32. BÖLÜM / CHAPTER 32

UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI, GERİ ÖDEMESİ VE GELİRE DÖNÜŞTÜRÜLMESİ

FINANCING, REIMBURSEMENT AND CONVERTING INTO INCOME OF REMOTE HEALTH SERVICES

Ahmet Bilge SÖZEN*

*Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: absozen@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/ET07.2021.003.32

ÖZ

Bir sistem veya hizmet ne kadar güzel, talep ne kadar yüksek olursa olsun, maliyeti düşürülmezse ve kar sağlanmazsa yaygınlaşamaz, er ya da geç terk edilmeye mahkumdur. Uzaktan Sağlık Hizmetini (USH) gelire dönüştürmek için bir şekilde geri ödenmesi gerekir. Uzaktan Sağlık Hizmetlerini gelire dönüştürme süreci de ancak yasal dayanak oluşturulduktan ve fiyatlar SGK tarafından belirlendikten sonra başlayacaktır. Bu nedenle USH kendi masrafını karşılayacak ve paydaşları yeni yatırımlar yapmaya ikna edecek bir geri ödeme sistemi ile desteklenmelidir. Ancak, mobil sağlık (m-Sağlık, *m-Health*) iş modelleri (sunucu hizmetleri, doğrudan tüketici hizmetleri ve klinik teknoloji entegrasyonu) hala geliştirmeye ve olgunlaşmaya açık olduğundan, faturayı kimin ödeyeceği konusu belirsizliğini korumaktadır. Mobil sağlık uygulamaları, devlet geri ödeme kurumları ve sağlık sigortası şirketleri tarafından geri ödeme programına dahil edilmedikçe, maksimum kapasitelerine ulaşmaktan uzak kalacaktır. Hizmet alanların ödemeleri esas olarak iki yöntemle yapılacaktır: 1- Cep telefonu, tablet, bilgisayar ve yazılım satın alarak, 2- USH aracılığıyla alınan sağlık hizmetlerinin ücretinin ödenmesi. USH'nin ödenmesi de cepten ödeme ve sigorta kurumları aracılığıyla yapılan geri ödeme olmak üzere başlıca iki yöntemle yapılacaktır. Cepten ödeme yönteminde uzaktan muayeneyi yapan doktora veya çalıştığı hastaneye ödeme yapılması gerekmektedir. Bu ödeme büyük olasılıkla mobil ödeme yöntemi kapsamında kredi kartı vb. ile yapılacaktır. İkinci yöntemi ise kişinin dahil olduğu sigorta sisteminin (SGK, özel sağlık sigortası vb.) gerektirdiği sigorta primlerinin ödenmesi şeklinde olacaktır. USH için mevzuat hazırlanıp yürürlüğe konduğunda, devletin geri ödemesi muhtemelen halihazırda olduğu gibi SGK aracılığıyla hizmet tedarikinin alt gruplarından biri, yani küresel bütçe, kişi başına ödeme, paket fiyatı, vaka bazlı ödeme, maaş, hizmet başına ödeme veya bunların bir kombinasyonu şeklinde olmaya devam edecektir. Özel sigorta şirketleri USH bedelini de klasik yöntemle alınan sağlık hizmetinin ödenmesinde kullandıkları yöntemle geri ödeyecektir. Fiyatlar başlangıçta muhtemelen şu anda uygulanan fiyatlardan önemli ölçüde farklı olmayacaktır fakat zamanla mevcut fiyatların altına inebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Uzaktan sağlık hizmeti, gelire dönüştürme, geri ödeme

ABSTRACT

No matter how beautiful a system or service is, no matter how high the demand is, if it does not save its cost or make a profit, it cannot become widespread, then it is doomed to be abandoned sooner or later. To convert remote health service (RHS) into income, it must be paid back in some way. The process of converting the RHS into income will start only after the legal basis is established and the prices are determined by the SSI. For this reason, RHS must also be supported by a repayment system that will pay for itself and convince stakeholders to make new investments. However, as m-Health business models (server services, direct consumer services, and clinical technology integration) are still open to development and maturity, it remains uncertain who will pay the bill. Unless m-Health applications are included in the reimbursement program by government reimbursement institutions and health insurance companies, they will remain far from reaching their maximum capacity. Payments of the service by recipients will be mainly conducted via two methods: (1) by purchasing mobile phones, tablets, computers, and software, and (2) payment of cost of health services received through RHS. The payment of RHS will also be made through two main methods: out-of-pocket payment and payment made through insurance institutions. In the out-of-pocket payment method, payment must be made to the doctor performing the remote examination or the hospital where he/she works. This payment is most likely within the scope of mobile payment method, credit card, etc. The second method will be the payment of the insurance premiums required by the insurance system (SSI, private health insurance, etc.) in which the person is included. Once the legislation for the RHS is prepared and enforced, the state's reimbursement will probably be in the form of one of the subgroups of service procurement through SSI, namely, global budget, payment per capita, package price, case-based payment, salary, payment per service, or a combination of these. The reimbursement of RHS costs by private insurance companies to the service provider will be in the form of a conventional payment. Prices initially probably will not differ significantly from the currently applied prices, but, over time, they may drop below the current prices.

Keywords: Remote health service, conversion to income, reimbursement

1. Uzaktan Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Sistemlerine Neden Dâhil Edilmelidir?

Uzaktan sağlık hizmetlerinin (USH) gelire nasıl dönüştürülebileceğini tartışmadan önce verilen hangi hizmetlerin bedelinin ödenmesi gerektiğini, bu bedeli kimlerin ya da hangi kurumların ödemesi gerektiğini, son olarak da bu ödemeyi yapanların neden bu ödemeyi yapmaları gerektiğini, kendilerinin bundan ne elde edeceklerini anlamak ve tartışmak gerekmektedir. Hayır kurumları hariç hiç kimse veya kuruluş karşılığında bir fayda elde etmeyeceği bir ödemeyi yapmak istemez. Dahası bu sistemin devreye girebilmesi için önce altyapıyı hazırlamak gerekecektir ki onun da bir yatırım maliyeti vardır ve altyapıyı yapanların bu maliyeti çıkarmaları, üstüne de kar etmeleri gerekir. Doğası gereği zaten pahalı olan sağlık sisteminin bir de yeni ortaya çıkan ve yeni altyapı yatırımlarını da gerektiren USH gibi bir yapıyı entegre edebilmesi için yatırımcıların ve geri ödemeyi yapacak kişi ve kuruluşların konuyu anlamaları ve kabullenmeleri için bilgilendirilmeleri ve bundan fayda elde edeceklerine ikna edilmeleri gereklidir. Aslında bu o kadar da zor değildir. Yenilikler bazen ihtiyacı hisseden kullanıcıdan gelen taleplerle oluşur, bazen üreticiler son kullanıcıya o ürüne ihtiyaçlarının olduğunu düşündürürler (örneğin Apple ve Steve

Jobs tablet bilgisayarda bu yöntemi uygulamışlardır), bazen de her ikisi birbirini tetikler (cep telefonları gibi). Neticede bir ürün ortaya konur ve son kullanıcıdan talep görürse pazar yavaş, hızlı veya katlanarak büyür (bilgisayar, cep telefonu), gerçek talep olmazsa ürün yavaş veya hızlı bir şekilde ortadan kalkar (tablet bilgisayar). USH de hem üretici tarafında projelerin, hem de son kullanıcıda talebin olduğu bir alandır. Daha kurumlar ürünlerini ticari olarak piyasaya sunmadan ve devlet olayı kavrayamadan doktorlar konsültasyon amacıyla, hastalar tanılarını hemen öğrenebilmek için veya tedavi altında tansiyon vb. ölçüm sonuçlarını doktorlara iletebilmek için whatsapp vb. ortamlardan veri paylaşmaya başlamışlardır. Ardından da ağ ve paylaşım özellikli çok sayıda cihaz veya yazılım piyasada yerini almaya başlamıştır. Bu da hem hizmet sunanların (hastane, sağlık çalışanları), hem altyapıyı kuranların (tıbbi veya iletişim donanımı, cep telefonu, PC, tablet, vb), hem de servis sağlayıcıların (telekomünikasyon firmaları, yazılım üreticiler) bu hizmet veya yatırımlarının daha da artabilmesi ve yaygınlaşabilmesi için finanse edilmesi ve geri ödenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tablo 1’de USH’de ortaya çıkan bazı doğrudan ve dolaylı maliyet kalemleri özetlenmiştir. Daha ayrıntılı bilgi için bu kitabın “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirmesi, Maliyet Etkinliği ve Analizler” bölümüne bakılabilir.

Tablo 1. Uzaktan Sağlık Hizmetleri ile ilgili bazı doğrudan ve dolaylı maliyetler		
	Doğrudan sağlık hizmeti ve yatırım maliyetleri	Dolaylı maliyetler
Muayenehane, hastane	Hemşire / doktor konsültasyon Hastalık ödenek	İdari işler, zamanlama, ETK’ye veri girişi, rapor hazırlama ve postalama, faturalandırma taşımacılık Konaklama, yemekler
Uzaktan takip	Hemşire / doktor konsültasyon Ev verici	İdari işler, ETK’ye veri girişi, rapor hazırlama ve postalama, faturalandırma
Altyapı	Altyapı üretim ve yatırımları, donanım, eğitim	Bakım ve ikame, eğitim
Servis sağlayıcılar ve yazılım üreticileri	Altyapı üretim ve yatırımları, donanım, eğitim	Bakım ve ikame, eğitim
ETK: elektronik tıbbi kayıt.		

Bu maliyeti kimlerin finanse edeceğini anlayabilmemiz için sağlıkta finansman modellerini bilmemiz gerekir.

2. Sağlık Finansman Modelleri ve Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlıkta Finansman Modelleri

Sağlıkta arzın pahalı olması sadece ülkemizin değil tüm dünyanın bir sorunu olup bu konu yıllar önce ekonomistlerin dikkatini çekmiş ve sorunun nedenleri, maliyeti azaltmanın yolları, sağlığın ekonomiyi bozmadan nasıl finanse edilebileceği konusunda çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Ülkelerin farklı sosyo kültürel, demografik ve ekonomik yapıları nedeniyle

hepsine birden uygulanabilecek tek bir sistem geliştirilememiş, her ülke kendi yapısına uygun bir sistem uygulamaya başlamıştır. Sağlık finansörleri de her ülkenin kendi sistemine uygun yatırım politikalarını belirleyerek o ülkelere yatırım yapmaktadırlar.

Mevcut dört finansman yönteminin üçünde risk paylaşımı yani bir nevi sigorta mantığı vardır. Dördüncü. yöntem olan cepten ödeme yönteminde ise kişiler tüm ödemeyi kendileri yaparlar. Buna rağmen ve eninde sonunda ödeyen kişi hizmeti alan kişidir. Her ne kadar özellikle katastrofik harcama gereken haller ve ani ödeme yapılması gereken durumlarda SGK, özel sigorta gibi kurumlar alının hizmeti ödemekteyseler de bu ödenen para aslında ya daha önce ödenen primler veya maaş kesintileri şeklinde zaten önceden kişi tarafından bu kurumlara ödenmiştir ve sigortalı olduğu sürece ödenmeye devam edilecektir. Aksi takdirde hiçbir kurum bu sistemi sadece kendi kaynaklarından finanse edemez. Mutlaka hizmeti alan kişilerden geri almalıdır, hatta kar etmelidir. Bu durumun istisnası evsizler, çalışamayacak kadar yaşlı, ileri derecede hasta veya özürlü olanlar, şehit ve gazi yakınlarıdır (bu kişilerin ödeme yapması düşünülemez) ki zaten bu grupların sağlık giderleri devlet veya hayır kurumları tarafından bedelsiz olarak karşılanmaktadır. Sistemin sürdürülebilir olması için devletler finansman modellerini belirli kriterlere göre belirler. Bu kriterler;

- 1- Ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri
- 2- Mali kapasite
- 3- Uygulanabilirlik
- 4- Verimlilik
- 5- Hakkaniyet
- 6- Talep/kullanım ve tüketici davranışı
- 7- Arz ve hizmet sunucusunun davranışı

olarak özetlenebilir. Vergi toplama kapasitesi düşük olan, vergi yapısı iyi olmayan, vergileri adil olmayan devletlerde vergilere dayalı finansman sistemi başarılı olmayacaktır. Keza kayıt dışı ekonominin oranının yüksek, prim toplamanın güç olduğu ülkelerde ise prime dayalı finansman yöntemi başarılı olmayacaktır. Ayrıca işveren primlerinin yüksek olması bir yandan kayıt dışı istihdamı arttırırken diğer yandan işverenin yeni yatırımlar yapmasına ve istihdamın artışına engel olabilir.

Tüm finansman sistemlerinde temel prensipler finansman akışının gelir düzeyi yüksek olan- dan gelir düzeyi düşük olana, sağlık düzeyi iyi olanlardan kötü olanlara doğru olmasıdır. Ama genellikle zengin olanlar daha sağlıklı, fakir olanlar daha sağlıksız oldukları için zenginler

sistemi daha az kullanmaktadır ve bu nedenle fazla prim ödemek istemezler. Fakirler ise sistemi daha fazla kullanmak zorundadır ama buna güçleri yetmez. İşte en önemli prensip olan hakkaniyet prensibi burada devreye girer, zayıf olanı koruyucu tedbirler alınır. Fakat bu çok fazla kolaylaştırılmaz çünkü sağlık hizmetine erişimin aşırı kolay olması, hiç prim ödenmemesi veya primlerin çok düşük olması ise bireylerin sağlık hizmeti talebini ve gereksiz tüketimi arttıracaktır. Daha ayrıntılı bilgi için bu kitabın “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirmesi, Maliyet Etkinliği ve Analizler” bölümüne bakılabilir.

Tüm bu nedenlerle bir ülkede çok mükemmel işleyen bir sistem diğer ülkede tamamen başarısız olabilir ve devletler bunu göz önüne alarak sağlık politikalarını belirlerler. Birçok ülke her bir yöntemin avantajından yararlanmak, dezavantajlarını azaltmak için bu yöntemlerin karışımından oluşan bir finansman yöntemini benimsemiştir.

Tablo 2. Sağlıkta finansman modelleri			
	Bismarck Modeli	Beveridge Modeli	Özel Sigorta Modeli
Örnek	Sosyal Sağlık Sigortası Almanya	Kamu Finansmanı İngiltere	ABD
Karar / Yönetim	Sigorta fonu, hekim birlikleri	Devlet	Özel Sigorta
Kaynak	Çalışan, işveren katkısı	Vergiler	Özel
Hizmet Sunucu	Kamu/ Özel	Kamu + Özel	Özel

Bu yöntemleri kısaca inceleyelim:

a) Cepten Ödeme Modeli

Sağlık sektörünün pahalı olmasının yanısıra talebin ne zaman ortaya çıkacağını bilinmesi nedeniyle kişilerin tüm sağlık giderlerini cepten karşılamaları pek mümkün değildir. Bu yöntem daha ziyade diğer sistemlerin ödemediği giderlerin ve ekstra taleplerin ödenmesinde kullanılır; örneğin ülkemizde SGK kozmetik işlemleri ödememektedir; bu hizmeti alan kişi bedelini cepten ödemek durumundadır. Ayrıca aşırı veya gereksiz sağlık hizmetlerinin önlenmesi için acil poliklinik dışındaki polikliniklere gelenlerden ve ilaçlardan alınan katkı payları da bu gruba girmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus gelir düzeyi düşük olanların daha fazla sağlık hizmeti almaları nedeniyle daha fazla katkı payı ödemek durumunda olmaları ve bunun da yukarıda belirtilen finansmanın akış yönü prensibiyle uyuşmamasıdır.

b) Vergilere Dayalı Finansman (Beveridge Modeli)

Bu yöntemde belirli bir katkı payı dışında sağlık hizmetleri ücretsizdir. Gelir kaynağı vergilerdir. Genel vergilerin yanında sağlığa özel vergiler (milli piyangodan, sigara ve alkolden vb.) de söz konusu olabilir ve bu durumda toplanacak paranın nereye kaynak olarak aktarılacağı önceden belirlidir. Doğrudan vergilerin ağırlıklı olduğu sistemlerde vergiler bir yere kadar da olsa gelirle orantılı olacağı için geliri yüksek, sağlığı iyi olan kişilerin sisteme katılımında gönüllüsüz olmasına sebep olacaktır. Ayrıca kayıt dışı gelirlerin fazla olduğu ülkelerde vergiler adil olarak toplanamayacaktır. KDV gibi dolaylı vergiler ise gelirle orantılı değil tüketimle orantılı olduğu için özellikle kalabalık ailelerden daha fazla vergi alınması demektir.

c) Prime Dayalı Ödeme, Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck modeli)

Bu modelde hem işverenden hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise ihtiyaca göre belirlenmeye çalışılmaktadır.

Alınan prim gelir düzeyi ile kısmi paralellik gösterdiği için hakkaniyet ilkesi ile de uyumludur. Sistemin sürdürülebilir olması için primlerin düzenli ödenmesi şarttır. Kayıt dışı çalışanların fazla olduğu ülkelerde ödemeler yetersiz ve düzensiz olacağı için sürdürülebilirlik tehlikeye girer.

d) Özel Sağlık Sigortası

Bu modelde özel sigorta şirketleri tarafından kişilerin taşıdığı risk oranında (aktüerya) toplanan primler sağlık hizmetinin finansmanında kullanılır. Bu modelin Sosyal Sağlık Sigortası yoluyla finansman modelinden farkı primlerin gelirle değil risk ile orantılı olmasıdır. Gelir düzeyi ile sağlık arasındaki ilişki nedeniyle düşük gelir düzeyine sahip olan kişiler daha yüksek prim ödemek zorunda kalırlar ve bu da daha önce belirtilen sağlık sektöründe finansmanın akış yönü ilkesine ters düşer. Özel sağlık sigortası genellikle sosyal sağlık sisteminin ödemediği hizmetleri ödemek için destekleyici/tamamlayıcı sigorta şeklinde kullanılmaktadır.

USH'nin ortaya çıkması yeni yöntemler geliştirilmesini gerektirmiştir. Çünkü artık devreye yeni hizmet modelleri, yeni altyapı yatırımları ve yeni iletişim modelleri ortaya çıkmıştır ve artık bunların da finansmanı gerekmektedir. Esasen ilk yatırımın donanımı sağlayan kurumlarca yapılıyor olması ve her kesimin yatırımı paylaşıyor olması nedeniyle finansman sorunu olmayacağı düşünülebilir. Ancak bu yatırımların da sektördeki finansman yöntemleri ile desteklenmesi ve yatırımların geri dönüş sürelerinin kısaltılması çok sayıda firmanın pa-

zara girme konusundaki iştahını artıracak ve bu da rekabete, dolayısıyla hem yatırım hem hizmet maliyetlerinin azalmasına yol açabilecektir. Burada yine devletlere önemli görevler düşmektedir. Devletlerin USH için dünya çapında yapıcı politikalar geliştirmesi, pazarın gerçek potansiyeline erişip hızlı bir şekilde yayılabilmesini sağlayabilir. Kanun koyucular mobil sağlık (m-Sağlık) hizmetlerinin gelişmesini engelleyen sorunları yapıcı bir şekilde adreslemeli, sertifikasyon, birlikte çalışabilirlik ve standartizasyon konularında çözümler üretmelidir.

Bir sistem veya hizmet ne kadar güzel, talep ne kadar yüksek olursa olsun maliyetini kurtarmıyorsa veya kar ettirmiyorsa yaygınlaşması mümkün değildir, er yada geç terk edilmeye mahkumdur. USH'yi gelire dönüştürmek için de bir şekilde geri ödemesinin olması gerekir. Bu nedenle USH'nin de mutlaka kendini ödeyecek ve paydaşları yeni yatırımlar yapmaya ikna edecek şekilde bir geri ödeme sistemiyle desteklenmesi gerekir. Kamu sağlığında m-Sağlık hizmetlerinin kullanımı teşvik edilirken, özel sağlık kuruluşları da geri ödemelerle özendirilmeli, SGK bütçesinde USH'nin geri ödemesi için de pay ayrılmalıdır.

USH'nin finansmanı ve geri ödemesinin nasıl yapılabileceğini tartışmadan önce halihazırda kullanılan geri ödeme sistemleri konusunda bilgi verilmeye çalışılacaktır.

Geri Ödeme Yöntemleri

Finansör kurumlar ödemelerini iki yolla yaparlar:

- a) Doğrudan ödeme: Bu yöntem SGK öncesi dönemde SSK hastanelerinin hastayı tedavi etmesinde olduğu gibidir.
- b) Hizmet alımı: Hastaların sağlık kurumlarında tedavi olduktan sonra masrafların finansman kurumları tarafından ödenmesi şeklindedir. SGK ve özel sigorta kurumları bu yöntemi kullanmaktadır. SGK ödeme geri yöntemi olarak karma bir yöntem uygulamaktadır:
 - a- Global bütçe: Devlet hastanelerine ve anlaşmaya imza atmış üniversitelerde yapılan ödeme şeklidir. Bu yöntemde SGK sene başında veya belirli dönemlerde Sağlık Bakanlığına belirlenen miktarda ödemeler yapar.
 - b- Paket fiyat uygulaması: Verilecek hizmetin karşılığında ödenecek paranın önceden belirli olması, hizmetin verilmesi esnasında yapılan masraf değişse bile ödenecek paranın değişmemesidir.
 - c- Kişi başına (per capita) ödeme: Belirli bir zaman diliminde kaç kişinin başvurduğuna ve ne gibi hizmet üretildiğine bakılmaksızın bu sisteme alınan kişi başına (nüfusa göre) belirli bir fiyatın ödendiği mekanizmadır. Ülkemizde Aile hekimliği uygulama-

sında, Amerika Birleşik Devletleri’nde HMO, PPO, MCO gibi finansman mekanizmalarının tipik ödeme modelidir. Avrupa’da ise yerel kuruluşlara kaynak ayırmada (İngiltere, İspanya), Temel Sağlık Hizmetleri’nde (İngiltere, Macaristan) kullanılmaktadır.

d- Hizmet başına ödeme: Bu sistemde sunulan hizmetin tür ve miktarına göre ödeme yapılır ve fatura esas alınır. Örneğin BT-MR gibi bazı tahlillerde endikasyon girildiği takdirde, patoloji işlemlerinde rapor yazıldığı takdirde ödeme yapılır. Her hizmetin belirli veya değişken bir fiyatı vardır.

e- Vaka bazlı geri ödeme: Bu yöntemde hekim ve diğer personele hastalık vakasının önceden belirlenmiş tüm hizmetlerini ve epizodunu kapsayacak masrafları ödenir. Tanı ilişkili gruplar (TİG, *DRG – diagnosis related groups*), yaş ilişkili gruplar vb. uygulamaları mevcuttur.

f- Maaş: Genel olarak her düzeydeki sağlık görevlilerine uygun bir yöntem olarak kabul görmektedir. Devlet hastanesinde ve üniversite hastanelerinde çalışanlara ödenen maaş bu gruba girer. Ülkemizde maaşları SGK ödememektedir.

g- Hedef ödemeleri (bonus): Belirli hedeflere ulaşma halinde fazladan ödemelerin yapılmasıdır. Bu yöntem SGK tarafından uygulanmamaktadır.

h- Karma ödeme sistemleri: Karma sistemler birden çok yöntemin aynı anda kullanıldığı sağlık sistemleri karma ödeme sistemi olarak adlandırılır; örneğin: “Maaş + bonus” veya “Maaş + hizmet başına” gibi. Verimlilik, etkililik ve hakkaniyeti sağlamak üzere birçok ülke yukarıda sayılan ödeme sistemlerinin karmalarını denemiştir. Sözleşmiş maaş ile hizmet başına ödemenin bir karması şimdilerde performansa dayalı ödeme adı altında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri tarafından kullanılmaktadır.

3. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesini Kim ya da Hangi Kurumlar Yapmalıdır?

Uzaktan sağlık hizmetleri son kullanıcının da teknolojiyi kullanarak sağlık hizmetine hızla ve daha ucuza ulaşmasına olanak sağlayacak bir sistem olacaktır. İşin güzel tarafı teknolojinin ve bu teknolojiyi kullanan cihazların giderek ucuzlamasıdır ki bu USH’nin buna paralel olarak hem daha ucuz hem de daha yaygın kullanılır hale gelmesini sağlayacaktır. Her ne kadar teknoloji ucuzluyorsa da, birileri teknoloji için ödeme yapmak zorundadır. Fakat m-Sağlık iş modelleri (sunucu hizmetleri, direkt tüketici hizmetleri ve klinik teknoloji entegrasyonu) henüz gelişmeye ve olgunlaşmaya açık olduğundan faturayı kimin ödeyeceği belirsizliğini korumaktadır. Bu nedenle günümüzde çok az mobil sağlık çözümü sağlık geri ödeyicilerinin

ödeme listesinde yer almaktadır. Danışmanlık firması A.T. Kearney’in hazırladığı “*Mobile Health, Who Pays?*” raporuna göre, mobil sağlık uygulamaları, devlet geri ödeme kurumları ve sağlık sigorta firmaları tarafından geri ödeme programına alınmadıkça, en üst kapasitesine ulaşmaktan uzak kalacaktır. Geri ödeme kurumlarının radarına girmek ise mobil sağlık uygulamalarının etkinliği kanıtlanana kadar sancılı olacak ve zaman alacaktır.

Aşağıda USH’nin kim tarafından ödenmesi gerektiğini ne şekilde ödenebileceğini farklı gruplar açısından incelemeye çalışacağız.

a) Hizmet alanlar

Bu grup doğal olarak ödeme yapacaktır çünkü hizmeti artık daha ucuza, daha kaliteli, daha kolay ve beklemeden alıyor olacaktır. Bunun dışında hem hastanın hem hasta yakınlarının seyahat, yemek, refakat, iş gücü kaybı gibi görünmez maliyetlerden de tasarruf edecektir. Zaten USH’nin halihazırdaki uygulama şekli ağırlıklı olarak ayaktan hastalara verilen hizmetleri kapsadığı için en fazla tasarrufu burada oluşturmaktadır. Bu kesimin sisteme yapacağı ödeme başlıca iki yöntemle olacaktır:

1- Cep telefonu, tablet, bilgisayar ve yazılım satın almak yoluyla ki bu ödemenin farkına bile varmayacaktır çünkü çok büyük bir ihtimalle bu cihazların bir yada daha fazlasına zaten sahip olacaklardır. Yani sadece USH için ayrı bir harcama yapmayacaktır. Yazılım ise çok özel bazı yazılımlar hariç muhtemelen ücretsiz veya rahatça ödenebilecek kadar ucuz olacaktır.

2- USH aracılığıyla alınan sağlık hizmetinin bedeli. Bu ödeme ise başlıca iki şekilde olacaktır. İlk şekilde uzaktan muayeneyi yapan doktor veya onun çalıştığı hastaneye ödeme yapılması gerekir. Bu ödeme de büyük olasılıkla ya cepten ödeme yöntemi kapsamında kredi kartı vb. online yöntemlerle kişi tarafından ödenecek ya da kişinin dahil olduğu sigorta sisteminin (SGK, özel sağlık sigortası vb.) gerektirdiği sigorta primlerinin ödenmesi şeklinde olacaktır. Tahlil veya evde kendisi tarafından yapılmış olan tansiyon ölçümü sonuçlarının telefonla doktora gönderilmesi halinde ise muhtemelen hastanın bir ödeme yapması gerekemeyecektir.

Muhtemelen servis sağlayıcı şirketler için de bir ödeme yapmaya gerek olmayacaktır çünkü halihazırda kullanılan internet ve telekomunikasyon altyapısı kullanılmaya devam edilecektir.

b) Özel sektör: Özel sigorta kurumları ve özel hastaneler

Bu gruba özel sigorta kurumları girmektedir. Özel sigorta kurumları yapıları gereği kar etmek üzere kurulmuş yapılardır ve bu alana yatırım yapmanın karlı olup olmadığını bilmek isteyecek, konuyu mali açıdan analiz edeceklerlerdir. Maliyet analizleri konusunda Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin maliyet etkinliği bölümünde bilgi verilmeye çalışılmıştır. Özel sigorta şirketleri devletin de yapacağı bazı analizlerin dışında pazarın cazibesini de araştıracaktır. Pazarın cazibesi ise sadece şu an ki durumuyla değil gelecek için vaad ettiği potansiyelle birlikte değerlendirilir.

Pazarın geleceği

Bir pazarın şu anki büyüklüğü yanısıra bundan sonra izleyeceği seyir de çok önemlidir. Firmalar bir alana hem pazarın büyüme yönünü, hem kendilerinin şu anki pozisyonlarını, hem de bundan sonra gelecekleri yeri hesaplayarak yatırım yaparlar. Konunun anlaşılması için basit ve kolay anlaşılır bir örnek olarak Boston Danışma Grubu Matrisi kısaca anlatılacaktır (Şekil 1). Pazarın büyüme hızı ve şirketin bu pazardaki payı göz önüne alınarak matriste hangi gruba girdiği tespit edilerek pazarın büyüme yönüne göre nasıl bir strateji izlenmesi gerekeceğine karar verilir.

Şekil 1. Boston Danışma Grubu Matrisi

Şekilde;

Nakit İnekleri: Yavaş büyüyen bir sanayide bir şirketin yüksek pazar payına sahip olduğu yerdir. Bu birimler genel olarak işi sürdürmek için ihtiyaç duyulan nakit miktarından fazla nakit sağlarlar. Büyük bir yatırımın, böyle düşük büyümeye sahip bir sanayide boşa gidecek olması nedeniyle, mümkün olan en az yatırım ile sürekli ‘sağılan inek’ olacaklardır.

Köpekler: Yavaş büyüyen ve olgun sanayide düşük pazar payına sahip birimlerdir. Bu birimler genel olarak ne kâr ne zarar eder, işin pazar payının devamlılığını sağlamak adına zar zor yeterli nakit üretir ama kar üretmezler. Böyle bir birim değersizdir, satılmaları tavsiye edilir.

Soru İşaretleri (Sorunlu Çocuklar): Yüksek büyümeye sahip pazarlarda düşük pazar payıyla yürütülen işlerdir. Soru işaretleri, pazar payı elde edip yıldız olma ve nihayetinde market yavaş büyüdüğünde nakit inekleri olma potansiyeline sahiptirler. Eğer soru işaretleri pazarda lider olma konusunda başarılı olamazlar ise pazar küçülmeye başladığında ‘köpeklere’ dönüşmeye başlayacaklardır. Soru işaretleri, pazar payının büyütülmesi için gerekli yatırımı yapmaya değer olup olmadıklarının belirlenmesi adına dikkatli bir şekilde analiz edilmelidir.

Yıldızlar: Hızlı büyüyen sanayilerde yüksek pazar payına sahip birimlerdir. Bunlar bir pazara veya nişe yön veren, seviye atlamış soru işaretleridir. Ör: Yüksek büyümeye sahip bir sektörde pazar payının önde gelen firmaları. Yıldızların ileride nakit ineklerine dönüşmeleri beklenir.

Bu gözle USH’nin pazar büyüme yönünü ve hızını bir örnekle değerlendirecek olursak USH’nin sadece bir bölümü olan dünya mobil sağlık pazarının çok hızlı bir şekilde büyümekte olduğu görülecektir. Örneğin Kalorama tarafından yayınlanan bir araştırmada pazarın 2008’den beri 5 yıl içinde % 237 büyüdüğü tespit edilmiştir. Pazar büyüklüğünün 2020 senesinde ise 57 milyar ABD Doları olacağı öngörülmektedir. Tahminler, yakın gelecekte büyümenin artarak süreceği yönündedir. Aynı raporda, pazarın emekleme dönemini yaşadığı, buna rağmen küçük-orta ölçekli bir pazar haline geldiği belirtilmektedir. Görüldüğü gibi pazarın büyüme yönü yukarıya doğrudur. USH nin tüm alt grupları göz önüne alınacak olursa büyümenin bu şekilde devam etmesi halinde pazarın çok büyük olacağı öngörülebilir. Pazar bu gün giren bir şirketin matriste en azından soru işareti olan gruba girme ihtimali çok yüksek olacaktır ki iyi stratejik plan ve finansman desteği olursa yıldız olması da mümkündür. Bu nedenle USH özel sigorta firmalarının yatırım yapmaya istahlı olacağı bir alandır.

Portföyü ve müşteri profilini genişletmek

Özel sigorta şirketleri poliçelerine giyilebilir teknolojileri ekleyerek büyük faydalar sağlayabilirler. Bu teknolojileri kullanarak;

- Daha sağlıklı ve sağlığına daha düşkün müşterilere sahip olurlar.
- Daha iyi risk yönetimi ve bakım modelleri kullanabilirler.
- Sağlık profesyonelleri ile daha sıkı işbirliği yapabilirler.
- Daha spesifik, kişiselleştirilmiş teşhis ve tedavilerden yararlanabilirler.
- Müşteri portföylerini genişletir, risk gruplarının riskini azaltır, maliyetleri azaltıp gelirleri optimize edebilirler.

Özel sigorta şirketleri için temel zorluk primlerde kabul edilemez artışlar olmadan hizmet alanını genişletmektir fakat bu hem müşteri portföyünün genişlemesi nedeniyle hem de teknolojinin sağladığı ucuzlama sayesinde hizmetin maliyetlerin düşmesi nedeniyle sorun olmayacaktır. Yapılan çalışmalar USH’de her ne kadar ilk anda maliyetler yüksek olsa da uzun vadede düşme olduğunu göstermektedir. Büyüyen bir Pazar için bu tür maliyetler rahatlıkla göze alınabilir.

Sigorta şirketlerinin USH ödemesi halihazırda klasik sağlık hizmet bedellerinin hizmet veren kuruma ödenmesi şeklinde olacaktır.

c) Devlet

Devleti ikna etmeye gerek yoktur. Devlet özel sektör gibi sadece kar amaçlı yatırım yapmaz. Onun amacı mümkün olduğu kadar yaygın, mümkün olduğu kadar hakkaniyetli (o olmazsa en azından adil) bir sağlık hizmeti vermek, mümkünse bu esnada zarar etmemektir.

TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye’nin 65 ve üzeri yaşlı oranı ise % 8,3’dür ve halihazırda Avrupa’da yaşlı nüfus oranı en düşük olan ülkedir fakat bu böyle devam etmeyecektir. Her ülkede olduğu gibi Türkiyede de yaşlı nüfus oranı giderek artacaktır. Yaşlı ve yalnız yaşayan nüfusun artması beraberinde sağlık ve evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı doğurmaktadır. Kronik hastalıkların tedavisi sağlık bütçelerine büyük yük getirmektedir; Örneğin Avrupa ülkelerinin sağlık bütçesinin %70’i kronik hastalıkların tedavisi için ayrılmaktadır. Engelli bireylerin ve gazilerimizin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek için teknolojik ve robotik araçlara (demir el, takma bacak, ortez, protez, sensörlü aletler vb.) ve evde sağlık hizmetine ihtiyaçları vardır. Ayrıca bu hastaların tahlil ve bakımları için beraberinde bir ya da daha fazla hasta yakınının da hastaneye gelmesi veya kendileri için ambulans gönderilmesi gerekmektedir

ki bu da masrafı artırmaktadır. USH sayesinde tahlillerin evde yapılıp hastaneye online iletilmesi bir yandan hasta ve yakınlarının çilesini diğer yandan hastanelerin yükünü ve devletin de masrafını azaltacaktır. Kaldı ki hakkaniyeti tesis etmeye çalışan devlet masrafı azaltmasaydı bile USH getireceği rahatlamaya özel önem verecektir.

USH aslında sağlık hizmetinin yükünün bir kısmını kullanıcılara ve paydaşlara dağıtarak devletin elini rahatlatacak bir sistemdir. Özel sigorta şirketlerinin USH'ni geri ödeme planına almasıyla özel hastaneler devreye girecek, bu ek kapasite yoğun hasta yükünü taşıyan kamu hastanelerine ve aylar sonrasına ameliyat sırası alan hastalara da süreçleri kolaylaştırıcı çözümler sunacağı için devletler de bu girişimden fayda sağlamış olacaktır. Ayrıca devletin hastane vb. ilk yatırım maliyetlerini de azaltarak bu alandan elde edeceği tasarrufu başka alanlarda kullanmasını da sağlayacaktır.

Türkiye'de bir yıllık MR ve bilgisayarlı tomografi maliyetinin 1,7 ila 1,8 milyar lira arasında olduğu ve bunların yüzde 10'unun mükerrer olduğu tespit edilmiştir. USH ile mükerrer tetkiklerin önlenmesi çok büyük tasarrufa yol açacaktır.

Bunlar ve daha önceki bölümlerde anlatılmış olan birçok nedenden dolayı USH devletin olmasını ve yaygınlaşmasını isteyeceği bir şeydir. Zaten devlet de bunu fark etmiş ve USH alanında çalışmaya başlayarak karar destek sistemi (KDS), yeşil kart bilgi sistemi (YKBS), organ bankası, özürlüler bankası, doktor bilgi bankası (DBB), MEDULA, e-Eczane, e-Hastane, e- Tıbbi Malzeme Bilgi Bankası, akıllı kart uygulaması, e-reçete gibi uygulamaları hizmete geçirmiş veya geçirmek üzeredir.

Sistemin kurulması ve işleminde en önemli görev devlete düşmektedir çünkü her türlü kanunlar ve diğer mevzuatı hazırlamak ve yürürlüğe koymak devletin görev ve yetkisindedir. Özel sağlık sigorta kurumları ne kadar istahlı olursa olsun mevzuat izin vermediği takdirde sistemin çalışmaya başlaması ve büyümesi mümkün olmaz. Nitekim SGK yıllarca sağlıkta destekleyici sigortaya izin vermediği için bu alan gelişmemiş, yıllar sonra sigorta şirketlerinin önü açılmıştır. Benzer şekilde yasal altyapı olması gerektiği şekilde hazırlanmadığı takdirde USH ya ölü doğacak veya kadük kalacaktır.

USH yönelik mevzuat hazırlanıp yürürlüğe girdikten sonra devletin geri ödemesi muhtemelen yine şimdi olduğu gibi SGK aracılığıyla hizmet alımının alt gruplarından biri yani global bütçe, kişi başına, paket fiyat, vaka bazlı, maaş, hizmet başına veya bunların karışımı şeklinde olacaktır.

Kurumların USH gelire dönüştürme süreci de ancak yasal zemin oluşturulup fiyatlar SGK tarafından belirlendikten sonra başlayacaktır. Fiyatlar muhtemelen halihazırda uygulanan hiz-

met fiyatlarından çok farklı olmayacaktır. USH temel olarak hastanın “hastaneye fiziksel ulaşımını” “hizmete elektronik erişime” dönüştürdüğü, hasta ve yakınları ile geri ödeme kurumlarının başlıca tasarruf kalemi ulaşım giderlerinden yapılan tasarruflar olacağı için hizmet birim fiyatlarının düşürülmesine gerek olmayabilecektir. USH verilen sağlık hizmet sayısını ve emeği azaltmayıp erişilebilirlik ve hizmet kalitesini artırdığı için hizmeti veren sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının emeğinin aynı şekilde ödenmesi gerekecektir. Sağlık kurumları da bina gibi sabit yatırımlara yapacakları masraftan tasarruf edip artan hasta sayısından dolayı karları artacağı için birim hizmet fiyatlarını artırma yönünde talepte bulunmayabilirler. Netice olarak USH genel olarak tasarrufları ve gelirleri artıran bir sistem olacaktır.

4- Türkiye’de Durum ve Genel Değerlendirme

USH konusunda Türkiye’de de çeşitli çalışmalar başlamış durumdadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Tele-tıp’la ilgili altyapı ve sistem kurma çalışmalarını başlatmış olup, 2016 yılı itibariyle,” e-nabız, e-randevu, elektronik hasta kayıtları, doktor bilgi bankası, online randevu sistemi ve dijital hastaneler” konusunda uygulamaya dönük çalışmalar yapmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından 26.04.2018 tarihinde yayımlanan duyuruda Teletıp-Tele Radyoloji Sistemine aktarılmayan orijinal görüntüler ile çekim ya da aktarım hatası nedeniyle MEDULA sistemi tarafından okunamayan görüntülerin tekrar tetkiklerin faturalanmasına izin verilmeyeceği ve tüm işlemlerin e-Nabız sistemi ile karşılaştırmalı olarak kontrol edileceği bildirilmektedir. Muhtemelen uygulama daha da yaygınlaştırılacak, USH ile verilen sağlık hizmetinin çok büyük bir kısmı elektronik olarak takip edilmek kaydı ile hem SGK hem de özel sektör tarafından ödenir hale gelecektir.

Kaynakça / References

- Cost-benefit analysis of telehealth in pre-hospital care. James R Langabeer, II, Tiffany Champagne Langabeer, Diaa Alqusairi, First Published December 5, 2016 Research Article <https://doi.org/10.1177/1357633X16680541>
- Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands and Austria. Wild, C. ve B. Gibis (2003). Health Policy, 63: 187-196.
- Faturalama sürecinde yapılan hatalar sonucu oluşan gelir kayıplarının nedenleri ve kayıpları önlemek için yapılması gerekenler. Sozen AB. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2015
- Financial Management in Health Services Understanding Public Health Reinhold Gruen, Ann Howarth 2005. Open University Press McGraw-Hill Education
- Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, M.R. Reich (2004). New York: Oxford University Press.
- Healthcare Finance An Introduction to Accounting and Financial Management 4th edition. Louis C. Gapenski. (2008). Health Administration Press
- Incentives and Provider Payment Methods”. Howard Barnum, Joseph Kutzin and Hele Saxenian (1995). Inter-

- national Journal of Health Planning and Management, Vol. 10:23-45.
- Kamu Kesimi Ekonomisi, Çevirmen: Batirel,ÖF. Joseph, E.S. Marmara Üniversitesi Yayın No: 549, İstanbul, ss.341-366. (1994)
- Paying for the Health Sector. Hoare, G., A. Mills. (1986), London: EPC Publications, No 2.
- Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Mossialos, E. Et al., (eds.), Funding Health Care: Options for Europe. Maynard, A. and Dixon, A., s.109-127, Open University Press, Buckingham – Philadelphia. (2002)
- Remote monitoring: a cost or an investment? Haran Burri, Hein Heidbuchel, Werner Jung, and Pedro Brugada. Europace (2011) 13, ii44–ii48. doi:10.1093/europace/eur082
- Resource Allocation for Health Equity. Diderichsen, F. Issues and Method: World Bank, (2004).
- Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Tatar M. Sosyal Güvenlik Dergisi. Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 103-133
- Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri. Çelik, H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s.25. (2006)
- Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. AKYÜREK, ÇE. Sosyal Güvenlik Dergisi. No:2. Ss.124-153. (2012)
- Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği, Uz, H. (Ed: Osman Hayran, Haydar Sur) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.(1997).
- Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları. Sur, H.,<http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/120/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx>
- Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. Cremer, H., P. Pestieau (2003). Journal of Urban Economics, 54: 181–196.
- Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. Ali Hakan ISIK, İnan GÜLER. Bilişim Teknolojileri Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, Ocak 2010
- The Moral-Hazard Myth:The Bad Idea Behind Our Failed Health-Care System. Gladwell, M. The New Yorker, Department of Public Policy, USA. (2005)
- Understanding Health Insurance A Guide to Billing and Reimbursement. Green,M.A., Rowell J.C. 8th Edition, NY,USA: Thomson Delmar Learning, p.68. (2006)