan, Estonya ve Macaristan'da kamuda çalışan ve sözleşmeli olarak birinci basamak hizmeti veren hekimlerle uzmanlar için değişik ücret formları ve kişi başı ödeme sistemi uygulanması yapılmaktadır. Çek

Cumhuriyeti, Sloveky ve Slovenya'da hizmet başı ödeme sistemi veya serbest çalışan birinci basamak hekimleri ve uzman hekimler için kişi başı ve hizmet başı ödemeler karma olarak uygulanmaktadır.

Çekoslovakya'da sözleşmeli birinci basamak pratisyenlerine ve uzman hekimlere hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Ancak bu sistemle birlikte maliyet kontrolü kaybedilmiştir. Çekoslovakya şimdi bu sisteme kişi başı ödemeyi eklemeyi düşünmektedir.

MEVCUT ÖDEME SİSTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sistemlerin değerlendirilmesi bu sistemler geriye ve ileriye dönük olarak ikiye gruplanarak yapılabilir. Hizmet başı ödeme geriye dönük ödeme iken, kişi başı ödeme ileriye dönük ödeme sistemidir. Geriye dönük ödemede ödeme hizmet gerçekleşikten sonra yapılır. İleriye dönükte ise ileride gerçekleştirilecek bir hizmet için ödeme yapılır.

Geriye dönük ödeme sistemleri

Hizmet başı ödeme hizmetin devamlılığını güçlendirir. Örneğin Hickson rastgele belirlenmiş 18 pediatri

uzmanının hizmet başı ve ücretli olarak ödeme yapılmasına yönelik etkilerini karşılaştırmıştır. Sonuçlar hizmet karşılığı ödeme yapılanların diğerlerine kıyasla %22 oranında daha fazla hasta ziyareti kabul ettiğini göstermektedir.

Hizmet başı ödemenin dezavantajı hizmet sunucusuna talebi artırma yönünde fırsat vermesidir. Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde yapılan araştırmalar bunu göstermektedir. ABD ve Kanada'daki yüksek cerrahi oranlar, İngiltere ile kıyaslanmış ve aradaki farkın hastalık sıklığıyla değil, ödeme sistemlerindeki farklılığa bağlı olduğunu ortaya koymuştur: Kanada ve ABD'de hizmet başı ödeme.

Bütün araştırmalar, hizmet başı ödemede, hekimlerin sundukları hizmet miktar ve içeriğinde değişiklik yaparak gelirlerini artırmaya yöneldiklerini göstermektedir. Bu sonuç hizmetin tıbbi faydasıyla ilgili belirsizlik olduğunda daha belirgindir. Sezeryanla doğumun sıklığının artması bu müdahalenin fiyatının daha yüksek olmasıyla ilişkilidir.

İleriye dönük ödeme sistemleri

Hekimlere harcamaları kontrol etmeye ve maliyet etkin uygulamalar geliştirmeye yönelik motivasyon sunmaktadır. Kişi başı ödeme hizmet ile finansal ödül arasındaki ilişkiyi ayırır ve profesyonel tıbbi kararda minimum sapmayı sağlar. ABD'deki araştırmalar kişi başı ödemenin harcamaları azalttığını göstermektedir. Bu sistemler, ek olarak, hekimlere koruyucu hizmetler için ödül verir ve uzmanların coğrafi olarak daha dengeli dağılımını sağlar.

Ancak tersine, ileriye dönük ödeme sistemleri, hekimleri konsültasyon süresini azaltarak, fazla reçeteleme yaparak ve aşırı sevk yoluyla birim ödeme aldıkları hizmetin değerini azaltmaya yönlendirir. Ayrıca düşük motivasyona ve hastalara karşı nazik ve duyarlı davranışların azalmasına neden olabilir.

PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİNE YÖNELİM

Hizmet başı ödeme sisteminde artan gereksiz maliyetler ve maaş temelli ödemede düşük personel motivasyonu Avrupa ülkelerini verimlilik, hasta tatmini ve maliyetler üzerinde yeterli kontrolü göz önünde bulunduran karma ödeme sistemlerine yöneltmektedir. Temel gereksinim ileriye ve geriye dönük ödeme sistemlerindeki olumsuzlukların giderilmesidir.

Hizmet başı ödemeyi uygulayan ülkeler makro reformlara yönelmişler ve sağlık harcamalarını azaltacak önlemler almışlardır. Bunun nedeni hizmet başı ödemenin karma ödeme sistemlerini uygulamak açısından pek olanak vermemesidir. Tek seçenek hekimlerce yapılan harcamaların kısıtlanması olmaktadır. Tersine kişi başı ödeme ya da maaşla ödemeyi kullanan ülkeler karma ödeme sistemlerine geçerek mikro verimlilik sorununa odaklanmaktadır.

Bu iki kutbun ortak bir noktada buluşacağı söylenebilir: Performansa göre düzenlenen teşvikler.

Hizmet başı ödeme yapan ülkeler makro ve mikro hedefleri birleştirmek için fiyat düzenlemeleri, hizmetin miktar ve kapsamında kontrol ve harcamalar üzerinde genel kısıtlamalar gibi bir takım önlemler almışlardır. Fransa ve Almanya gibi ülkeler bu konuda iyi örnektir. Ücret skalalarında ayarlamalar (örneğin bazı tanı hizmetlerinin nispi değerlerinin değiştirilmesi), Fransa'da belirli prosedürlerin gereğinden fazla kullanılması durumunda cezalandırmaya gidilmesi veya hekimlere ilaç bütçeleri üzerinde yetki verilmesi gibi. Buna ek olarak bütçelerin sınırlanmasına da gidilmektedir.

1991'den beri Fransa hizmet başı ödemedeki kişi başı ödeme sistemine geçmeye çalışmakta, bu arada da toplam harcamaları kısıtlamaktadır.

Almanya'da, hekimlere, üzerinde mutabakata varılan ücretlerle ilgili bir tarifeye ve tüm hekimler için geçerli genel bütçe kısıtlamalarına bağlı olarak hizmet karşılığı ödeme yapılmaktadır. Ücret tarifesi federal düzeyde belirlenen 2500 madde için bir puan tarifesinden ve bölgesel düzeyde puan başına fiyattan oluşmaktadır. Bölgesel bütçenin aşılması durumunda puan başına fiyatta geriye dönük azaltma yapılmaktadır.

Ekonomik teşviklerin sonucunu tahmin etmek güçtür. Mali teşviklerin uygulanmasının beklenen sonuçları sağlayıp sağlamayacağı, ödeme sistemlerinin başlangıç durumuna, hekimlerin tercihlerine ve değişimin büyüklüğüne bağlıdır. Örneğin 22 yıl içinde İngiltere'deki genel pratisyenlerin vizite ücretlerindeki değişimin ana çocuk sağlığı ve servikal sitoloji üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırma, reel ücretlerde yıllık bazda meydana gelen değişikliğin, bu hizmetlerin miktarını veya niteliğini etkilemediğini göstermiştir.

İsveç'te bazı bölgeler maaş ve kişi başı ödemeyi birleştirmiştir. Finlandiya'da birinci basamak hekimleri maaş, kişi ve hizmet başı ödemedeki oluşan karma bir ücret almaktadır. Norveç'te aile hekimleri %50 oranında kişi başı ödeme, %30 vizite ve %20 de hastalarca ödenen katkı payı almaktadır.

İleriye dönük ödemeye yönelik her hareket düşük kalitede tedaviye, risk seçimine ve dağılımı ilişkili teşvikleri artıracaktır. Geriye dönük ödeme ise bilinçsiz maliyet uygulamalarına neden olacaktır. Karma ödeme sistemleri daha tercih edilebilir. Ancak son yıllardaki deneyimler, sorunun tek başına ödeme mekanizmaları ile çözülemeyeceğini göstermektedir.

Son olarak, ödeme sisteminin hekimlerin davranışlarını etkileyen faktörlerden bir tanesi olduğunu vurgulamak gerekir. Etik standartlar, ileri eğitime geçiş, mesleki prestij ve standart yapısı, yöresel yaş grupları ve hekimlerin beklentileri diğer faktörlerdir. Uzmanların beklentileri gözetilirse, bir uzmana eğer diğer benzer meslek sahiplerinden az ödeme yapılıyorsa, bu durum, uzmanın gelirini yükseltmek için eline geçen fırsatları değerlendirmesine yol açar.